

Psicologia da Saúde: Teoria e Intervenção

Inea Giovana Silva Arioli
(Organizadora)

 **Atena**
Editora
Ano 2019

Inea Giovana Silva Arioli
(Organizadora)

Psicologia da Saúde: Teoria e Intervenção

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © da Atena Editora
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação e Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os autores

Conselho Editorial

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
---	--

P974	Psicologia da saúde: teoria e intervenção [recurso eletrônico] / Organizadora Inea Giovana Silva Arioli. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019.
------	--

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-85-7247-170-1
DOI 10.22533/at.ed.701191203

1. Psicologia clínica da saúde. I. Arioli, Inea Giovana Silva.

CDD 616.89

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

O presente livro se propõe a debater temas instigantes no campo da Psicologia da Saúde, uma área relativamente recente, desenvolvida principalmente a partir da década de 1970. Segundo Almeida e Malagris (2011¹) a Psicologia da Saúde configura-se na aplicação dos conhecimentos e das técnicas da Psicologia ao campo da saúde, com vistas a promoção e manutenção da saúde e a prevenção de doenças. No Brasil, com a ampliação do campo a partir das políticas públicas de saúde, aumentou o interesse dos profissionais e teóricos sobre essa área específica, trazendo consigo a necessidade de compreender o processo saúde/doença em uma dimensão psicossocial.

Existem divergências quanto à compreensão e conceituação da Psicologia da Saúde, que por sua vez traz consequências também para suas práticas, mas a importância de sua contribuição para o campo da Saúde é indubitável. Alves et al (2017²), afirmam que a compreensão dessa área deve ser de uma disciplina autônoma, mas essencialmente interdisciplinar, visto que se desenvolve sobre uma base multi e interdisciplinar, pois envolve saberes e práticas oriundas de outras disciplinas, como: a psicologia social e comunitária, a psicologia clínica, a saúde pública, a epidemiologia, a antropologia, a sociologia, a medicina, entre outras.

Várias temáticas importantes para o panorama atual no contexto da Psicologia da Saúde, tanto no Brasil como em Portugal, são abordadas neste livro, como: a dependência de álcool e outras drogas, a humanização da saúde, o autocuidado dos profissionais, o cuidado com o cuidador, estresse, qualidade de vida, saúde do idoso, saúde e gênero, entre outros. Os aspectos emocionais da Esclerose Múltipla, a Síndrome de Burnout e o Transtorno do Espectro Autista também são alvo de debate nessa obra, juntamente com temas importantes da Psicologia Clínica. Enfim, as próximas páginas propiciam a aproximação de vários debates atuais, que a seguir são apresentados em um pequeno guia para leitura.

O capítulo 01 debate um “Grupo de Acolhimento de Familiares em um Ambulatório de Dependência de Álcool e Outras Drogas: relato de experiência”. Destaca a contribuição da prática grupal na desconstrução das expectativas de “cura” dos familiares em relação à tarefa do Ambulatório e o deslocamento frequente da queixa sobre o outro (paciente) para reflexões sobre o próprio familiar no cotidiano do grupo.

“O estigma associado ao uso de drogas: etnografia a partir do trabalho de proximidade” (capítulo 02) relata uma experiência portuguesa de redução de danos, cujos resultados indicam transformações substanciais no que tange a adoção de práticas orientadas para a saúde. O estudo também explicita que as pessoas que usam drogas tendem a viver experiências de estigma em múltiplas esferas da sua existência e que a relação com as principais figuras de vinculação é marcada pelo

1 ALMEIDA, R.A.; MALAGRIS, L.E.N. A prática da Psicologia da Saúde. *Rev. SBPH* vol.14 n.2, Rio de Janeiro - Jul/Dez. 2011.

2 ALVES, R.; SANTOS, G.; FERREIRA, P.; COSTA, A.; COSTA, E. Atualidades sobre a Psicologia da Saúde e a Realidade Brasileira. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(2), 545-555. 2017.

sentimento de culpa.

Já o foco do capítulo 03 recai sobre “A humanização como fator de qualidade no internamento hospitalar”, na construção e validação do Questionário de Avaliação da Humanização nos Cuidados de Saúde (QAHCS), implementado nos serviços de Cirurgia e Ortopedia de um Hospital português. Os resultados obtidos nesse estudo indicam uma associação positiva entre a humanização dos cuidados hospitalares e a qualidade dos internamentos e atesta que a humanização é um fator de qualidade nos hospitais.

A saúde dos idosos é foco do debate no capítulo 04, que discute a “Dor crónica, ansiedade e depressão em doentes idosos”. O estudo, realizado na Unidade Multidisciplinar da Dor do Hospital Divino Espírito Santo (Açores, Portugal) teve como um dos objetivos analisar a relação entre dor, depressão e ansiedade e concluiu a existência de associação tanto entre dor e ansiedade como entre dor e depressão, explicitando que, tanto a ansiedade como a depressão interferem na disposição, relação com os outros e prazer de viver.

No capítulo 05, “A triagem psicológica: a qualidade da escuta e adesão ao tratamento”, o objetivo é discutir as expectativas relativas ao atendimento psicológico de inscitos em um serviço-escola de uma universidade, e de que maneira a compreensão dessas expectativas podem favorecer a adesão ao tratamento. A análise dos desdobramentos do processo de escuta e compreensão das expectativas dos sujeitos buscam revelar uma aproximação entre o que pode ser feito em psicoterapia e o que espera legitimamente o paciente em relação ao seu atendimento.

Em “Adaptação e validação da escala para avaliar as capacidades de autocuidado, para profissionais portugueses do contexto social” (capítulo 06) as autoras colocam em tela um tema de crescente importância: o estresse ocupacional e a Síndrome de Burnout. Teóricos argumentam que os recursos psicológicos e sociais, incluindo o autocuidado, podem proteger os indivíduos das consequências negativas do estresse, indicando que a prática do autocuidado também configura-se em fator de proteção relacionado com Burnout.

“Imagem corporal positiva em estudantes do Ensino Superior”, capítulo 07 deste livro, configura-se em um estudo quantitativo de caráter exploratório que tem como objetivo analisar possíveis relações, diferenças e preditores entre as preocupações com a forma corporal, a imagem corporal positiva e as características sociodemográficas de estudantes universitários de várias instituições do Ensino Superior em Portugal.

Já o capítulo 08: “Aproximações entre Psicologia da Saúde e homossexualidade” se propõe discutir contribuições para a Psicologia da Saúde a partir da aproximação com a diversidade sexual, com foco na homossexualidade. A pesquisa debate quatro eixos temáticos que explicitam a maneira pela qual a Psicologia da Saúde pode apropriar-se de categorias como gênero, orientação sexual, diversidade sexual, para gerar aquilo que se propõe: saúde.

No capítulo 09 realiza-se uma revisão de literatura (2003 a 2017), com vistas

a compreender as “Alterações emocionais do cuidador frente ao câncer infantil”. O texto evidencia o sofrimento do cuidador, no que tange as incertezas, experiências dolorosas, alterações na dinâmica familiar e social e medo da perda. Aponta para a importância dos profissionais de saúde neste contexto e para a necessidade de assistência psicológica e interdisciplinar com vistas a integralidade da atenção à saúde.

“Síndrome de Burnout em estudantes da faculdade de medicina da Universidade Internacional Três Fronteiras” é o capítulo 10 deste livro, que debate um problema de grande repercussão social em nossos dias e que afeta a população acadêmica. O referido estudo conclui que a maioria dos entrevistados apresentou esgotamento físico e mental.

O capítulo 11 versa sobre “Estresse ocupacional e estratégias de enfrentamento psicológico de docentes do ensino superior de Goiânia” e relata um estudo que teve como objetivo identificar o nível de estresse ocupacional, os estressores e as estratégias de enfrentamento psicológico e correlacionar estresse e estratégias de enfrentamento psicológico de docentes do ensino superior. O estresse também é foco no capítulo 12, que segue “Explorando o impacto do estresse no consumo de álcool: uma revisão de literatura”. O estudo aponta que, a permissividade e incentivo de consumo de álcool na sociedade contemporânea, aliado ao aumento significativo do nível de estresse no cotidiano das pessoas podem configurar os contornos em um importante problema de saúde mental.

O capítulo 13 traz o relato de um delineamento experimental sobre o “Ensino com feedback instrucional em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA): efeitos sobre categorizar” e demonstra que, no ensino de repertórios de tatos e respostas de ouvinte simples, o feedback instrucional parece ter influência sobre o desenvolvimento de alguns repertórios de categorizar que não foram diretamente ensinados.

O tema do capítulo 14 é recorrente neste livro: “Síndrome de Burnout: doença ocupacional presente desde a formação até a atuação do médico especialista” pela atualidade e importância da discussão. O texto aponta para a vulnerabilidade do profissional médico no desenvolvimento desta síndrome, uma vez está submetido ao estresse emocional contínuo na atenção à saúde das pessoas.

O capítulo 15: “Qualidade de vida em doentes renais crônicos em hemodiálise: uma revisão da literatura” aponta para a necessidade de uma avaliação de qualidade de vida ampliada, de modo que haja uma interlocução das pesquisas quantitativas com qualitativas, na medida em que a avaliação da qualidade de vida tem sido um importante fator de medida na análise da efetividade das intervenções terapêuticas. A qualidade de vida é foco também do capítulo 16, que propõe a “Avaliação da qualidade de vida de pessoas com esclerose múltipla” e evidencia que as pessoas com maior tempo de diagnóstico tem uma percepção melhor da realidade da doença e adquirem maior manejo frente às diversas situações que envolvem a questão qualidade de vida.

Em “Envelhecimento positivo e longevidade avançada: contributos para a intervenção” (capítulo 17) são explicitadas as diretrizes gerais de um estudo de

centenários realizado na região metropolitana do Porto (Portugal), que destaca a importância de conhecer as percepções individuais dos centenários e a compreensão e mobilização de recursos psicológicos associados à adaptação para a saúde e bem-estar.

O capítulo 18, que encerra as discussões deste livro, busca fazer uma “Avaliação da espiritualidade em pessoas com esclerose múltipla” e validar uma escala de espiritualidade. Evidencia que as incertezas em relação ao prognóstico da doença levam a pessoa a desenvolver uma preocupação com o futuro, visto que muitos planos deverão ser modificados, exigindo o desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento da doença.

Boa leitura!

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
GRUPO DE ACOLHIMENTO DE FAMILIARES EM UM AMBULATÓRIO DE DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA.	
Isabel Bernardes Ferreira Helton Alves de Lima	
DOI 10.22533/at.ed.7011912031	
CAPÍTULO 2	15
O ESTIGMA ASSOCIADO AO USO DE DROGAS ETNOGRAFIA A PARTIR DO TRABALHO DE PROXIMIDADE	
Ximene Rego Catarina Lameira	
DOI 10.22533/at.ed.7011912032	
CAPÍTULO 3	27
A HUMANIZAÇÃO COMO FATOR DE QUALIDADE NO INTERNAMENTO HOSPITALAR: UM ESTUDO DE CASO	
Helena Morgado Ribeiro Mariana Teixeira Baptista de Carvalho Estela Maria dos Santos Ramos Vilhena	
DOI 10.22533/at.ed.7011912033	
CAPÍTULO 4	44
DOR CRÓNICA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM DOENTES IDOSOS	
Teresa Medeiros Oswaldo Silva Maria Teresa Flor-de-Lima	
DOI 10.22533/at.ed.7011912034	
CAPÍTULO 5	62
A TRIAGEM PSICOLÓGICA: A QUALIDADE DA ESCUTA E ADESÃO AO TRATAMENTO	
Rita Cerioni Eliana Herzberg	
DOI 10.22533/at.ed.7011912035	
CAPÍTULO 6	79
ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA PARA AVALIAR AS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO, PARA PROFISSIONAIS PORTUGUESES DO CONTEXTO SOCIAL	
Ana Berta Correia dos Santos Alves Susana Barros da Fonseca Lia João Pinho Araújo	
DOI 10.22533/at.ed.7011912036	
CAPÍTULO 7	94
IMAGEM CORPORAL POSITIVA EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR	
José Carlos da Silva Mendes Maria Teresa Pires de Medeiros	
DOI 10.22533/at.ed.7011912037	

CAPÍTULO 8	108
APROXIMAÇÕES ENTRE PSICOLOGIA DA SAÚDE E HOMOSSEXUALIDADE	
Adan Renê Pereira da Silva	
Iolete Ribeiro da Silva	
Suely Aparecida do Nascimento Mascarenhas	
DOI 10.22533/at.ed.7011912038	
CAPÍTULO 9	120
ALTERAÇÕES EMOCIONAIS DO CUIDADOR FRENTE AO CÂNCER INFANTIL	
Liliane Maria da Silva Saraiva	
DOI 10.22533/at.ed.7011912039	
CAPÍTULO 10	133
SÍNDROME DE BURNOUT EM ESTUDANTES DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE INTERNACIONAL TRES FRONTERAS (UNINTER) CIUDAD DEL ESTE, PARAGUAI (2016)	
Deisy Yegros	
Pablo Casagrande	
Didier Mongelos	
Montserrat Giménez	
Amilcar Miño	
Ana Arevalos	
Elder Oliveira da Silva	
Suelen dos Santos Ferreira	
Pasionaria Rosa Ramos Ruiz Diaz	
DOI 10.22533/at.ed.70119120310	
CAPÍTULO 11	141
ESTRESSE OCUPACIONAL E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO PSICOLÓGICO DE DOCENTES DO ENSINO SUPERIOR DE GOIÂNIA	
Maurício Benício Valadão	
Sebastião Benício da Costa Neto	
DOI 10.22533/at.ed.70119120311	
CAPÍTULO 12	156
EXPLORANDO O IMPACTO DO ESTRESSE NO CONSUMO DE ÁLCOOL: UMA REVISÃO DE LITERATURA.	
Isabel Bernardes	
DOI 10.22533/at.ed.70119120312	
CAPÍTULO 13	169
ENSINO COM FEEDBACK INSTRUCIONAL EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA): EFEITOS SOBRE CATEGORIZAR	
Daniel Carvalho de Matos	
Mônica Cristina Marques de Aragão	
Pollianna Galvão Soares de Matos	
DOI 10.22533/at.ed.70119120313	
CAPÍTULO 14	183
SÍNDROME DE BURNOUT: DOENÇA OCUPACIONAL PRESENTE DESDE A FORMAÇÃO ATÉ A ATUAÇÃO DO MÉDICO ESPECIALISTA	
William Volino	
DOI 10.22533/at.ed.70119120314	

CAPÍTULO 15	192
QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES RENAIIS CRÔNICOS EM HEMODIÁLISE: UMA REVISÃO DA LITERATURA	
Fernanda Elisa Aymoré Ladaga	
Murilo dos Santos Moscheta	
DOI 10.22533/at.ed.70119120315	
CAPÍTULO 16	207
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM ESCLEROSE MÚLTIPLA	
Ana Maria Canzonieri	
Daniele Batista de Sousa	
Thais Mira Simandi	
Beatriz Maciel Sodre	
Lucas Felipe Ribeiro dos Santos	
Priscila da Silva Santos	
DOI 10.22533/at.ed.70119120316	
CAPÍTULO 17	213
ENVELHECIMENTO POSITIVO E LONGEVIDADE AVANÇADA: CONTRIBUTOS PARA A INTERVENÇÃO	
Lia Araújo	
Oscar Ribeiro	
DOI 10.22533/at.ed.70119120317	
CAPÍTULO 18	221
AVALIAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE EM PESSOAS COM ESCLEROSE MÚLTIPLA	
Ana Maria Canzonieri	
Daniele Batista de Sousa	
Thais Mira Simandi	
Beatriz Maciel Sodre	
Lucas Felipe Ribeiro dos Santos	
Priscila da Silva Santos	
DOI 10.22533/at.ed.70119120318	
SOBRE A ORGANIZADORA	227

GRUPO DE ACOLHIMENTO DE FAMILIARES EM UM AMBULATÓRIO DE DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Isabel Bernardes Ferreira
Helton Alves de Lima

trabalho em equipe.

INTRODUÇÃO

RESUMO: A atenção aos familiares de pessoas com necessidades decorrentes do consumo de substâncias psicoativas tem ganhado relevância no contexto do trabalho em equipe nos serviços de saúde mental. Neste âmbito, os grupos de familiares possuem relevância nas estratégias de inclusão e atenção aos familiares. O presente capítulo, no qual se desenvolve um relato de experiência na perspectiva dos coordenadores do grupo, tem como objetivo apresentar, descrever e discutir sobre o desenvolvimento do trabalho com grupos de familiares em um ambulatório especializado em dependência de álcool e outras drogas. Para tanto, busca descrever a organização do trabalho em equipe no cotidiano do serviço, bem como a proposta do grupo de acolhimento de familiares. Por fim, descreve e discute alguns resultados alcançados, e conclui sobre a necessidade de maior reflexão, por parte dos coordenadores de grupo em conjunto com a equipe de trabalho, acerca das práticas realizadas com os familiares no campo do álcool e outras drogas.

PALAVRAS-CHAVE: práticas grupais; família; transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas; assistência à saúde mental;

Este capítulo tem como objetivo apresentar, descrever e discutir sobre o desenvolvimento de um trabalho com grupos de familiares, realizado em um Ambulatório de Dependência de Álcool e outras drogas, por meio de um relato de experiência.

A *Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas* (BRASIL, 2004) propõem um conjunto de diretrizes e orientações voltadas para a produção do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, no âmbito dos serviços e das práticas assistências que compõem o Sistema Único de Saúde. A centralidade na pessoa e em seu contexto de vida, assim como a articulação de diferentes recursos institucionais, políticos, comunitários e da rede de relações dos usuários orientam as estratégias de ampliação das lógicas inerentes ao desenvolvimento de práticas de cuidado em saúde (BRASIL, 2004; 2007; 2015).

Neste contexto, a promoção de formas de trabalho em equipe interprofissional pressupõe não uma sobreposição de ações específicas ofertadas pelas áreas profissionais em torno de projetos individualizados, mas sim o desenvolvimento de práticas de comunicação,

de integração e de articulação que tem como objetivo responder às necessidades dos usuários, ampliar sua participação social e autonomia, bem como promover estratégias de escuta e de vinculação que favoreçam o cuidado integral (Brasil, 2004; 2007; 2015).

Uma das tarefas principais das equipes é promover a inclusão de familiares ou pessoas significativas dos usuários nos serviços de Saúde Mental (LIMA, FERREIRA, 2017). As estratégias de inclusão de familiares e da rede de relações dos usuários dos serviços de Saúde Mental não são recentes. Tais estratégias representam um conjunto de práticas e discussões teóricas heterogêneas, observáveis nos mais diversos empreendimentos de reforma da atenção psiquiátrica desenvolvidas desde o pós-guerra, em diferentes partes do mundo (MELMAN, 2008).

Os modos como as equipes de saúde mental vão promover tais estratégias dependem, fundamentalmente, das lógicas que compõem os projetos terapêuticos institucionais, representadas nos aspectos teóricos e nas perspectivas de cuidado assumidas explicitamente ou implicitamente pelos profissionais, assim como pelo contexto institucional no qual essas equipes estão inseridas. Desta forma, observa-se diferentes modalidades de inclusão de familiares conforme a formação dos profissionais e conforme o caráter e as lógicas institucionais dos serviços: ambulatorial, de internação ou comunitários (LIMA, MÂNGIA, 2015).

A família pode ser compreendida como um grupo de pessoas com laços afetivos e uma história compartilhada. Dividem crenças e vivências cotidianas que organizam e dão sustentação a uma dinâmica relacional que propicia fatores de proteção necessários para seu desenvolvimento enquanto grupo e indivíduos. O núcleo familiar recebe destaque na contemporaneidade, pois é fonte primária de socialização e aprendizagem, de modo que, através da família são transmitidos um conjunto de crenças, valores, costumes, hábitos e dinâmicas de relacionamento (MINUCHIN, 1999).

Portanto, no contexto de cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, a família é identificada como locus importante da rede de suporte social de uma pessoa, sendo capaz de atuar como fator de proteção ao agravo de doenças; contribuir na solução de problemas e resoluções de crises; aumentar a sobrevivência, promovendo saúde; e ofertar companhia, apoio emocional, modelo de regras, limites e auxílio material e financeiro (BARNARD, 2005, COPPELO ET AL. , 2005).

Considera-se, então, que o suporte e apoio familiar no cuidado são fundamentais (Barnard, 2005). Todavia, se tais práticas não são compartilhadas em um contexto mais amplo, que envolve outros atores, como as equipes de saúde e outros recursos políticos, institucionais e territoriais, os membros familiares podem começar a sentir os impactos, em suas vidas, da sobrecarga subjetiva e objetiva, o que tende a elevar os fatores de risco no processo de adoecimento e diminuição de respostas às suas necessidades (BANDEIRA, BARROSO, 2005).

Uma pesquisa recente revelou dados importantes sobre o impacto do uso prejudicial de álcool e outras drogas no contexto familiar dos usuários: 45,4% das

famílias consideraram que uso de drogas afetou drasticamente suas finanças; 58,5% disseram que houve redução da dedicação pessoal ao trabalho e estudo; 47% relataram problemas relacionados à vida social; 12% relataram viverem situações estressoras, como ameaças e 26% disseram ter passado por furtos no ambiente doméstico por parte do usuário; por fim, 29% dos respondentes apresentaram pessimismo em relação ao futuro e desesperança de melhora na situação vivida (LENAD, 2012).

Os dados acima evidenciam um alto índice de sobrecarga familiar e indicam que essas famílias, ao assumirem o papel de cuidadores de uma pessoa com necessidades de cuidado intensivo e de longo prazo, reorganizam o núcleo familiar para lidar com o problema apresentado e colocam suas necessidades e desejos pessoais em segundo plano, assumindo tarefas a mais em relação àquelas já desempenhadas.

Os impactos da sobrecarga na saúde física e psicológica aparecem por meio de queixas como somatizações, sintomas de ansiedade e depressão, culpa, solidão e outros sentimentos negativos. Já nas relações familiares, a sobrecarga pode ser observada nas mudanças de papéis, falhas na comunicação, rupturas e conflitos e, na vida social, se apresentam na forma de isolamento social, temor em deixar o usuário sozinho, receio de ser alvo de críticas do grupo social, e pouca motivação para atividades prazerosas e de autocuidado (BANDEIRA, BARROSO, 2005).

Há, ainda, a dimensão objetiva da sobrecarga que se concretiza nos aspectos financeiro e ocupacional: altas taxas de absenteísmo, desemprego, dívidas de drogas, despesas de tratamento e pagamento de despesas do usuário (BANDEIRA, BARROSO, 2005).

O uso problemático de drogas, portanto, afeta a saúde e qualidade de vida do usuário de substâncias psicoativas e de sua família. Os sofrimentos experienciados pela família compreende não apenas as questões relativas ao uso, mas também, pela forma como a sociedade compreende e se relaciona com as drogas.

Logo, nestas situações, são notáveis conflitos que não emergem da relação direta com as drogas, mas que advém do desconhecimento e do preconceito que envolvem tal problemática.

Ao cuidarmos das famílias de pessoas que tem um uso prejudicial de álcool e outras drogas não podemos desconsiderar o estigma relacionado ao consumo de substâncias psicoativas. O estigma é reproduzido nas “microrrelações”, de modo que, tanto o usuário de substâncias psicoativas sofre com o estigma como seus familiares, aos quais é atribuído estigma por associação, pois há uma construção social de que a dependência química é uma doença “escolhida”, livre de determinantes sociais e cuja responsabilidade é individual ou familiar (RONZANI, FURTADO, 2010; CORRIGAN, MILLER, WATSOR, 2006).

Diante da complexidade do fenômeno e da intensidade do sofrimento no qual tanto família quanto usuário de substâncias psicoativas estão envolvidos, verifica-se a importância e a necessidade do trabalho com estas famílias, à medida que, compartilhando o cuidado e dividindo as responsabilidades, a família amplia as

estratégias de cuidado não só com um de seus membros, mas com todos os envolvidos.

O trabalho dos serviços de saúde, conseqüentemente, pode auxiliar o paciente a fazer mudanças positivas em seu estilo de vida; aumentar o conhecimento dos familiares sobre o problema vivido; construir estratégias de enfrentamento das situações de crise; trabalhar aspectos emocionais como a culpa e o senso de responsabilidade, melhorar a comunicação, assertividade e o autocuidado; estimular o paciente dentro da família, na busca por tratamento; auxiliar na redução do uso de substâncias e realizar educação em saúde na perspectiva de aumentar o conhecimento dos familiares sobre o problema vivido (COPPELO et al., 2005).

Como alcançar tais objetivos nas intervenções com as famílias é o desafio posto aos profissionais de saúde. No Reino Unido, por exemplo, há um protocolo estabelecido nos serviços de saúde que visa garantir um momento de escuta e acolhimento às famílias para, em um segundo momento, orientá-las e dividir informações sobre o processo de adoecimento e, posteriormente, instrumentalizá-las e compartilhar estratégias de enfrentamento concretas. Nesta abordagem, é garantido às famílias espaços protegidos de diálogos sobre o seu problema, escuta de depoimento de outras famílias, atendimentos do núcleo familiar, treinamento para situações de overdose e crises e, por fim, inclusão em programas e estratégias de redução de danos - exames de sangue, entrega de contraceptivos, entre outros (COPPELO et al., 2005).

Já no Brasil (FILIZOLA, et al., 2009, JUNGGERMAN, ZANELATTO, 2007, MIRANDA et al., 2006) nos serviços comunitários e em meio aberto, geralmente, são ofertadas às famílias intervenções em grupo ou atendimentos ao núcleo familiar, nas seguintes modalidades: 1) Atendimentos grupais e individuais com vistas à educação em saúde (orientação familiar); 2) Atendimentos em grupo multifamiliar como propostas que visam estimular a conversação, para criar ou expandir a rede de suporte social do familiar, mitigar a dor, ter *insights* sobre o problema vivido, compartilhar estratégias, aumentar a empatia, estimular a solidariedade, diminuir o isolamento social e ajudar na resolução de conflitos, revisar valores e atitudes (orientação familiar); 3) Grupo de apoio mútuo provenientes dos AA/NA (Amor exigente Alanon, Naranon); 4) Terapia familiar (sistêmica, cognitivo-comportamental); 5) Mediação de conflitos.

Tais propostas consideram que o envolvimento da família (companheiro/a), em qualquer etapa do tratamento, pode contribuir na redução do consumo das substâncias e dos sintomas de estresse, ansiedade e depressão em ambos, paciente e familiares.

Contextualização do cotidiano do Ambulatório

A prática grupal com familiares é realizada em uma instituição pública, o Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, ligada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que tem por objetivo promover o ensino, a pesquisa e assistência psiquiátrica às pessoas e seus familiares que procuram, durante todo o ano, cuidados em saúde mental.

O Ambulatório de Dependência de Álcool e outras Drogas é um dos programas

dessa instituição. Inaugurado em 1987, funciona uma vez por semana, às terças-feiras, por meio do trabalho de uma equipe interprofissional que atua tanto na assistência aos usuários, quanto na formação de profissionais de saúde, desde aqueles que já estão formados e estão vinculados ao ambulatório por programas de capacitação ou residência, até aos alunos do curso de medicina que se encontram no programa de internato.

A proposta de cuidado do Ambulatório consiste na articulação e construção de projetos terapêuticos singulares cujas ações, individuais e grupais, visam contemplar as necessidades de saúde de forma integral.

Os usuários do serviço são admitidos devido ao uso prejudicial de substâncias psicoativas e, em alguns casos, por apresentarem comorbidades psiquiátricas associadas, ambas passíveis de serem assistidas em nível ambulatorial.

O ambulatório é composto por profissionais psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e psiquiatras, que possuem diferentes vínculos com a Instituição: concursados, contratados CLT, voluntários e alunos de capacitação em serviço, aprimoramento profissional e residência multiprofissional em saúde mental e de psiquiatria.

Os profissionais concursados e contratados (uma psicóloga, uma assistente social, um enfermeiro e 2 médicos psiquiatras) são responsáveis por atender pacientes e familiares, coordenar e supervisionar as ações assistenciais promovidas pelo ambulatório, tanto no que tange as propostas terapêuticas das áreas profissionais, quanto às estratégias de articulação de ações por meio da discussão de casos, orientada para a elaboração e coordenação de projetos terapêuticos dos usuários.

Os profissionais em capacitação e aprimoramento da área de psicologia e serviço social, e os residentes das áreas de psicologia, serviço social, enfermagem, terapia ocupacional e psiquiatria, compõem o trabalho em equipe nas tarefas assistenciais, mas estão inseridos por meio das propostas de formação em serviço, o que gera um caráter rotativo destes profissionais no cotidiano do ambulatório.

A rotina de trabalho da equipe consiste no desenvolvimento de tarefas, como:

- a. Triagem, realizada por um médico psiquiátrico e uma dupla psicossocial, direcionada para a avaliação do indivíduo, de seu uso de substâncias e de seu contexto sociofamiliar;
- b. Discussão em equipe sobre os casos novos ingressantes no ambulatório;
- c. Discussão e reunião de acompanhamento dos casos atendidos, visando re-aver, repensar e propor ações e metas;
- d. Grupo de acolhimento, voltado aos usuários;
- e. Grupo de habilidades, voltado aos usuários;
- f. Grupo de cotidiano, voltado aos usuários;

- g. Grupo de preparação para alta do serviço, voltado aos usuários;
- h. Grupo de acolhimento de familiares;
- i. Grupo de acompanhamento de familiares;
- j. Consultas e orientação de enfermagem;
- k. Consultas psiquiátricas;
- l. Psicoterapia breve;
- m. Atendimento e orientação do Serviço Social;
- n. atendimentos de gerenciamento de caso, em duplas interprofissionais, com usuários e familiares.

Tais tarefas da equipe compõem o projeto terapêutico institucional, que possui forte caráter psicossocial, cujo objetivo é promover a melhora dos sintomas apresentados pelos pacientes, ampliar seu repertório de habilidades sociais, propiciar processos psicoterapêuticos em âmbito individual ou grupal, fomentar o fortalecimento das relações sociais e afetivas, bem como construir respostas às necessidades por eles apresentadas, por meio do desenvolvimento de um trabalho em rede, necessidades estas que são identificadas nos diferentes encontros vivenciados entre os profissionais e os usuários do serviço.

Ainda que o serviço assuma, em boa parte de seu cotidiano, a perspectiva da abstinência, devido a essa ser ainda objetivo hegemônico de muitos serviços ambulatoriais e comunitários, a perspectiva da Redução de Danos, como proposta pelo Ministério da Saúde, tem sido assumida na prática dos profissionais, tanto na formulação das ações assistenciais, quanto na construção dos projetos terapêuticos junto aos pacientes e seus familiares.

O diálogo do Ambulatório com as diretrizes de cuidado propostas pela Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004), bem como com as diretrizes de organização do processo de trabalho propostas pela Política de Humanização (BRASIL, 2007), tem ganhado força desde o ano de 2013, com a entrada do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental com ênfase em Dependência Química. O programa de residência tem se apresentado como forte protagonista na reformulação da organização, das ações e das lógicas assistenciais deste serviço, obviamente, não sem inúmeros desafios, inerentes ao modelo hegemônico de cuidado no campo do álcool e outras drogas.

DESCRIÇÃO DA PROPOSTA DO GRUPO DE ACOLHIMENTO DE FAMILIARES: ENCONTRO TÍPICO.

O grupo de acolhimento aos familiares dos pacientes matriculados no ambulatório do Programa Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (GREA-Ipq-HC-FMUSP)

foi fruto de um processo de pesquisa e de um trabalho de conclusão de curso de um psicólogo residente multiprofissional, no ano de 2013, em parceria com duas assistentes sociais residentes, que propuseram o redirecionamento da atenção dada às famílias até aquele momento. Tal processo foi constituído visando uma maior participação dos atores na construção da proposta do grupo, por meio de um mapeamento de necessidades nos momentos de reunião e de encontros cotidianos com os familiares no ambulatório, e foi mediado por: 1) pesquisas na literatura sobre atendimento de familiares e sobre práticas grupais; 2) nas orientações da Política de Saúde Mental, Álcool e outras drogas; 3) pela escuta dos familiares que eram atendidos pelo ambulatório; e 4) pela discussão com profissionais sobre a atenção ofertada às famílias.

Buscou-se propor, a partir desse processo, um atendimento em grupo aos familiares que deveria ter como foco o acolhimento, a identificação de situações de sobrecarga e o fortalecimento das redes apoio, a promoção de ações reflexivas como forma de educação em saúde sobre dependência e a orientação sobre manejo com o paciente em diferentes situações.

O grupo possui um caráter semiaberto, com duração de 12 a 15 encontros, e é realizado semanalmente, no mesmo dia dos atendimentos ao paciente. É realizado em uma sala de atendimento, que comporta cerca 10 pessoas, incluindo os coordenadores. Desta forma, possui característica de pequeno grupo, tanto pela limitação do espaço, quanto pelo reduzido número de familiares que possuem disponibilidade para os atendimentos. É importante salientar que, como as ações do ambulatório são realizadas durante o período da tarde, atualiza-se a problemática do acesso de familiares que possuem atividades ocupacionais e de trabalho, o que tem configurado um processo de discussão na equipe sobre a necessidade de ampliar as ações do ambulatório para o período noturno, no intuito de incluir gradativamente maior número de usuários e familiares.

O grupo é composto por familiares e pessoas que mantenham relacionamento afetivo com o paciente em tratamento no ambulatório, e que não tenham participado da intervenção grupal no serviço. Portanto, se configura como o primeiro contato com a equipe do ambulatório, no sentido do acolhimento, da escuta e da orientação. É coordenado por uma assistente social e um psicólogo, com formações específicas em Saúde Mental e Família, e conta com a participação dos profissionais em formação em serviço.

Os coordenadores buscam ocupar um lugar de facilitador da comunicação e da circulação da palavra, esforçando-se para não se colocarem e nem serem postos no papel de protagonista do grupo. Salienta-se que esse esforço se dá no encontro do grupo, no desenvolvimento do processo grupal e na reflexão da dupla de coordenadores em relação à sua prática, pois o papel de coordenação, como é demonstrado na literatura sobre grupos, é apenas mais um dos aspectos constitutivos do dispositivo grupal, que tende a ser atravessado por uma diversidade de questões e determinações

intrinsecamente dinâmicas (BAULEO, 1977; BAULEO, 1982; BARROS, 2013).

Nos primeiros encontros dos grupos observa-se uma tendência maior dos coordenadores a dirigirem o encontro: 1) para a formulação das regras do grupo, que são construídas em conjunto com os participantes, e escritas em uma folha de *flipchart* ou cartolina, tais como pontualidade e tolerância com atrasos, sigilo e confidencialidade, práticas de fala e escuta que permitam maior circulação da palavra entre os membros, vigilância em relação às atitudes de crítica e de obstrução da fala e do pensamento dos participantes, cuidado em relação ao tempo do encontro, etc.; 2) para a construção de um clima de intimidade, com a utilização de técnicas de apresentação, geralmente no primeiro encontro, por meios das quais um participante apresenta o outro após um breve período de conversa em duplas ou trios; 3) para a possibilidade de criar um clima de conversa e discussão a partir da proposição de temas, por meio dos quais os participantes são convidados a interagir e falar livremente sobre.

Estas técnicas e outras, pareadas à intencionalidade dos coordenadores em promover graus gradativamente maiores de participação, e associadas à interpretações e assinalamentos sobre como cada participante está vivenciando, do ponto de vista afetivo e do pensamento, tanto as situações relatadas quanto as interações grupais, tem como objetivo construir modos de relação social diferentes daquelas vivenciadas no cotidiano, que tendem a ser marcadas por posturas de rigidez, de críticas e julgamentos, e de pouca reflexão sobre suas construções vinculares e relacionais.

Segundo Bauleo (1977), os participantes do grupo devem, ao posicionar-se em relação ao tema, não apenas falar sobre ou dizer o que sentem, e sim “elaborar las concomitancias, consecuencias, supuestos y límites que dicho tema implica com una palabra cuya fuerza está dada por la emoción (carga energética alternante) que al hablar em essa situación grupal provoca”.

Tal compreensão sobre o grupo implica lugares diferenciados em relação à coordenação (BAULEO, 1977): 1) a escuta dos coordenadores deve ser vivenciada com certa distância, que não significa neutralidade, mas sim um lugar desde o qual é possível trabalhar as questões vivenciadas pelos participantes, devolvendo a eles o processo de elaboração constante do vivido e do pensando; 2) o trabalho dos coordenadores é a relação do grupo com o tema, o vínculo que o grupo estabelece com a tarefa, que não possui simetria com a experiência que os participantes têm em suas interações; 3) os coordenadores não devem assumir o lugar de liderança, e sempre devem devolvê-la ao grupo, sustentando os conflitos e as dinâmicas que daí decorrem, pois o que está em jogo é a multiplicação de pontos de vista, de modos de sentir e pensar, que potencializam a discussão ao desconstruir uma estruturação patriarcal do manejo do encontro. Dito de outro modo, a tarefa dos coordenadores envolve a elaboração dos determinantes ideológicos de sua prática e de sua subjetividade, que os fazem investir o grupo como se este fosse algo de sua posse (identificação e objetificação) e o lugar de status e prestígio (narcisismo).

Já os profissionais em formação contribuem com as observações que fazem

ao longo dos encontros, compartilhando-as no encontro grupal, entre todos, e nos momentos de pré e pós-grupo destinado à equipe para o planejamento, análise e elaboração coletiva da ação.

Cada sessão tem duração de 1h30 e são organizados da seguinte maneira:

1) Acolhimento: nos primeiros 20 minutos é realizado o acolhimento dos participantes. Nesse momento, os coordenadores recebem os familiares de modo empático, e também estão atentos para perceber a forma como cada um chega, de que forma iniciam suas interações, como se apresentam ao encontro. Nas falas e partilhas que ali são colocadas em cena, os coordenadores buscam identificar como devem começar a sessão. Nesse momento também os novos participantes são apresentados aos demais participantes do grupo que, com o tempo, tendem a se mostrar mais receptivos e empáticos com a escuta das questões e sofrimentos trazidos pelos ingressantes.

2) Desenvolvimento do encontro: durante a primeira hora, os coordenadores orientam sobre a proposta do encontro, se os participantes gostariam de propor outro tema. Nos grupos realizados, os coordenadores não desenvolvem técnicas de dinâmica de grupo, tendo em vista que é a própria interação do grupo que é trabalhada, sempre em relação ao tema em discussão.

3) Síntese e encerramento: ao final do encontro, o grupo constrói uma síntese do que ali foi produzido, tanto do ponto de vista afetivo quanto do pensamento. É comum os participantes assinalarem um desejo de aprofundar algumas temáticas, principalmente aquelas relacionadas à dependência, seus aspectos psicológicos, sociais, biológicos, culturais, e ao manejo cotidiano com o familiar usuário. Após a síntese, os coordenadores propõem uma breve avaliação de como o encontro foi vivido por cada participante.

Ao final dos 15 encontros, é feita uma avaliação, entre os participantes e os coordenadores, sobre todos os encontros, por meio de três perguntas disparadoras de reflexão: “qual foi a contribuição do grupo para mim”; “qual foi a minha contribuição para o grupo (eu no grupo)”; “qual foi a contribuição dos coordenadores do grupo para esta vivência”. Primeiramente, os coordenadores solicitam que todos escrevam suas reflexões e depois compartilhem no grupo. Os coordenadores, ao final, comentam sobre suas impressões, no intuito de realizar uma retrospectiva sobre os deslocamentos e mudanças de cada participante, sugerindo alguns encaminhamentos para que sigam construindo estratégias de autocuidado. São indicadas propostas terapêuticas, serviços da Rede de Atenção Psicossocial existentes no território de cada participante, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Convivência, Centros de Atenção Psicossocial, além de grupos de apoio mútuo que são organizados pela sociedade civil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram obtidos através das anotações e discussões feitas a cada sessão realizada e a partir das avaliações feitas por familiares e coordenadores.

Os grupos, que funcionam desde janeiro de 2014, já atenderam cerca de 80 familiares. Nos primeiros 3 anos de grupo, a maioria de seus participantes eram mulheres: mães, esposas, irmãs, tias e filhas. Houve a presença de poucos membros do gênero masculino a cada grupo realizado, geralmente pai do paciente. Já no primeiro grupo realizado no ano de 2018, observou-se uma metamorfose na qual a presença masculina foi aumentando a cada encontro. Houve momentos em que a maioria dos participantes do grupo era do sexo masculino e ali estavam esposos, pai, (muitos) irmãos e amigos dos pacientes.

A mudança no perfil dos participantes fez com que estes encontros tivessem algumas características diferentes daquelas vistas até então: os grupos foram mais dinâmicos, a palavra circulou com mais frequência entre os membros, a discussão sobre os problemas enfrentados era mais pragmática, atendendo-se não somente à queixa, mas às possibilidades de reais de cuidado. Deste modo, houve um deslocamento frequente da queixa sobre o outro (paciente) para reflexões sobre si mesmo.

Outro novo elemento nos grupos realizados neste ano de 2018 foi a presença de familiares que também já tiveram problemas com o uso de substâncias psicoativas e estavam em processo de reabilitação. Ao se apresentarem como alguém que já enfrentou o mesmo problema que os pacientes, as famílias os colocaram em lugar privilegiado de escuta e, sem se darem conta, ao buscarem receitas prontas de como resolver o problema do uso de álcool e drogas, se conectaram e se tornaram empáticos com seu familiar através da figura do “outro paciente”.

Esta situação levantou um desafio à medida que demandou dos coordenadores do grupo ajudar estes familiares (que enfrentam questões relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas) a pensarem sobre os desgastes vividos em ser cuidador e não mais de ser o paciente identificado.

A experiência dos familiares, em seus pontos de vista, girou em torno da possibilidade de serem acolhidos em circunstâncias de sofrimento e desesperança, na medida em que o grupo possibilitou que falassem sobre seu sofrimento. Outro ponto importante das avaliações dos familiares sobre o grupo foi a possibilidade de escutar o outro e elaborar seu sofrimento a partir da identificação entre os pares.

Ser reconhecido como alguém que necessita de cuidados e ter seus sentimentos legitimados no grupo aumentou a sensação de bem-estar e diminuiu o nível de sofrimento de alguns familiares. Àqueles que conseguiram se conectar com as histórias dos demais, retornaram para as suas histórias de uma forma mais leve conseguindo identificar, nos momentos de crise, quais são as preocupações reais, quais são fantasias e como identificar as prioridades no momento do cuidado de seu familiar.

Foi possível proporcionar uma reflexão acerca do estigma e estigma por

associação, bem como a desconstrução de ideias pré-concebidas e pautadas apenas em suas leituras experienciais sobre o uso de álcool e outras drogas, geralmente envoltas em concepções morais e discriminatórias sobre as práticas de consumo de seus familiares usuários.

Destaca-se também a contribuição da prática grupal na desconstrução das expectativas de “cura” explicitamente ou implicitamente investidas nas expectativas dos familiares em relação à tarefa do Ambulatório. Tais expectativas, como compreendidas pelos coordenadores do grupo e pela equipe, estão baseadas em discursos e práticas sociais que tomam a dependência como doença, cujo único objetivo de cuidado é a abstinência, e não a Redução de Danos (Brasil, 2004).

Essas expectativas atravessam, com maior ou menor intensidade, o imaginário individual e grupal na questão da dependência, que tem como efeito o desinvestimento no fortalecimento da autonomia pela adequação às normas e comportamentos socialmente aceitos. Desde uma perspectiva psicossocial, a expectativa de cura como finalidade da atenção limita a implicação dos sujeitos na elaboração de suas questões e vivências, já que tendem a reduzir toda a complexidade social, cultural, biológica e psicológica das dependências à identificação de um membro familiar problemático. Limitam também as possibilidades de respostas às necessidades das pessoas por parte dos serviços de saúde e das políticas públicas, bem como o fomento à participação, por direcionar a um “terceiro” a possibilidade de apaziguamento e de resolução de seus conflitos cotidianos.

O grupo proporcionou, ainda, a promoção da saúde e das práticas de cuidado de si, na medida em que o grupo trabalha para estimular mudanças nos estilos de vida e ampliar referenciais pessoais e coletivos sobre cuidar da própria saúde mental. Trabalhou-se na perspectiva de que quanto mais contextos (relacionais, políticos, econômicos, geracionais) puderem incluir na construção de uma nova visão do problema, maior a amplitude de possibilidades que teremos para cuidar do outro e se cuidar nos momentos de crise e dificuldade.

Observou-se que o grupo contribuiu para o aprendizado de modos de elaborar e lidar com as recaídas dos pacientes, a ampliação e complexificação dos conceitos de dependência, o sentimento de acolhimento, a aquisição de novas amizades, aumento da autoestima e o reconhecimento de sentimentos negativos como vergonha, impaciência e desespero.

Portanto, os temas que foram pauta de discussão e reflexão nos grupos foram: o que é a dependência; quais os aspectos psicossociais que influenciam no estabelecimento das adicções; o uso drogas é falha de caráter?; como me relaciono com o familiar em uso e em abstinência; como é a rotina e a dinâmica familiar; como fico quando deixo de me cuidar; quem sou eu e quais são minhas fontes de prazer e meus projetos pessoais; a dependência do ponto de vista da espiral motivacional; qual é o “fundo do poço” de cada um; como escutar o que o outro tem a dizer; como lidar com dinheiro, autonomia e responsabilização; reconhecimento da sobrecarga; como

lidar com situações-limite; como o ambulatório e a Rede de Atenção Psicossocial podem contribuir para a produção do cuidado; o lugar da “supermãe” e como construir limites; os sentimentos de desesperança e desespero; como ajudar alguém que não quer ajuda e não chega ao tratamento; a reinserção social e profissional.

Para concluir, apontamos algumas reflexões elaboradas pela equipe e pelos coordenadores em relação à abordagem com os familiares no contexto do Ambulatório: 1) a equipe estimula a família a focar-se em seus pontos fortes e potencialidade, mas deve sempre trabalhar com as situações de conflito, visando elaborá-las e construir estratégias de lida; 2) as práticas de cuidado devem contribuir para um modo de funcionamento mais colaborativo e que expanda a rede de apoio para além do contexto doméstico; 3) o acolhimento, como tarefa institucional da equipe, bem como prática relacional familiar, deve possibilitar maior capacidade de suportar as impossibilidades do outro e ajudá-lo a vir a suportar, em si mesmo e no coletivo, as desorganizações e rupturas vivenciadas; 4) ao passo que a dependência envolve impactos importantes no contexto social, familiar e comunitário, com conseqüente enfraquecimento dos laços, possibilidade de rupturas relacionais e negligência dos aspectos estruturantes da vida – como interesse na própria saúde e relações sociais – e abandono de projetos de vida pessoais e familiares, os aspectos sociais, culturais e políticos devem estar incluídos nas análises e elaborações da equipe e da abordagem aos familiares; 5) a atenção aos familiares, por parte da equipe, não deve se restringir aos espaços assistenciais institucionalizados, como os grupos, mas deve fazer parte do manejo dos profissionais nos diferentes momentos de cuidado que envolver os familiares, seja nas consultas, seja na construção dos projetos terapêuticos singulares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ofertar abordagens de cuidado por meio de estratégias de inclusão de familiares nos serviços de saúde é de grande importância no contexto da atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Além de promover a adesão do usuário ao tratamento, a atenção aos familiares contribui para que essas se sintam acolhidas, orientadas e consideradas em suas necessidades.

Os estudos sobre as práticas grupais neste contexto apontam que tais estratégias podem contribuir na diminuição de sintomas de ansiedade, bem como na adoção de estratégias de enfrentamento que ajudam a fortalecer o cotidiano e as relações familiares (RAISTRICK et al., 2006; SCHAEFER, 2008; COPPELO et al., 2005).

Estabelecer uma relação de confiança entre os membros da família e os profissionais do serviço, valorizando a construção do vínculo e o reconhecimento de suas necessidades, possibilitado no “encontro de subjetividades” (CECILIO, 2011, p. 163), configura-se como possibilidade de reorientar a atenção, desde um paradigma da autonomia e da participação.

Considera-se, por fim, que o grupo proporciona o desenvolvimento de práticas

relacionais de apoio e acolhimento, assim como potencializa práticas de reflexão e orientação acerca do papel da família no cuidado psicossocial, do fortalecimento de si enquanto condição essencial para o cuidado com o familiar dependente de substâncias psicoativas. Tal tarefa envolve a instauração de espaços, lógicas e propostas que fomentem processos de elaboração do vivido no cotidiano, assim como a abertura afetiva e do pensamento para novos modos de olhar, compreender e lidar com as situações de sofrimento e de crise, tão características da clínica com as famílias de usuários de álcool e outras drogas.

REFERÊNCIAS

VANDERSON, H. GOOLISHIAN, H. **O cliente é o especialista: uma abordagem para a terapia a partir de uma posição de não saber.** Nova Perspectiva Sistêmica. 2(03): 08-24, 1993.

BANDEIRA, M., BARROSO, S.M. **Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 54(1):34-46, 2005.

BARNARD, M. **Drugs in the family: The impact on parents and siblings.** Joseph Rowntree Foundation, University of Glasgow, 2005.

BARROS, R. B. **Grupo: a afirmação de um simulacro.** Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS, 2013.

BAULEO, A. **Contrainstitucion y grupos.** Madrid: Editora Fundamentos, 1977.

BAULEO, A. **Ideología, Grupo y Familia.** México: Editora Folios Ediciones, 1982.

BRASIL. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004

BRASIL. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRAUN, L. M., Dellazzana-Zanon, L. L., & Halpern, S. C. (2014). A família do usuário de drogas no CAPS: um relato de experiência.

CECÍLIO, L.C.O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integridade e qualidade na atenção.** In: Pinheiro, R. Araujo de, R.M Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2001, p. 113-126.

COPPELO et al., Templeton LJ. **Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems.** Drug Alcohol Rev 2005;24:369–85.

CORRIGAN, P.W, MILLER, F.E, WATSON, A. C. **Blame, shame, and contamination: The impact of mental illness and drug dependence stigma on family members.** Journal of Family Psychology, 2006. 20, 239-246. 2006.

FALICOV, C. **From rigid borderlines to fertile borderlands**: reconfiguring family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. 24(2): 157-163, 1998.

FILIZOLA, C.L.A.; TAGLIAFERRO, P.; ANDREADE, A.S.; PAVARINI, S.C.I.; FERREIRA, N.M.L.A. **Alcoolismo e família**: a vivência de mulheres participante do grupo de autoajuda Al-Anon. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 58, n 3, p. 181-186, 2009.

JUNGERMAN, F.S, ZANELATTO, N. A. **Tratamento Psicológico do Usuário de Maconha e Seus Familiares**: Um Manual Para Terapeutas. São Paulo: ed Roca, 2007

Lima HA, Mângia EF. **Estratégias grupais voltadas aos familiares de pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas**: uma revisão narrativa. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. maio/ago.;26(2) 2015: 294-300.

LIMA, H. A, FERREIRA, I. B. **Inclusão de familiares de pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool e outras drogas na atenção em Saúde**. *Boletim do Instituto de Saúde, Drogas, Saúde & Contemporaneidade*. Nov/2017:141-150.

LENAD. **Levantamento Nacional de Famílias dos Dependentes Químicos** – 2012. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2012.

MELMAN, J. **Família e Doença Mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 3ª ed. São Paulo: Escrituras, 2008.

MINUCHIN, P.; COLAPINTO, J.; MINUCHIN, S. **Trabalhando com famílias pobres**. Porto Alegre: ARTMED, 1999.

MINUCHIN, S. **Famílias**: funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MIRANDA, F.A.N.; SIMPSON, C.A.; AZEREDO, D.M.; COSTA, S.S. **O impacto negativo dos transtornos do uso e abuso do álcool na convivência familiar**. *Revista Eletrônica de Enfermagem* (on line). v. 8, n.6, p. 222-232, 2006

Ronzani TM, Furtado EF. **Estigma social sobre o uso de álcool**. *J Bras Psiquiatr*;59(4):326-332. 2010.

O ESTIGMA ASSOCIADO AO USO DE DROGAS ETNOGRAFIA A PARTIR DO TRABALHO DE PROXIMIDADE

Ximene Rego

APDES | RECI

Porto, Portugal

Catarina Lameira

APDES | RECI

Porto, Portugal

RESUMO: Foi conduzida uma etnografia com Pessoas que Usam Drogas no contexto da intervenção levada a cabo pela equipa de proximidade GiruGaia (APDES | Portugal), a atuar desde 2003 no âmbito da Redução de Danos. O principal objetivo foi aprofundar o conhecimento acerca da população-alvo da equipa, nomeadamente o papel que o estigma associado ao uso de drogas desempenha nas suas condições de vida. O trabalho de campo decorreu entre 2014 e 2015 e envolveu o contacto regular com 122 utentes, tendo sido realizadas 15 entrevistas. Os resultados indicam transformações substanciais no que toca, por parte dos utentes, à implementação de práticas orientadas para a saúde e, por parte da equipa, a uma maior capacidade em estreitar a ponte entre os utentes e às estruturas formais da rede (social, de saúde e de cidadania). Foi também possível observar o papel que o estigma desempenha nas condições de vida dos participantes, designadamente no acesso às mencionadas estruturas formais da rede. Os

dados permitem ainda desafiar algumas representações em torno do uso de drogas, em especial aquelas que reproduzem a Pessoa que Usa Drogas como estando inteiramente subjugada pelo poder da substância que consome.

PALAVRAS-CHAVE: Estigma, Redução de Danos, Drogas, Etnografia

ABSTRACT: The work carried out by GIRUGaia's Harm Reduction mobile unit (APDES | Portugal) was the core focus of an ethnography research. The main goal of the research was to increase the knowledge about the team's target-population, namely how the stigma associated with drug use influences the lives of those who use them. The fieldwork took place between 2014 and 2015 and involved 122 beneficiaries – with a total of 15 interviews. The results show significant changes regarding the implementation of health-related practices among drug users and the improvement in the team's ability to bridge the gaps between people who use drugs and the social, healthcare and citizenship formal services. Finally, the data also acknowledged how the stigma associated with drug use influences the beneficiaries' lives, simultaneously challenging how drug use is represented - especially when presumed that People Who Use Drugs are subjugated by the

substances they use.

KEYWORDS: Stigma, Harm Reduction, Drugs, Ethnography

1 | INTRODUÇÃO

As equipas de Redução de Danos (RD) que desenvolvem trabalho de proximidade junto de Pessoas que Usam Drogas (PUD) têm tido sucesso onde outras abordagens têm falhado. Por proximidade entende-se a intervenção orientada para o cliente e arraigada na comunidade que permite que um leque amplo de serviços sociais, de saúde e de cidadania chegue às pessoas nos seus contextos “naturais”. A intervenção levada a cabo pela equipa multidisciplinar da unidade móvel do GiruGaia (APDES I Portugal) constituiu o contexto e o pretexto para a condução de uma etnografia de rua, cujo intuito geral foi aprofundar o conhecimento acerca da sua população-alvo, nomeadamente o papel que o estigma associado ao uso de drogas desempenha nas condições de vida daqueles que as usam. Em particular, de que forma as representações construídas em torno das PUD influencia o seu acesso às estruturas formais da rede social, de saúde e de cidadania?

Se, por um lado, a etnografia se estabelece como janela de observação dos modos de vida das PUD, potenciando assim a possibilidade de intervir de forma reflexiva; por outro, aquele método consiste também numa oportunidade de dar voz a quem raramente se faz *ouvir*, o que vem cumprir um dos desígnios do GiruGaia - advogar pelos direitos daquelas pessoas. Este propósito toma forma a diferentes níveis: transformacional, através do empoderamento das populações; desenvolvimental, através do fortalecimento da sociedade civil; e instrumental, através da influência na formulação de políticas públicas.

As práticas inovadoras colocadas em marcha pela equipa no panorama nacional da RD são dignas de nota. Em 2003, dá início ao Programa de Troca de Seringas (PTS); em 2004, é inaugurado o primeiro Programa de Troca de Pratas; em 2007, arranca o Programa de Terapêutica Combinada (PTC, que combina metadona, TB, ART, medicação psiquiátrica, entre outras), com a particularidade de proceder à integração imediata da PUD, procedimento que foi, entretanto, reconhecido pela OMS como boa-prática (OMS, 20014). Em 2016, o GiruGaia foi distinguido pelo Programa Gilead Génese, devido a sua actuação na área da Hepatite C (VHC) - projeto *ADERE+ Promoção da Adesão à Terapêutica para o VHC em contexto de proximidade*. O pacote de serviços inclui suporte psicossocial, médico e jurídico, educação no âmbito das práticas de consumo de menor risco, diagnóstico de doenças infecciosas e apoio na cooperação interinstitucional. É de salientar ainda a longevidade do programa que completa 15 anos de vida em 2018.

As PUD são portadoras de um estigma que lhes deteriora a identidade. O termo

é utilizado por Erving Goffman (1986) a propósito de pessoas ou de grupos a quem é outorgado um atributo profundamente desacreditador. O estigma, tal como o desvio, resulta, não de uma qualquer qualidade própria da pessoa, mas é consequência de um processo de etiquetagem que resulta do olhar externo. Essa identidade é entretanto assumida, assimilada e reutilizada pelos próprios que são alvo desse processo.

Bruce Link e Jo Phelan (2001) entendem que o estigma social ocorre nas situações onde confluem a etiquetagem, o estereótipo, a perda de estatuto social e a distinção entre “nós” e o Outro. O estigma seria ainda administrado através de um duplo processo que Luís Fernandes (1998, p. 122) descreve - a *redução cognitiva* e o *evitamento experiencial* - alimentador de *representações sociais simplistas e estereotipadas em torno de realidades ameaçadoras*. O primeiro faz a identidade estigmatizada prevalecer sobre outras identidades possíveis. O segundo permite que as qualidades que lhe são atribuídas não sejam confrontadas e, dessa forma, eventualmente reformuladas.

O GiraGaia oferece um programa de substituição opiácea *de baixo limiar de exigência* (PSOBLE), ou seja, a admissão não implica a abstinência de substâncias psicoativas. Reside aqui a singularidade e também o maior mérito da RD, que admite que uma parte significativa das pessoas que usam drogas vai continuar a utilizá-las, circunstância independente das políticas públicas, e que parte destas tenderá a resistir às abordagens das estruturas sócio sanitárias tradicionais. A resistência resulta da violência estrutural a que têm estado votados (ver BOURGOIS, 2003). É algo intrínseco à natureza da exclusão social. E o estigma é uma das vertentes de que se reveste essa violência estrutural.

Interessa então fazer o esboço sucinto das representações que têm sido construídas ao longo do tempo em torno do fenómeno droga em Portugal, ainda que ignorando a expressiva heterogeneidade das trajetórias que o compõem: do “freak”, consumidor de cannabis, entregue ao prazer e ao lazer, ao “junkie” ou “drogado” dos anos 80, cuja substância de eleição é a heroína que o subjugaria ao crime e/ou à patologia (FERNANDES, 1990), até ao “agarrado”, que junta à heroína a base de cocaína e chega aos circuitos comerciais da cidade através da figura do “arrumador de carros” (FERNANDES & MATIAS, 2009).

Embora a primeira campanha portuguesa dirigida ao fenómeno droga date dos primeiros anos da década de 70 - assente no slogan *Droga, Loucura, Morte*, desproporcional face à sua fraca expressão na altura - é, sobretudo, no início da década de 90 que o “agarrado” surge na paisagem urbana portuguesa, ganhando rapidamente notoriedade como alguém indigno de confiança, determinística e irremediavelmente constrangido pelo produto que consome (FERNANDES & AGRA, 1991). A sua atividade quotidiana é organizada em função da heroína (Ibid.). Em finais da mesma década, o alarme social marcava já a agenda mediática, constituindo-se a droga como a principal preocupação dos portugueses (EUROBARÓMETRO, 1997).

A chegada da base de cocaína ao mercado psicotrópico não transforma

substancialmente o estilo de vida “junkie”, exceto no avançar da idade e no agravamento dos seus problemas de saúde (FERNANDES & CARVALHO, 2003). Pelo contrário, a sua trajetória nas drogas, já longa, torna vincadas as marcas do estigma e da exclusão social. A questão é indesligável de duas circunstâncias que distinguem o momento: a taxa de encarceramento era alimentada por crimes relacionados com drogas, que constituíam o principal motivo de condenação a penas de prisão efetiva (FERNANDES & SILVA, 2009); e a epidemia de VIH associada ao consumo por via endovenosa, que era “explosiva” (LANCE, 2016). É assim que aqueles que alcançam visibilidade através da ligação às drogas - e que são quase sempre também os atores da exclusão e da pobreza - têm permanecido presos a um impasse moral que ora os reduz aos constrangimentos do crime ora aos da patologia.

O estigma encontra eco idêntico nos discursos ditos tradicionais - o político-jurídico e médico-psicológico - que, operando enquanto veículos de controlo social, confluem no entendimento do uso de drogas como desvio em relação à norma, quer legal, quer patológica (CRUZ, MACHADO & FERNANDES, 2012). É também assim que o tema é esgrimido como algo que é perturbador da ordem social, firmando-se como lugar-comum tanto no imaginário das populações como na agenda política e mediática (REGO & FERNANDES, 2012), que foi estabelecendo uma ligação direta entre o uso de determinadas substâncias psicoativas e toda a sorte de crimes e desvios, reforçando a discriminação das pessoas que as usam e favorecendo a sua proximidade aos circuitos marginais.

Quando encarados de forma ampla, o estigma /os processos de estigma e discriminação, desempenham um papel central nas oportunidades de vida das populações (LINK & PHELAN, 2001), merecendo por isso uma especial atenção por parte dos diferentes atores chamados a intervir no fenómeno.

2 | METODOLOGIA

A investigação que dá agora corpo ao presente texto teve por principal objetivo aprofundar o conhecimento acerca da população-alvo da equipa GiruGaia. Um dos seus objetivos específicos foi destrinçar o papel que o estigma associado ao uso de drogas desempenha nas condições de vida das PUD, nomeadamente no que toca à sua participação na sociedade em geral e, em particular, no seu acesso às estruturas formais da rede social, de saúde e de cidadania.

Foi conduzida uma etnografia que assentou no registo dos quotidianos que compõem a intervenção de rua conduzida pela equipa. A metodologia escolhida é especialmente relevante na medida em que se trata de uma população de difícil acesso, ou seja, uma *população oculta* (Adler, 1990). A observação participante implicou a presença - ao longo de 15 meses - do investigador nos contextos em que a intervenção de rua foi tendo lugar - sobretudo, os pontos de paragem da unidade móvel: Arcozelo,

Avintes, Santa Marinha, Canidelo e Madalena - permitindo-lhe participar regularmente da interação social com cerca de 122 PUD em Vila Nova Gaia.

A permanência continuada no terreno, requisito da etnografia, permitiu então concretizar o trabalho de campo (e elaborar o diário de campo) e estabelecer as relações de confiança e proximidade necessárias à boa realização das entrevistas, cuja condução procurou respeitar o mais possível as condições naturalistas que o método aconselha. Foram realizadas 15 entrevistas semiestruturadas, registadas numa variedade de contextos: nas casas das pessoas, na rua, dentro do carro ou em cafés da sua frequência habitual. É de sublinhar que a etnografia está longe de poder ser reduzida ao número de entrevistas efetuadas.

Como forma de complementar os dados qualitativos recolhidos no terreno, foram ainda analisados os dados quantitativos sistematicamente recolhidos pela equipa desde 2003, sendo usada para o efeito uma grelha de indicadores pré-determinados: a quantidade de material de consumo trocado, o número de intervenções médicas, psicossociais e de aconselhamento jurídico levadas a cabo, o número de processos referenciados para outras estruturas de saúde/sociais, etc.

2.1 Utentes do Girugaia e os Participantes da Pesquisa

Considerando que o número de utentes em acompanhamento vai sofrendo ligeiras oscilações, normalmente correspondentes a entradas, saídas e regressos ao programa, pode dizer-se que a pesquisa conduzida envolveu o contacto regular com cerca de 122 pessoas, 104 em PTC, as mesmas que o GiruGaia acompanhava no período em análise. A última caracterização da público-alvo, que data de 2014, permite descrever uma população maioritariamente masculina (93%), com idades compreendidas entre os 30 e os 50 anos, sendo que 4% tem menos de 30 anos e 12% está acima dos 50.

Entre as pessoas acompanhadas, 53% menciona consumos regulares ou esporádicos de heroína, cerca de 80% de base de cocaína e 55% de cannabis; 20% faz consumos abusivos de álcool. A via de consumo preferencial é a fumada, estando cerca de 29% dos consumidores integrados em programa de troca de material de injeção. A heroína e a base de cocaína são, portanto, as substâncias de eleição. Outros indicadores relevantes indicam que 14% destas pessoas está em situação de sem-abrigo e 38% têm diagnóstico positivo para doenças infecciosas (30% portadores de VHC e 18% VIH).

Relativamente à situação psicossocial, trata-se de uma população que participa, na sua maioria, de contextos e de dinâmicas de precariedade económica e social, nos quais se evidenciam históricos prolongados de utilização de substâncias legais e ilegais, práticas de consumo de elevada exposição ao risco, rutura familiar, desemprego de longa duração, educação formal exígua, escassez de hábitos de higiene e saúde, bem

como um acentuado afastamento das estruturas mais tradicionais da rede social e de saúde. É apontado ainda um número significativo de indivíduos indocumentados.

A população acompanhada em PTC durante os dois últimos anos reflete precisamente essas tendências. Trata-se, sobretudo, de indivíduos que fixam as suas rotinas na esfera psicotrópica, desenvolvendo uma parte significativa do seu quotidiano nos locais de comércio e de consumo de drogas ilegais. A totalidade é consumidora ou potencialmente consumidora de heroína, 83% recorre também à base de coca. À data da entrada em PTC, 41% dos utentes consumiam por via endovenosa e 40% apresentava problemas judiciais.

Foram realizadas 15 entrevistas a 12 pessoas. A heterogeneidade no que toca aos estilos de vida, tipo de relação estabelecida com a equipa, quotidianos, trabalho, relacionamentos familiares e extrafamiliares, formas de morar e posicionamento existencial, para mencionar apenas alguns aspetos, é uma marca do grupo de participantes. O seu denominador comum é, à partida, o facto de fazerem ou terem feito *consumos duros* (FERNANDES & CARVALHO, 2003) de, pelo menos, heroína e base de cocaína.

O grupo é maioritariamente masculino, com idades a variar entre 32 e os 56 anos (a média de idades é de 43.3 anos), na sua maioria naturais de Vila Nova de Gaia, território de intervenção da equipa. Uma parte muito significativa é beneficiária de Rendimento Social de Inserção (RSI), portadores de doença infecciosa e quase sempre consumidores ativos de heroína e/ou base de cocaína. Todos abandonaram o ensino formal no fim do 1º ciclo, embora num ou noutro caso tenha havido frequência irregular dos ciclos seguintes. A maioria destas pessoas são solteiras, duas vivem em união de facto, uma é divorciada e uma outra é viúva. Vale ainda a pena mencionar que quatro dos participantes têm filhos, embora apenas um deles, um homem de 44 anos que vive com a sua mãe, tenha o filho a seu cargo, sendo o paradeiro da mãe da criança desconhecido.

Há apenas dois casos que não estão integrados em PTC: um deles constitui um caso de *alta direta*, isto é, um utente que transitou diretamente dos serviços de RD para uma situação de abstinência; e um caso de um utente que faz o PSO numa Estrutura de (ET), mas procede à troca material de injeção, contactando com a equipa numa base diária. Os participantes vivem nas proximidades dos diversos pontos de paragem da unidade móvel.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são suscetíveis de ser sumariamente organizados em duas áreas temáticas principais, que correspondem sensivelmente aos objetivos a que a pesquisa se tinha proposto: a primeira relativa a aspectos que caracterizam de forma mais aprofundada a população-alvo; a segunda relativa ao papel que o estigma

joga na relação entre aquelas pessoas e a sociedade em geral, incluindo o acesso às estruturas formais da rede social, de saúde e de cidadania. Os dados permitem ainda desafiar algumas das representações socialmente construídas a propósito das pessoas que usam drogas.

3.1. Sobre o público-alvo do GiruGaia

É constatada a ocorrência de transformações significativas no panorama psicotrópico em análise, nomeadamente a crescente centralidade da base de cocaína face à heroína e a mudança progressiva na forma de administração daquelas substâncias, que transitam maioritariamente da via injetada para a via fumada. Estes dados são consentâneos com aqueles divulgados pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (Sicad, 2017).

A mudança progressiva para vias de administração mais seguras - da via injetada para a via fumada - poderá estar relacionada, primeiro, com a intervenção das equipas de RD, sobretudo com o seu esforço no sentido de instituir práticas de consumo de menor risco e, segundo, com o facto da base de cocaína ser tipicamente fumada, bem como ser, presentemente, a substância de eleição da maioria. Note-se que 97% dos utentes estão em PSO, o que garante a manutenção diária do opiáceo.

Em todo o caso, regista-se um decréscimo da troca de material de injeção (por exemplo, em 2009/2010, num universo de 183 utentes, estavam 163 pessoas inscritas no PTS; em 2013/2015, num universo de 128 utentes, 36 estavam inscritos no PTS). É igualmente de salientar a crescente proximidade dos utentes do GiruGaia às estruturas tradicionais, sejam elas do âmbito social, da saúde ou da cidadania (por exemplo, em 2003/2005, foram feitos 161 encaminhamentos num universo de 518 utentes; em 2009/2010, foram feitos 483 encaminhamentos, num universo de 183 utentes; em 2013/2015, foram feitos 654 encaminhamentos num universo de 128 pessoas) e a ocorrência, ainda que residual, de casos de *alta direta*, ou seja, casos de utentes que transitam dos serviços de RD para uma situação de abstinência sem passar por ET de elevado limiar (5 casos de alta direta em 2013/2015).

Os casos de *alta direta* refletem uma mudança face a anos anteriores, período em que, quando um utente se encontrava num nível maior de estruturação, era feita a transferência para uma ET, considerada mais ajustada à sua condição. Atualmente, quando o utente manifesta resistência à transferência, opta-se por realizar uma saída programada do PTC. É de salientar que a relação estabelecida ao longo de vários anos com a equipa, pode gerar dificuldades acrescidas em transições que impliquem a criação de novas relações de confiança.

3.2 Vivendo o estigma

Foi observado que as PUD tendem a viver experiências de estigma em múltiplas esferas da sua existência, o que tem sido designado de duplo estigma (GROSSMAN, 1991) ou camadas de estigma (HEREK, 1999). A rutura entre a sociedade “dominante” ou “normativa” e aquelas populações é fabricada a partir de *sistemas de acusação* (VELHO, 2004), que se servem do fenómeno droga como substrato da constituição de um grupo desviante. A identidade deteriorada prevalece sobre todas as outras, estando sempre subjacente uma dicotomia que coloca a pessoa que usa drogas (desviante) em relação à sociedade (normativa), sendo que a estigmatização da primeira confirma a normalidade da segunda:

... se aquela pessoa consome droga, é complicado depois a pessoa voltar à sociedade; porque está sempre a ser apontada por “drogado”, sempre a ser humilhado, criticado, apontado, por tudo e por nada (excerto de entrevista 1).

A representação dessas pessoas como sendo indignas de confiança é consensualmente apontada como a principal acusação elaborada a partir do olhar externo e a operar, desde logo, nas esferas mais próximas do indivíduo: o círculo familiar e de amigos. A relação com as principais figuras de vinculação - os pais, os tios, os avós - é marcada pela impressão de que se desiludiu e falhou e o sentimento predominante é a culpa:

tão triste que nem tinha palavras para me dizer... até evitava encarar-me de frente a frente (excerto de entrevista 2).

Os mesmo sentimentos estendem-se à prole, quando a há. A esmagadora maioria dos participantes não teve oportunidade de criar os filhos e/ou contactar com eles de forma regular. Esta situação é vivida com especial dramatismo pelas duas mulheres entrevistadas. Em ambos os casos, o afastamento dos filhos prende-se, na perspetiva destas mães, mais com a violência exercida por companheiros, também consumidores, do que propriamente com o seu consumo pessoal. Esta circunstância pode eventualmente refletir a falta de vontade das instituições competentes em protegerem mães que usam drogas de relações abusivas, inclinando-se mais facilmente a aplicar medidas de afastamento entre mães e filhos.

O distanciamento progressivo do grupo de pares é sentido como inexorável - o que tem o efeito de confinar àqueles que têm uma história comum nas drogas - visto que as trajetórias de vida são percebidas como sendo marcadamente divergentes. O crescente afastamento do grupo de pares repercute-se no acentuado isolamento social vivenciado pelos entrevistados. Ao mesmo tempo que condiciona o espectro da interação social, reduzindo-lhe o campo de oportunidades, o estigma de que são portadores é sentido como impeditivo de estabelecer relações sociais em círculos de interação fora das drogas, sendo assim progressivamente naturalizado.

A desconfiança relativa às PUD estende-se dos seus círculos mais íntimos às instituições com que estas se cruzam quotidianamente, sobretudo os serviços sociais, de saúde e as forças de segurança. A desconfiança resulta principalmente da associação droga-crime e da associação droga-patologia (AGRA, 1998) que, num e noutro caso, autorizam uma quase-inimputabilidade da pessoa, o que justifica uma intervenção divorciada da sua vontade, já que esta estaria sequestrada pelo efeito das substâncias que usa e pela compulsão ao consumo. Enquanto delinquente está sob permanente suspeição, sujeitando-se a uma vigilância acrescida; enquanto doente da adição, observa critérios a que outros doentes não estão sujeitos.

As rotinas em torno do acesso e toma de metadona são possivelmente as que melhor deixam vislumbrar o estigma a que as PUD estão sujeitas e também aquelas que mais a afetam o seu dia-a-dia. A prescrição e dispensa de metadona reveste-se - além do evidente papel terapêutico - de um carácter de controlo social. No contextos dos serviços de RD, a toma de metadona é obrigatoriamente presencial, de forma a assegurar a proximidade diária com o utente, mas também porque o medicamento tem valor comercial no mercado negro. Contudo, esta circunstância coloca ao utente um conjunto de constrangimentos.

O primeiro prende-se com o facto das equipas de proximidade e as ET funcionarem apenas em horários tradicionais, o que dificulta a toma presencial, sobretudo daqueles que trabalham e, em especial, quando não desejam que a entidade patronal conheça a sua situação de saúde. Para os utentes de RD, que são de baixo-limiar de exigência e, por isso, não se encontram abstinente, o levantamento de doses é extremamente restritivo - mesmo que as suas rotinas estejam estruturadas - impedindo que determinados projetos sejam facilmente concretizados (férias, trabalho temporário, visitas, etc.). A alternativa é o suporte de uma figura tutelar - um familiar, o patrão - que se responsabilize pelo levantamento e toma da dose de metadona.

O paternalismo é uma posição frequentemente adotada pelos profissionais da área social e da saúde face às PUD, de que são exemplo as seguintes práticas: valorização da relação com os técnicos de proximidade quando estes estão presentes em detrimento do utente; maior facilidade de acesso a determinadas terapêuticas quando há retaguarda técnica e/ou familiar; recusa em dar a conhecer a dose de metadona administrada; hesitação no acesso a determinadas terapêuticas quando se observam consumos ativos, mesmo que estes não constituam um critério clínico para exclusão; discriminação no acesso ao PTS noutras estruturas que não as equipas de proximidade ou limitação do número de seringas dispensadas; possibilidade de, nas ET, se proceder ao despiste aleatório e, por vezes vigiado, de vestígios de drogas na urina.

Finalmente, as mães que usam drogas tendem a sofrer de um duplo estigma, sendo o acesso a programas de baixo-limiar muito escasso, ainda que se devam considerar diferenças regionais. Por exemplo, a partir do momento em que uma mãe integra o serviço especializado ao atendimento materno dificilmente consegue transferência para outros serviços - nomeadamente equipas de proximidade - mesmo que os constrangimentos que daí resultam sejam incomportáveis e que os seus filhos já não sejam crianças.

Por último, o estigma da “droga” estende-se igualmente à atuação das forças de segurança. O consumo é equacionado como fator propiciador da prática criminal, o que parece empurrar as pessoas que usam drogas para uma posição recorrente de policiamento, concretizado a partir de sinais visuais, como o aspeto físico, o tipo de carro, as zonas da cidade em que se circula. Esta circunstância ilustra bem como a associação entre crime e droga pode ser potenciada pelas políticas de controlo social.

3.3 Desafiando representações

Foram observadas práticas quotidianas que permitem desafiar algumas representações que são frequentemente construídas em torno das PUD, tais como: a presença de uma diversidade de dinâmicas de solidariedade entre os utentes, bem como entre os utentes e os elementos da equipa (por ex.: troca de presentes, doação de roupa e alimentos, etc.); a capacidade de tomar conta de outros dependentes (maioritariamente mães, mas também companheiros e animas de estimação); a competência em conciliar as exigências do trabalho com a utilização diária de psicotrópicos.

Ao contrário do que a maioria das representações sociais sugerem, verificou-se que as ruturas emocionais - perdas e luto consequente - precedem quase sempre o início da trajetória nas drogas. No entanto, a perda e/ou rejeição por parte de figuras de vinculação centrais não é, em geral, mencionada como justificação para o consumo. Às ruturas precoces dos laços familiares associam-se quase sempre dois aspetos: 1) contextos de violência estrutural, nomeadamente violência doméstica, em alguns casos extrema, dirigida ao próprio ou, mais comum, à mãe, e 2) a pobreza ou, pelo menos, enorme precariedade socioeconómica. A esmagadora maioria dos familiares das pessoas entrevistadas, bem como alguns dos próprios entrevistados no início da sua carreira laboral, são ou eram operários que viram os seus empregos desaparecer à medida que se foi assistindo à transformação do mercado de trabalho. Estes aspetos permitem apontar um grupo especialmente marcado pela exclusão social.

Aliado à precariedade e na sua dependência, regista-se a presença de nichos de mercado predatórios e oportunistas - sobretudo, cafés e mercearias que vendem a crédito, tendo por garantia o acesso às prestações sociais da pessoa, ou patrões que empregam sem contrato legal - o que faz diminuir as oportunidades de ultrapassar as

situações de vulnerabilidade social.

4 | NOTA FINAL

Os resultados indicam transformações substanciais no que toca à adoção de práticas orientadas para a saúde, bem como o papel que o GiruGaia desempenha na implementação dessas práticas, nomeadamente através do crescente esforço empreendido na aproximação dos seus utentes aos serviços formais sociais, de saúde e de cidadania. Foi também possível observar o papel que o estigma associado ao uso de drogas desempenha nalgumas esferas da vida. De destacar a perceção de isolamento social, por um lado, e a resistência em recorrer aos mencionados serviços formais, o que é justificado, pelos menos parcialmente, pelas práticas estigmatizantes a que estão, por vezes, sujeitos.

Os dados permitem ainda desafiar algumas representações em torno do uso de drogas, em especial aquelas que reproduzem o consumidor como estando inteiramente subjugado pelo poder da substância, sendo de salientar a preservação da capacidade de pôr em marcha dinâmicas de solidariedade, bem como a capacidade de cuidar do outro.

Há que fazer notar que os dados recolhidos dizem respeito a um grupo de participantes específico, bem como a um determinado recorte temporal e geográfico. Os resultados devem ser, por ora, considerados exploratórios e a sua generalização deve ser evitada.

REFERÊNCIAS

AGRA, C. **Entre droga e crime: actores, espaços, trajectórias**. Lisboa: Editorial Notícias, 1998.

ADLER, P. Ethnographic Research on Hidden Populations: Penetrating the Drug World. In: Elizabeth Lambert (ed.), **The collection and interpretation of data from hidden populations**. Rockville: Research Monograph 98, pp. 96-109, 1990.

BOURGOIS, P. Crack and political economic off social suffering. **Addiction Research and Theory**, 11 (1), pp.31-37, 2003.

CRUZ, O., MACHADO, C. & FERNADES, L. O 'problema da droga': sua construção, desconstrução e reconstrução. **Análise Psicológica**, 30 (1-2), pp. 49-61, 2012.

EUROBARÓMETRO. **Public opinion in the European Union. Report number 47, European Commission**, 1997. Acesso: http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/eb/eb47/eb47_en.pdf

FERNANDES, L. & MATIAS, M. Desarrumar o medo... o arrumador de carros como figura do medo na cidade. **Revista Toxicodependências**, 3 (15), pp.9-22, 2009.

FERNANDES, L & Silva, R. **O que a drogas fez à prisão. Um percurso a partir das terapias de substituição opiácea**. Lisboa: IDT, 2009.

FERNANDES, L. & CARVALHO, M. **Consumos problemáticos de drogas em populações ocultas**. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2003.

FERNANDES, L. **O Sítio das Drogas**. Lisboa: Editorial Notícias, 1998.

FERNANDES, L. Psicologia ecológica dos usos de drogas. **Cadernos de Consulta Psicológica**, 6, pp. 55-66, 1990.

GOFFMAN, E. **Estigma. La identidad deteriorada**. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1986.

GROSSMAN, A. H. Gay men and HIV/AIDS: Understanding the double stigma. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, 2(4), pp. 28-32, 1991.

HEREK, G. M. AIDS and stigma. **American Behavioral Scientist**, 42 (7), pp. 1106/1116, 1999.

LINK, B. & PHELEN, J. Conceptualizing Stigma. **Annual Review of Sociology**, 27, pp. 363–85, 2001.

OMS. **How to improve Opioid Substitution Therapy implementation**, 2014. acesso: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/241341/How-to-improve-Opioid-Substitution-Therapy-implementation.pdf?ua=1

REGO, X. & FERNANDES, L. As falas do medo: convergências entre as cidades do Porto e Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, 27 (78), pp. 51-65, 2012.

SICAD, **Relatório Anual 2017 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências**. Lisboa: SICAD, 2017.

VELHO, G. **INDIVIDUALISMO E CULTURA. NOTAS PARA UMA ANTROPOLOGIA DA SOCIEDADE COMPLEXA**. RIO DE JANEIRO: Jorge Zahar Editor.

A HUMANIZAÇÃO COMO FATOR DE QUALIDADE NO INTERNAMENTO HOSPITALAR: UM ESTUDO DE CASO

Helena Morgado Ribeiro

Instituto Politécnico do Cávado e do Ave
Barcelos, Portugal

Mariana Teixeira Baptista de Carvalho

2Ai, Instituto Politécnico do Cávado e do Ave
Barcelos, Portugal

Estela Maria dos Santos Ramos Vilhena

2Ai, Instituto Politécnico do Cávado e do Ave
Barcelos, Portugal

RESUMO: De forma a verificar se a humanização é um fator de qualidade nos serviços de saúde, construiu-se e validou-se o *Questionário de Avaliação da Humanização nos Cuidados de Saúde (QAHCS)*, tendo-se implementado, nos serviços de Cirurgia e Ortopedia de um Hospital português acreditado, juntamente com o *Inquérito de Satisfação do Utente do Internamento (ISUI)*, em uso no Hospital. O QAHCS foi construído com base na literatura e na “Carta dos Direitos do Doente Internado” e devidamente validado, tendo apresentado altos níveis de fiabilidade interna, bem como boa validade de constructo. Os resultados da implementação de ambos os questionários demonstraram que há uma associação positiva entre a humanização dos cuidados hospitalares (nomeadamente no que diz respeito ao aspetos relacionais, à autonomia, à confidencialidade

e à limpeza) e a qualidade dos internamentos (nomeadamente no que concerne à satisfação global dos doentes internados relativamente aos profissionais de saúde), o que permite concluir que a humanização é um fator de qualidade nos hospitais.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização. Qualidade. Acreditação. Hospitais.

ABSTRACT: In order to verify if humanization is a factor in the quality of health services, the *Questionnaire for the Evaluation of Humanization in Health Care (QAHCS)* was constructed and validated and it was implemented in the Surgery and Orthopedics services of an accredited Portuguese Hospital, together with the *Inpatient Satisfaction Survey (ISUI)*, in use at the Hospital. The QAHCS was built based of the literature and on the “Charter of the Inpatient’s Rights” and it was validated, presenting high levels of internal reliability as well as good construct validity. The results of the implementation of both questionnaires have shown that there is a positive association between the humanization of hospital care (in particular regarding to relational aspects, autonomy, confidentiality and cleanliness) and the quality of hospitalizations (especially concerning with the overall satisfaction of inpatients with regard to health professionals), which leads to the conclusion that humanization is a quality factor in hospitals.

KEYWORDS: Humanization. Quality. Accreditation. Hospitals.

1 | INTRODUÇÃO

Se, por um lado, a Organização Mundial de Saúde (OMS) indica que o sistema de saúde português está fortemente dependente do sector hospitalar e que o número médio de dias de internamento em Portugal é mais elevado comparativamente aos países da União Europeia (OMS, 2016), por outro, é nos hospitais que a desumanização nos cuidados prestados se torna mais evidente (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006), razão pela qual no âmbito do presente estudo, a prestação dos cuidados de saúde restringe-se aos serviços prestados em contexto de internamento hospitalar.

De acordo com o Instituto Picker (2003), o **internamento hospitalar** revela-se, muitas vezes, uma experiência assustadora para os doentes, não só pela preocupação com o prognóstico, mas também pela ansiedade por estarem num ambiente desconhecido, em contraste com o comportamento dos profissionais de saúde, que, de tão familiarizados que estão com o ambiente e as rotinas, acabam por esquecer a pessoa que está por trás do doente.

Segundo a Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a prestação de cuidados de saúde responsável e centrada no doente desempenha um papel, cada vez mais, importante na política dos cuidados de saúde dos países que a integram, levando à implementação de melhorias ao nível da qualidade em saúde (OCDE, 2015a).

1.1 Cuidados de saúde centrados no doente

Os cuidados centrados no doente implicam, por um lado, que os doentes (ou os seus representantes) se envolvam em atividades relacionadas com o planeamento, a conceção e a avaliação da gestão da qualidade nos hospitais (GROENE; SUNOL; KLAZINGA; AOLINWANG; DERSARKISSIAN; THOMPSON; THOMPSON; ARAH, 2014) e, por outro lado, que os profissionais de saúde deem o máximo de si, quer física quer emocionalmente (FRAMPTON; GUASTELLO; BRADY; HALE; HOROWITZ; SMITH; STONE, 2008).

De acordo com Oliveira, Collet e Viera (2006), **os profissionais de saúde** estão sujeitos a várias tensões, nomeadamente ao receio de cometerem erros e ao contacto frequente com a dor e o sofrimento, pelo que cuidar de quem cuida é uma condição *sine qua non* para a humanização dos cuidados de saúde.

Neste sentido, tal como preconizado pela OMS, os sistemas de saúde necessitam de um número suficiente de pessoas e bem treinadas para prestar serviços de alta qualidade (RECHEL; MCKEE, 2014). No entanto, a escassez de profissionais hospitalares tem sido um motivo de preocupação há décadas, prevendo-se um aumento dramático da dimensão deste problema, que está relacionado com três tendências: o

envelhecimento da população, o envelhecimento dos profissionais de saúde e as duras condições de trabalho (GILLES; BURNAND; PEYTREMANN-BRIDEVAUX, 2014).

Na verdade, a diminuição da força de trabalho combinada com o aumento da procura dos cuidados de saúde pode enfraquecer a sua qualidade, bem como a segurança dos doentes (GILLES; BURNAND; PEYTREMANN-BRIDEVAUX, 2014), uma vez que os profissionais de saúde têm que prestar mais e melhores serviços com menos recursos (WOODWARD, 2000). A este respeito, Greenfield, Kellner, Townsend, Wilkinson e Lawrence (2014) esclarecem que uma boa gestão de recursos humanos tem implicações nos resultados clínicos, nomeadamente ao nível da redução das taxas de infeção hospitalar e da redução dos erros decorrentes da prestação de cuidados de saúde, mas também tem implicações diretas nos cuidados prestados ao doente, nomeadamente através da aplicação de conhecimentos e capacidades técnicas e relacionais. Daí que se afirme que os cuidados centrados no doente permitem alcançar os resultados desejáveis ao nível da eficiência clínica e da segurança do doente (GROENE; ARAH; KLAZINGA; WAGNER; BARTELS; KRISTENSEN; SAILLOUR; THOMPSON; THOMPSON; PFAFF; DERSARKISSIAN; SUÑOL, 2015), sendo indispensáveis em qualquer processo de acreditação hospitalar (GREENFIELD; KELLNER; TOWNSEND; WILKINSON; LAWRENCE, 2014).

1.2 Acreditação Hospitalar

A **acreditação** tornou-se uma marca registada para a qualidade dos sistemas de saúde em todo o mundo (SALEH; SLEIMAN; DAGHER; SBEIT; NATAFGI, 2013).

De acordo com Christo (2014), a Direcção-Geral da Saúde (DGS), adotando a definição da ISQUA (*International Society for Quality Assurance*), define a acreditação como um processo que permite avaliar com rigor o nível de desempenho das organizações e implementar meios para a Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ).

Conforme referem Silva, Varanda e Dória-Nóbrega (2003), a MCQ implica que as instituições identifiquem e satisfaçam as necessidades e expectativas dos doentes. Daí que, a **satisfação do utente** seja expressa pela comparação da perceção do serviço prestado com o serviço desejado ou esperado (STEFANO; CASAROTTO FILHO, 2013), sendo considerada um indicador e/ou resultado relativo à qualidade dos serviços (AGHEORGHIESEI; COPOERU, 2013) e importante para a implementação de estratégias de MCQ nos cuidados de saúde (PEDRO, FERREIRA e MENDES, 2010). A este respeito, a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) esclarece que a avaliação da satisfação dos utentes é um indicador de qualidade que visa medir diretamente a qualidade percebida pelos doentes e indiretamente a adequação da oferta de serviços perante as necessidades sentidas por esses doentes, pelo que a medição da satisfação torna-se, assim, numa ferramenta importante para uma adequada política de MCQ (ACSS, 2017).

É, por isso, que, segundo a OCDE (2015a), há um número crescente de países que avalia a Experiência Relatada pelos Doentes (abreviada por PREMs, do inglês *Patient-Reported Experience Measures*). A avaliação da PREMs permite, assim, monitorizar o *feedback* dos doentes através do uso de ferramentas e instrumentos (WELDRING; SMITH, 2013).

A “Revisão Sobre a Qualidade dos Cuidados de Saúde em Portugal de 2015” refere que, apesar de Portugal possuir uma impressionante gama de iniciativas de monitorização e MCQ, deve fortalecer o papel do doente, nomeadamente através da recolha e divulgação do seu *feedback* (OCDE, 2015b). A mesma fonte acrescenta que Portugal possui uma arquitectura de qualidade robusta, fruto da implementação de Sistemas de Gestão da Qualidade (SGQ) em hospitais, nomeadamente a acreditação pela metodologia *King's Fund* (KF), pela *Joint Commission International* (JCI) e pela *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA), bem como a certificação pela *International Organization for Standardization* (ISO) 9001:2015. Para poderem implementar estes SGQ, os hospitais públicos tiveram de passar a adotar um modelo de gestão empresarial, sendo a oferta hospitalar do Serviço Nacional de Saúde (SNS) constituída por hospitais que podem ser: unidade do Sector Público Administrativo (SPA); Entidade Pública Empresarial (EPE); ou instituição em regime de Parceria Público-Privada (PPP). No entanto, estes novos modelos de gestão fizeram-se acompanhar por restrições de acesso, racionamento de cuidados e mais burocracia (VAZ CARNEIRO, 2007), pelo que, mais do que nunca, torna-se necessário que os interesses dos doentes prevaleçam sobre os interesses institucionais (NUNES, 2014).

1.3 Humanização na Prestação de Cuidados de Saúde

A implementação de SGQ nos hospitais implica o cumprimento de metas e indicadores e, por conseguinte, a padronização de atos e procedimentos, o que, indiscutivelmente, pode tornar os cuidados de saúde mais impessoais, colocando em causa os mais elementares princípios da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto), nomeadamente no que concerne à humanização dos cuidados. Deste modo, ainda que a acreditação se fundamente em normas, procedimentos e linhas diretrizes de atuação, estas orientações, conforme afirma Nunes (2014), devem servir de mero auxílio na prestação dos cuidados, sendo a pessoa o maior referencial de funcionamento dos serviços e a **humanização** o paradigma da reforma da saúde.

Neste contexto, a humanização pressupõe a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde: doentes, profissionais e gestores hospitalares (COTTA; REIS; CAMPOS; GOMES; ANTONIO; SIQUEIRA-BATISTA, 2013). Para além disso, a humanização significa que os cuidados de saúde devem estar, principalmente, relacionados com o ser humano na sua totalidade e não apenas com uma série de sintomas, doenças ou deficiências (MOORE, 1999).

Pelo exposto, a humanização deverá ser entendida como um vínculo, entre os

profissionais de saúde e os doentes, baseado em ações orientadas pela compreensão e apreciação dos sujeitos, refletindo-se num comportamento ético e humano, o que implica o aperfeiçoamento dos profissionais e o reconhecimento dos **direitos dos doentes** (MOREIRA; LUSTOSA; DUTRA; BARROS; BATISTA; DUARTE, 2015).

1.4 Contexto Português

No contexto português, a humanização representou o ponto de partida para a elaboração da “Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes”, publicada pelo Ministério da Saúde, e que veio dar origem à “Carta dos Direitos do Doente Internado” apresentada, em 2005, pela DGS.

Segundo a “Revisão Sobre a Qualidade dos Cuidados de Saúde em Portugal de 2015”, apesar de Portugal ter uma “Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes”, deste 1997, torna-se prioritário fortalecer o papel do doente, na garantia e melhoria da qualidade dos cuidados, porque os doentes têm de estar mais envolvidos com o seu estado de saúde e, particularmente, porque a satisfação com o sistema de saúde português tem sido historicamente baixa (OCDE, 2015b), facto que vem reforçar a necessidade do presente estudo.

Acresce que, conforme divulgado no Portal da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), o Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) ainda não consegue aferir a perceção dos doentes relativamente às boas práticas por parte dos hospitais, uma vez que a dimensão “Satisfação do Utente” ainda está em fase de desenvolvimento. Portanto, embora a revisão bibliográfica tenha revelado que há uma infinidade de instrumentos para avaliar a satisfação do utente (nomeadamente através das PREM’s), esta avaliação ainda não está a ser feita a nível nacional.

Para além disso, só 22% dos hospitais portugueses estão envolvidos no Programa de Acreditação Hospitalar pelo Modelo de Acreditação ACSA (OCDE, 2015b), modelo que está oficialmente instituído, a nível nacional, para a qualidade em saúde.

Neste sentido, o maior nível de exigência e de expectativas dos doentes, aliado ao escasso número de hospitais acreditados, pode, eventualmente, constituir uma das razões para o crescente número de reclamações submetidas à ERS, sendo o tema de reclamação mais mencionado o dos “tempos de espera”, seguindo-se a “focalização no utente” (ERS, 2018). Para dar resposta aos “tempos de espera” foi publicada nova legislação (nomeadamente o Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de Abril, e a Portaria 153/2017, de 4 de Maio) e para dar resposta à “**focalização no utente**”, urge, por um lado, orientar os serviços de saúde para as necessidades e expectativas dos doentes e seus acompanhantes (presume-se que seja através da avaliação do grau de satisfação dos utentes) e, por outro, avaliar a comunicação e a interação com os doentes num ambiente humanizado, o que, à partida, pressupõe a avaliação da humanização nos cuidados de saúde. No entanto, uma exaustiva revisão bibliográfica permitiu constatar

que não há indicadores nem instrumentos que permitam avaliar, especificamente, a humanização nos cuidados de saúde.

1.5 Objetivos

Pretende-se, com este trabalho, verificar se a humanização é um fator de qualidade em contexto de internamento hospitalar, através da avaliação da humanização nos cuidados de saúde e do grau de satisfação dos seus utentes. Nesse sentido, o presente trabalho visa, numa primeira etapa, construir e validar um instrumento de avaliação, ainda inexistente, que será um inquérito por questionário, designado por **Questionário de Avaliação da Humanização nos Cuidados de Saúde (QAHCS)**, que permita fornecer uma medida quantitativa, que possa ser usada para monitorizar e avaliar a humanização dos cuidados de saúde prestados aos doentes internados.

2 | METODOLOGIA

2.1 Recolha de Dados

A recolha de dados é feita através de dois questionários de avaliação:

- o QAHCS, construído e validado, no âmbito desta investigação;
- o **Inquérito de Satisfação dos Utentes do Internamento (ISUI)**, que permite avaliar o grau de satisfação, o nível de qualidade apercebida e a excelência dos serviços prestados nas áreas de Internamento do Hospital em estudo.

2.1.1 Instrumentos

O processo de construção do QAHCS foi conduzido de forma dedutiva, de forma a dar resposta à pergunta de partida: ‘Será a humanização um fator de qualidade nos serviços de saúde?’

Todo o processo de recolha de dados, nomeadamente na revisão bibliográfica, é crivado por um ‘filtro epistémico’ (KETELE; ROEGIERS, 1999). De forma a minimizar esse ‘poder’, próprio de quem colige a informação, foi necessário proceder à **análise documental** dos seguintes documentos, inerentes aos direitos dos doentes:

- **‘Manual de Standards – Hospitais’** (manual da acreditação ACSA dirigido a hospitais), sendo constituído por 144 *standards* (requisitos). O Manual do Modelo ACSA divide-se em 3 grupos, sendo no Grupo I que se encontram, entre outros, **os direitos dos doentes**. Para um Hospital obter o Nível Bom (certificação mínima) necessita de cumprir, pelo menos, 69 de um total de 98 requisitos do Grupo I (dos quais 65 são obrigatórios, onde se encontram os direitos dos doentes). Daí que a

análise documental se tenha restringido a esses 65 requisitos, dos quais 19 foram contemplados no QAHCS;

- a Lei n.º 15/2014, de 21 de Março, que consolida os ‘Direitos e Deveres do Utente dos Serviços de Saúde’ (alterada pelo Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de Abril, e pela Portaria 153/2017, de 4 de Maio), contemplando um total de 11 direitos, que foram divididos em 25 itens, dos quais 9 foram contemplados no QAHCS;

- a ‘Carta dos Direitos do Doente Internado’, que reúne um total de 14 direitos, que foram divididos em 66 itens, dos quais 28 foram contemplados no QAHCS.

De acordo com Bardin (1995), a análise documental é uma operação que visa obter o máximo de informação (aspeto quantitativo), com o máximo de pertinência (aspeto qualitativo), respeitando as regras de: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

Pelos exposto, pode afirmar-se que o modelo de humanização encontrado inclui dimensões relativas à:

- **dignidade**, que implica que o doente seja respeitado e valorizado como uma pessoa e como um ser social;

- **singularidade**, que resulta da história e das condições sociais e materiais do doente, bem como da forma como se relaciona com os outros;

- **autonomia**, que está relacionada com a capacidade do doente decidir livremente, o que pressupõe que seja devidamente informado;

- **confidencialidade**, que diz respeito à propriedade da informação, garantindo-se o acesso unicamente às pessoas autorizadas;

- **privacidade**, que diz respeito ao direito à reserva de informações pessoais e da vida privada, bem como à reserva da exposição corpórea do doente.

Assim, o QAHCS organiza-se em 5 focos de avaliação, distribuídos por um total de 13 itens, conforme se pode verificar no Quadro 1.

DIMENSÕES	ITENS
1. DIGNIDADE	1. As instalações, que tem utilizado durante o seu internamento, têm as condições adequadas?
	2. Os equipamentos, que estão à sua disposição no internamento, são adequados?
	3. Os profissionais de saúde tratam-no(a) com tolerância e cordialidade?
	4. Os profissionais de saúde garantem a sua tranquilidade durante o internamento?
	5. As instalações, que tem utilizado durante o seu internamento, têm sido bem limpas?
	6. Os equipamentos, que estão à sua disposição no internamento, têm sido bem limpos?
2. SINGULARIDADE	7. Os cuidados, prestados pelos profissionais de saúde, respondem às suas necessidades?
	8. Os profissionais de saúde prestam-lhe os cuidados em tempo útil?
3. AUTONOMIA	9. Os profissionais de saúde dão-lhe as informações de forma adequada?
	10. Os profissionais de saúde informam-no(a) sobre o diagnóstico, tratamentos e prognóstico?
4. CONFIDENCIALIDADE	11. Os profissionais de saúde respeitam o dever de sigilo profissional?
	12. Os profissionais de saúde asseguram a confidencialidade dos registos hospitalares?
5. PRIVACIDADE	13. Os profissionais de saúde respeitam a sua intimidade e pudor em todas as situações?

Quadro 1: Dimensões e itens do QAHCS

De acordo com Agheorghiesei e Copoeru (2013), há duas dimensões da qualidade que devem ser abordadas cuidadosamente e que o ISUI respeita na íntegra, que são:

- a dimensão pessoal da qualidade do serviço, que avalia os profissionais de saúde relativamente a: 'rapidez do atendimento', 'simpatia e disponibilidade', 'informação sobre tratamento', 'informação sobre medicação' e 'satisfação global';
- a dimensão processual da qualidade do serviço, que avalia a alimentação (qualidade, apresentação/temperatura e pontualidade das refeições) e as instalações (conforto, higiene e limpeza, silêncio e privacidade).

2.1.2 Procedimento

De forma a ser validada a clareza e compreensão das afirmações utilizadas, o QAHCS foi submetido a um pré-teste numa amostra de 38 indivíduos, tendo sofrido alguns ajustes nos termos, de forma a clarificar o seu entendimento. O pré-teste permitiu, assim, verificar se cada item estava associado a um único comportamento e a uma ação clara e precisa, possibilitando reajustes antes de ser submetido à respetiva validação.

Ambos os questionários (QAHCS e ISUI) **foram aplicados presencialmente** aos doentes internados nos serviços de Cirurgia e Ortopedia, de um **hospital português**.

Este estudo decorreu num hospital público, de acesso universal, que presta cuidados de saúde diferenciados e que está acreditado pelo SGQ da *Joint Commission International*. Em termos jurídicos reveste a forma de EPE e está integrado no SNS.

Conforme divulgado no seu Portal Corporativo, o Hospital em estudo tem como valores: a competência, a paixão e a **compaixão**. Tem, também, como missão: cuidar dos doentes com competência, excelência e rigor, respeitando sempre o **princípio da humanização**.

O Hospital possui uma área de influência direta que corresponde a 5 concelhos, perfazendo um total de cerca de 350 mil pessoas, e conta com uma equipa de cerca de 1500 profissionais, estando dotado com cerca de 500 camas para internamento.

2.2 Amostra

Participaram no estudo um total de 76 indivíduos, correspondentes à média semanal dos doentes internados, que abrange 42 indivíduos (n=42) internados no Serviço de Cirurgia e 34 indivíduos (n=34) internados no Serviço de Ortopedia.

O QAHCS e o ISUI foram aplicados aos doentes internados, no mês de junho de 2018, segundo os seguintes critérios de inclusão:

- estar sob a responsabilidade do próprio serviço físico de internamento;
- ter idade igual ou superior a 18 anos;
- estar internados há pelo menos 48 horas;
- estar no exercício pleno das suas funções cognitivas e sem qualquer tipo de

restrição;

- estar disponíveis, isto é, devidamente motivados para responder aos questionários e sem acompanhamento de terceiros, por forma a não influenciar a resposta;

- aceitar, depois de devidamente informados, participar, livremente, no estudo, assinando, para o efeito, o **Termo de Consentimento Informado para Estudo de Investigação** em uso no hospital.

De forma a dar cumprimento aos princípios éticos e às normas regulamentares vigentes, o presente estudo iniciou-se após a aprovação expressa pelo Conselho de Administração do Hospital e respeitou o direito à privacidade e à não participação e o direito ao anonimato e à confidencialidade.

2.3 Análise Estatística

Foram usadas estatísticas descritivas de forma a caracterizar a amostra. Após a análise dos pressupostos de aplicabilidade foram usados o Teste U de Mann-Whitney e o Teste de Qui-Quadrado, com o objetivo de verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas em função das características sociodemográficas dos indivíduos.

A Análise Fatorial Exploratória (AFE) foi usada para identificar a estrutura fatorial inerente aos itens relacionados com a humanização, utilizando o método das componentes principais com rotação Varimax. A verificação da consistência interna dos dados foi feita com recurso ao teste de confiabilidade *Alfa de Cronbach*.

O Modelo de Regressão Linear Múltiplo (MRLM) foi aplicado com o intuito de identificar fatores preditivos da perceção geral da humanização.

Foi, ainda, usado o coeficiente de correlação de Spearman com o objetivo de avaliar a associação entre a humanização e a satisfação dos utentes internados.

A análise dos dados foi feita com recurso ao SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão IBM SPSS Statistics 24.0. Foi usado um nível de significância de 0,05.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização da Amostra

Verificou-se que a amostra de 76 indivíduos apresenta maior frequência de doentes internados no Serviço de Cirurgia (55,3%), do sexo feminino (53,1%), com uma média de idades de 63 anos (DP=17), casados ou em união de facto (53,9%), não-ativos (67,1% de pensionistas ou desempregados) e com um grau de ensino igual

ou inferior ao 1.º ciclo do ensino básico (63,2%), conforme se pode constatar na Tabela 1.

	n (%)	Serviço de Internamento		p
		ORTOPEDIA	CIRURGIA	
Doentes internados	76 (100%)	34 (44,17%)	42 (55,3%)	
Género				0,761*
Feminino	41 (53,1%)	19 (55,9%)	22 (52,4%)	
Masculino	35 (46,1%)	15 (44,1%)	20 (47,6%)	
Idade				0,439**
Média (DP)	62,95 (17,0)	60,74 (18,7)	64,74 (15,49)	
Estado Civil				0,199**
Casado	41 (53,9%)	16 (47,1%)	25 (59,5%)	
Solteiro	11 (14,5%)	8 (23,5%)	3 (7,1%)	
Viúvo	20 (26,3%)	9 (26,5%)	11 (26,2%)	
Divorciado	4 (5,3%)	1 (2,9%)	3 (7,1%)	
Situação Profissional				0,689**
Activo	25 (32,9%)	12 (35,3%)	13 (31%)	
Não-activo	51 (67,1%)	22 (64,7%)	29 (69%)	
Grau de Ensino				0,821**
≤ 1.º Ciclo	48 (63,2%)	21 (61,8%)	27 (64,3%)	
> 1.º Ciclo	28 (36,8%)	13 (38,2%)	15 (35,7%)	

Tabela 1: Caracterização da amostra

Legenda: * Teste U de Mann-Whitney; ** Teste Qui-Quadrado.

Os resultados mostram que a idade média não varia em função do tipo de internamento ($p=0,439$), não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à proporção de indivíduos dos dois internamentos no que respeita ao género ($p=0,761$), ao estado civil ($p=0,199$), à situação profissional ($p=0,689$) e ao grau de ensino ($p=0,821$), conforme Tabela 1.

3.2 Validação do Instrumento

O QAHCS foi validado através da Análise Fatorial Exploratória (AFE), uma vez que permite extrair os fatores da dimensão em estudo (HINKIN; TRACEY; ENZ, 1997) e trata da relação entre as variáveis sem determinar em que medida os resultados se ajustam a um modelo (PESTANA; GAGEIRO, 2008). Neste sentido, a AFE consiste numa técnica exploratória multivariada que tem por objetivo encontrar fatores, atribuindo uma quantificação a fatores que não são diretamente observáveis (MARÔCO, 2014). Deste modo, pode afirmar-se que a AFE “explora os dados e fornece ao pesquisador informação sobre quantos fatores são necessários para melhor representar os dados”

(HAIR; BLACK; BABIN; ANDERSON; TATHAM, 2009, p.589).

Para avaliar a validade da AFE utilizou-se o teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), tendo-se observado, conforme Tabela 2, um KMO=0,5, que, de acordo com Pestana e Gageiro (2008) e Pereira e Patrício (2016) é aceitável, o que permite proceder-se à AFE. Esta metodologia de análise permitiu a identificação de 6 fatores associados às dimensões encontradas para avaliar a humanização. De referir que o fator ‘Privacidade’ não foi considerado, na análise, em virtude do mesmo ser explicado por apenas um item.

	F1 Dignidade Condições Físicas	F2 Dignidade Aspetos Relacionais	F3 Dignidade Limpeza	F4 Singularidade	F5 Autonomia	F6 Confidencialidade
KMO	0,5	0,5	-	0,5	0,5	0,5
χ^2 apro.	69,53	17,96	-	25,59	48,42	89,59
Teste de esfericidade de Bartlett						
g.l.	1	1	-	1	1	1
P	<0,001	<0,001	-	<0,001	<0,001	<0,001

Tabela 2: Valores de KMO e do Teste de esfericidade de Bartlett

Legenda: “g.l.”=graus de liberdade.

Os resultados da carga fatorial, consistência interna e percentagem da variância explicada encontram-se descritos na Tabela 3.

Fatores	Itens	Descrição dos itens	Carga Fatorial	Alfa de Cronbach	% Variância explicada
F1 Dignidade	1	As instalações, que tem utilizado durante o seu internamento, têm as condições adequadas?	0,94	0,87	89,1%
Condições Físicas	2	Os equipamentos, que estão à sua disposição no internamento, são adequados?	0,94		
F2 Dignidade	3	Os profissionais de saúde tratam-no(a) com tolerância e cordialidade?	0,86	0,63	73,3%
Aspetos Relacionais	4	Os profissionais de saúde garantem a sua tranquilidade durante o internamento?	0,86		
F3 Dignidade	5	As instalações, que tem utilizado durante o seu internamento, têm sido bem limpas?	1,00	1,00	100%
Limpeza	6	Os equipamentos, que estão à sua disposição no internamento, têm sido bem limpos?	1,00		
F4 Singularidade	7	Os cuidados, prestados pelos profissionais de saúde, respondem às suas necessidades?	0,88	0,72	78%
	8	Os profissionais de saúde prestam-lhe os cuidados em tempo útil?	0,88		
F5 Autonomia	9	Os profissionais de saúde dão-lhe as informações de forma adequada?	0,92	0,82	84,7%
	10	Os profissionais de saúde informam-no(a) sobre o diagnóstico, tratamentos e prognóstico?	0,92		
F6 Confidencialidade	11	Os profissionais de saúde respeitam o dever de sigilo profissional?	0,96	0,91	92%
	12	Os profissionais de saúde asseguram a confidencialidade dos registos hospitalares?	0,96		

Tabela 3: Resultados do modelo fatorial

A fiabilidade foi analisada sob o ponto de vista da consistência interna da escala, através do cálculo do *Alfa de Cronbach*. Conforme se pode constatar na Tabela 3, os valores de *Alfa de Cronbach* encontrados para estas escalas são considerados, de acordo com Pestana e Gageiro (2008), indicadores de uma consistência interna boa do instrumento. A Tabela 3 também permite constatar que as cargas fatoriais estão acima de 0,86, sendo indicativas de uma estrutura bem definida, conforme referem Hair, Black, Babin, Anderson e Tatham (2009), explicando acima de 70% da variância de cada variável.

Relativamente à sensibilidade, todos os itens do QAHCS percorrem a totalidade da escala de medida (min=1 e max=5), com a mediana de todos os itens a ser igual a quatro (4), exceto para os itens 13 (Me=5) e itens 1, 2 e 10 (Me=3), conforme apresentado na Tabela 4.

Fatores	Itens	Média (DP)	Mediana	Média (DP)
F1	1	3,25 (0,67)	3,0	3,23 (0,67)
Dignidade – Condições Físicas	2	3,21 (0,75)	3,0	
F2	3	3,96 (0,47)	4,0	3,93 (0,38)
Dignidade – Aspetos Relacionais	4	3,91 (0,41)	4,0	
F3	5	3,89 (0,56)	4,0	3,89 (0,56)
Dignidade – Limpeza	6	3,89 (0,56)	4,0	
F4	7	3,92 (0,46)	4,0	3,84 (0,42)
Singularidade	8	3,78 (0,51)	4,0	
F5	9	3,47 (0,72)	4,0	3,31 (0,64)
Autonomia	10	3,16 (0,67)	3,0	
F6	11	3,86 (0,58)	4,0	3,86 (0,54)
Confidencialidade	12	3,88 (0,65)	4,0	
F7	13	4,95 (0,22)	5,0	4,94 (0,22)
Privacidade				
Perceção Geral	14	4,01 (0,48)	4,0	

Tabela 4: Valores descritivos dos fatores do QAHCS

3.3 Fatores Preditivos da Perceção Geral da Humanização

Após a validação dos pressupostos de aplicabilidade foi aplicada a análise de regressão linear múltipla, usando o método *stepwise*, com o intuito de identificar fatores preditivos (dimensões da humanização e fatores sociodemográficos dos indivíduos) da perceção geral da humanização.

	B	t	p	VIF
Constante	1,55	3,071	0,003	
Dignidade – Aspetos Relacionais	0,370	2,551	0,003	1,349
Autonomia	0,195	2,300	0,024	1,333
Idade	0,006	2,059	0,043	1,017

Nota: R²=26,7%; Durbin-Watson=1.832;
VIF=Variance Inflation Factor

Tabela 5: Análise de regressão linear múltipla

Os resultados da Tabela 5 permitem afirmar que 26,7% da variabilidade da percepção geral da humanização dos doentes inquiridos é explicada pela ‘Dignidade – Aspetos Relacionais’, pela ‘Autonomia’ e pela ‘Idade’.

Neste sentido, pode afirmar-se que os doentes com mais idade, que consideram serem tratados com tolerância e cordialidade, que lhes é garantida a tranquilidade durante o internamento, que os profissionais de saúde lhes dão informações de forma adequada e que consideram que os profissionais de saúde lhes dão informações sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico, têm uma melhor percepção geral da humanização.

3.4 Humanização como fator de qualidade

O coeficiente de correlação de Spearman foi aplicado com o objetivo de verificar a existência de associação significativa entre a humanização e a satisfação dos utentes internados com vista a verificar se a humanização é um fator de qualidade em contexto de internamento hospitalar, através da avaliação da humanização nos cuidados de saúde e do grau de satisfação dos utentes em contexto de internamento.

Nesta análise, foram tidos em consideração os fatores encontrados no QAHCS, assim como as dimensões do ISUI: dimensão da qualidade do serviço e dimensão processual do serviço.

		Dimensões ISUI						
		Simpatia	Rapidez	Informação Tratamento	Informação Medicação	Satisfação Global	Alimentação	Instalações
Dimensões QAHCS	Dignidade Condições Físicas	0,104	0,043	0,164	0,164	0,173	0,323**	0,520**
	Dignidade Aspetos	0,215	0,318**	0,246*	0,246*	0,246*	0,173	0,168
	Dignidade Limpeza	0,012	-0,040	0,007	0,007	0,011	0,234	0,401**
	Singularidade	0,005	0,108	0,086	0,086	0,068	0,179	0,177
	Autonomia	0,276*	0,285*	0,402**	0,402**	0,394**	0,084	0,149
	Confidencialidade	0,271*	0,188	0,169	0,169	0,216	-0,056	-0,137
	Privacidade	0,183	0,168	0,163	0,163	0,165	0,148	0,084

Tabela 6: Coeficiente de correlação de Spearman

Legenda: * p<0,05; ** p<0,01.

De uma forma geral, pode afirmar-se que há uma associação positiva entre:

- a autonomia e confidencialidade com a perceção que os doentes internados têm sobre a simpatia e disponibilidade dos profissionais de saúde;
- os aspetos relacionais e autonomia com a perceção que os doentes internados têm sobre a rapidez do atendimento por parte dos profissionais de saúde;
- os aspetos relacionais e autonomia com a perceção que os doentes internados têm acerca da informação sobre o tratamento que é dada pelos profissionais de saúde;
- os aspetos relacionais e autonomia com a satisfação global dos doentes internados relativamente aos profissionais de saúde;
- os aspetos relacionais e autonomia com a perceção que os doentes internados têm acerca da informação sobre a medicação que é dada pelos profissionais de saúde;
- as condições físicas com a perceção que os doentes internados têm sobre a alimentação;
- as condições físicas e limpeza com a perceção que os doentes internados têm sobre as instalações.

4 | CONCLUSÃO E TRABALHOS FUTUROS

Neste trabalho, foi construído e validado um instrumento pioneiro de avaliação, designado por *Questionário de Avaliação da Humanização nos Cuidados de Saúde* (QAHCS), que permite, através de uma medida quantitativa, monitorizar e avaliar a humanização dos cuidados de saúde prestados aos doentes internados. O QAHCS foi implementado nos serviços de Cirurgia e Ortopedia de um Hospital português acreditado, juntamente com o *Inquérito de Satisfação do Utente do Internamento* (ISUI), em uso nesse mesmo Hospital.

Os resultados demonstraram que há uma relação estatisticamente significativa entre a humanização e a qualidade dos cuidados prestados nos internamentos hospitalares, podendo, assim, inferir-se que a humanização é um fator de qualidade nos hospitais.

Na verdade, o aumento da esperança de vida, aliado à imparável inovação tecnológica e ao fácil acesso à informação, faz com que os doentes sejam, cada vez mais, exigentes e com maiores expectativas em relação à saúde, pelo que urge reforçar o poder do doente, numa lógica de defesa de princípios como a transparência, a celeridade e a **humanização dos serviços** (MS, 2018). Desta forma, facilmente se compreende que as ações humanizadoras, que têm sido encetadas pelos hospitais, acabam por funcionar como “válvulas de escape” para diminuir o sofrimento que o ambiente hospitalar provoca não só nos doentes, mas também nos profissionais de saúde (RIOS, 2009), podendo, assim, concluir-se que a avaliação da humanização nos cuidados de saúde é indispensável para a qualidade em saúde.

Uma das limitações, do presente estudo, reside no facto de a aplicação do QAHCS em contexto de internamento hospitalar consistir numa espécie de *Feedback*

da Prestação de Cuidados (POSF, do inglês *Point of Service Feedback*), pelo que Gill, Redden-Hoare, Dunning, Hughes e Dolley (2015) alertam para o facto de haver doentes que consideram aceitável e útil a avaliação dos serviços de saúde durante o internamento, mas também há doentes que consideram uma invasão à sua privacidade e uma fonte de distração aos cuidados que lhes estão a ser prestados, bem como há doentes que não se sentem aptos a responder em virtude da experiência que estão a vivenciar, daí que a aplicação do QAHCS mereça uma atenção cuidada.

Pretende-se, em trabalhos futuros, expandir a implementação do QAHCS nos hospitais portugueses, desenvolvendo estudos comparativos acerca da perceção da humanização dos serviços prestados:

- entre os hospitais acreditados e não acreditados;
- entre serviços clínicos;
- entre profissionais de saúde;
- entre indivíduos com diferentes características sociodemográficas e/ou regionais.

Acredita-se que este trabalho constitui, em si, um valioso contributo para alcançar estes objetivos em investigações futuras.

REFERÊNCIAS

ACSS. **Termos de referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2018**. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, IP, 2017.

AGHEORGHIESEI, D.-T.; COPOERU, I. Evaluating patient satisfaction. A matter of ethics in the context of the accreditation process of the Romanian hospitals. **Procedia – Social and Behavioral Sciences**, 82, 404-410, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, Lda., 1995.

CHRISTO, F. H. **Programa Nacional de Acreditação em Saúde**. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde – Direcção-Geral da Saúde, 2014.

COTTA, R. M. M.; REIS, R. S.; CAMPOS, A.A.O.; GOMES, A. P.; ANTONIO, V.E.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós? **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(1), 171-179, 2013.

ERS. **Sistema de gestão de reclamações: síntese descritiva - ano de 2017**. Porto: Entidade Reguladora da Saúde, 2018.

FRAMPTON, S.; GUASTELLO, S.; BRADY, C.; HALE, M.; HOROWITZ, S.; SMITH, S. B.; STONE, S. **Patient-centered care improvement guide**. Camden: Picker Institute, Inc., 2008.

GILL, S.D.; REDDEN-HOARE, J.; DUNNING, T.; HUGHES, A. J.; DOLLEY, P.J. Health services should collect feedback from inpatients at the point of service: opinions from patients and staff in acute and subacute facilities. **International Journal for Quality in Health Care**, 27(6), 507–512, 2015.

GILLES, I. ; BURNAND, B. ; PEYTREMANN-BRIDEVAUX, I. Factors associated with healthcare professionals' intent to stay in hospital: a comparison across five occupational categories. **International Journal for Quality in Health Care**, Volume 26, Number 2, 158–166, 2014.

GREENFIELD, D.; KELLNER, A.; TOWNSEND, K.; WILKINSON, A.; LAWRENCE, S. A. Health service accreditation reinforces a mindset of high-performance human resource management: lessons from an Australian study. **International Journal for Quality in Health Care**, Volume 26, Number 4, 372–377, 2014.

GROENE, O.; SUÑOL, R.; NIEK S.; KLAZINGA, N. S.; AOLINWANG; DERSARKISSIAN, M.; THOMPSON, C. A.; THOMPSON, A.; ARAH, O. A. Involvement of patients or their representatives in quality management functions in EU hospitals: implementation and impact on patient-centred care strategies. **International Journal for Quality in Health Care**, Volume 26, Nr. S1, 81–91, 2014.

GROENE, O.; ARAH, O. A.; KLAZINGA, N.S.; WAGNER, C.; BARTELS, P. D.; KRISTENSEN, S.; SAILLOUR, F.; THOMPSON, A.; THOMPSON, C. A.; PFAFF, H.; DERSARKISSIAN, M.; SUÑOL, R. Patient experience shows little relationship with hospital quality management strategies. **PLoS ONE**, 10(7), e0131805, 2015.

HAIR, J. F. JR.; BLACK, W. C.; BABIN, B. J.; ANDERSON, R.; TATHAM, R. L. (2009). **Análise multivariada de dados**. São Paulo: ARTMED Editora, S.A., 2009.

HINKIN, T. R.; TRACEY, J. B.; ENZ, C. A. **Scale construction: developing reliable and valid measurement instruments**. 1997. [Electronic Version]. Retrieved in 16/03/2018 from Cornell University, School of Hotel Administration site: <http://scholarship.sha.cornell.edu/articles/613>.

KETELE, J.-M.; ROEGIERS, X. **Metodologia da recolha de dados – fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas e de estudo de documentos**. Lisboa: Instituto Piaget, 1999.

MARÔCO, J. **Análise estatística com o SPSS statistics**. Pêro Pinheiro: ReportNumber – Análise e Gestão de Informação, Lda., 2014.

MOORE, F. I. **Functional job analysis – guidelines for task analysis and job design**. USA: World Health Organization, 1999.

MOREIRA, M. A. D. M.; LUSTOSA, A. M.; DUTRA, F.; BARROS, E. O.; BATISTA, J. B. V.; DUARTE, M. C. S. Public humanization policies: integrative literature review. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(10), 3231-3242, 2015.

MS. **Retrato da saúde – Portugal**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2018.

NUNES, R. **Regulação da saúde**. Porto: Vida Económica - Editorial, SA., 2014.

OCDE. **Health at a glance 2015: OECD indicators**. Paris: OECD Publishing, 2015a.

OCDE. **OECD reviews of health care quality: Portugal 2015 – raising standards**. Paris: OECD Publishing, 2015b.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIERA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Março-Abril, 14(2), 277-84, 2006.

OMS. **Ambulatory care sensitive conditions in Portugal**. Denmark: WHO Regional Office for Europe, 2016a.

PEDRO, S.; FERREIRA, P. L.; MENDES, J. Aplicação de métodos estatísticos na avaliação da satisfação dos utentes com o internamento hospitalar. **Encontros Científicos – Tourism & Management Studies**, 6, 175-189, 2010.

PEREIRA, A.; PATRÍCIO, T. **Guia prático de utilização do SPSS - análise de dados para ciências sociais e psicologia**. Lisboa: Edições Sílabo, Lda., 2016.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. **Análise de dados para ciências sociais - a complementaridade do SPSS**. Lisboa: Edições Sílabo, Lda., 2008.

PICKER. **Providing information for patients: bringing about improvements in information and communication on the process of care. Improving Patients' Experience. Issue 3**. Oxford: Picker Institute Europe, 2003.

RECHEL, B.; MCKEE, M. **Facets of public health in Europe**. England: Open University Press - McGraw-Hill Education, 2014.

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 33 (2), 253–261, 2009.

SALEH, S. S.; SLEIMAN, J. B.; DAGHER, D.; SBEIT, H.; NATAFGI, N. Accreditation of hospitals in Lebanon: is it a worthy investment? **International Journal for Quality in Health Care**, Volume 25, Number 3, 284–290, 2013.

SILVA, A.; VARANDA, J.; DÓRIA-NÓBREGA, S. **Alquimia da qualidade na gestão dos hospitais**. Cascais: Principia, Publicações Universitárias e Científicas, Lda., 2003.

STEFANO, N. M.; CASAROTTO FILHO, N. Avaliação da qualidade dos serviços por meio da escala SERQUAL de Parasuraman et al. **Revista da Universidade de Aveiro**, 4, 6, 1-10, 2013.

VAZ CARNEIRO, A. **O Hospital e a desumanização**. In: NUNES, R.; BRANDÃO, C. (Coord.). **Humanização da Saúde**. Coimbra: G.C. - Gráfica de Coimbra, Lda., 2007.

WELDRING, T.; SMITH, S. M. S. Patient-reported outcomes (PROS) and Patient-reported outcome measures (PROMS). **Health Services Insights**, 6, 61–68, 2013.

WOODWARD, C. A. **Improving provider skills - strategies for assisting health workers to modify and improve skills: developing quality health care - a process of change**. Geneva: World Health Organization, 2000.

DOR CRÓNICA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM DOENTES IDOSOS

Teresa Medeiros

Universidade dos Açores

Ponta Delgada, Ilha de São Miguel, Açores

Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Social e Humano (IPCDSH) da Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra, Portugal

Oswaldo Silva

Universidade dos Açores, Ilha de São Miguel, Açores

CICS.UAc/CICS.NOVA.UAc

Maria Teresa Flor-de-Lima

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada EPER

RESUMO: Com o envelhecimento das populações aumentam as doenças e a dor crónica, sendo um problema de saúde pública em todo o mundo. A dor crónica, provoca, ou agrava, a ansiedade e depressão, causa sofrimento e tem reflexos na saúde. O estudo, quantitativo e correlacional (n=112 participantes idosos), sinalizados nas consultas da Unidade Multidisciplinar da Dor do Hospital Divino Espírito Santo (Açores, Portugal), teve como objetivos: caracterizar doentes idosos com dor crónica; compreender a relação entre dor e variáveis sociodemográficas; verificar os níveis de ansiedade e depressão; e analisar a relação entre dor, depressão e ansiedade. Após os procedimentos éticos, avaliaram-

se as variáveis através de Questionário Sociodemográfico, escalas convencionais de Dor, Inventário Resumido da Dor, Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor, e escala de Ansiedade e Depressão no Hospital. Aplicaram-se testes não paramétricos. Concluiu-se que os participantes são maioritariamente mulheres, casadas, com incidência nos 75-84 anos e com literacia (muito) baixa. A maioria revela ter níveis moderados a intensos de dor (mais elevados no grupo etário 65-74 anos, casados e maior analfabetismo). Na variável dor não foram encontradas diferenças significativas entre os indivíduos dos dois sexos, das diversas faixas etárias, das diferentes categorias do estado civil e com diferentes habilitações literárias. Concluiu-se que a dor crónica interfere com as atividades de vida diária em geral e que existe uma associação entre dor e ansiedade. Concluiu-se, ainda, que há uma relação entre dor e depressão. Tanto a ansiedade como a depressão interferem na disposição, relação com os outros e prazer de viver. Recomendam-se mais estudos na temática.

PALAVRAS-CHAVE: Dor crónica; ansiedade; depressão; doentes; idosos

ABSTRACT: With the aging of populations, diseases and chronic pain increase, being a public health problem worldwide. Chronic pain causes, or aggravates, anxiety and depression,

causes suffering and has health effects. The quantitative and correlational study (n = 112 elderly participants), signaled at the consultations of the Multidisciplinary Pain Unit of the HDES (Açores, Portugal), aimed: to characterize elderly patients with chronic pain; to understand the relationship between pain and sociodemographic variables; check for anxiety and depression levels; and analyze the relationship between pain, depression and anxiety. After the ethical procedures, the variables were evaluated through a Sociodemographic Questionnaire, conventional Pain Scales, Pain Inventory, Pain-Related Disability Ind, and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Non-parametric tests were applied. It is concluded that the participants are mostly women, married, with a higher incidence in the 75-84 years and with (very) low literacy. Most show moderate to intense levels of pain (higher in the 65-74 age group, married and higher illiteracy). Regarding pain, no significant differences were found between individuals of the two genders, among individuals of different age groups, between individuals of different categories of civil status and between individuals of different academic qualifications. We conclude that chronic pain interferes with activities of daily living in general and that there is a relationship between pain and depression. Both anxiety and depression interfere with the disposition, relationship with others and enjoyment of life. Further studies on the subject are recommended.

KEYWORDS: Chronic pain; anxiety; depression; patients; elders.

AGRADECIMENTOS:

Agradece-se à coordenadora e equipa da Unidade Multidisciplinar da Dor do HDES e aos estudantes de Psicologia da Universidade dos Açores Nivalda Reis e Marco Teixeira o contributo que deram na recolha dos dados.

1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico da população mundial é um fenómeno heterogéneo, transversal a todos os países e culturas (KEONG, 2010; MEDEIROS, 2013; MEDEIROS, 2016), o que o torna um enorme desafio na contemporaneidade, tanto nos países em desenvolvimento como nos países desenvolvidos, pelas múltiplas implicações: políticas, económicas, sanitárias, sociais e psicológicas. Desde os anos sessenta do séc. XX que o envelhecimento populacional tem vindo a aumentar de forma acelerada, havendo a expectativa de duplicar para 406 milhões o número de pessoas idosas em 2050 e nos países desenvolvidos (Relatório da ONU, 2006), o que deverá corresponder a 21% da população mundial.

Se passarmos da análise demográfica do envelhecimento para a dimensão individual, afirmamos que aquele, enquanto fenómeno individual, é um processo irreversível, que começa muito cedo na trajetória biológica da vida de cada pessoa e acompanha o desenvolvimento do ciclo vital, sendo mais evidente a partir da idade adulta e mais marcante na velhice. Deseja-se que o processo de envelhecimento,

enquanto processo de mudanças seja ótimo, construtivo, ativo e com qualidade de vida até ao fim da vida, apesar das perdas funcionais e executivas. Este processo provoca alterações nas funções biológicas (sistemas nervoso, músculo-esquelético, imunológico, neuro-endócrino), alterações psicológicas (mudanças nas atitudes comportamentais, nas crenças e nos recursos psicológicos), nas funções sociais (papel social e familiar), as quais influenciam, profundamente, as manifestações de dor (redução da sua função de alarme) e comprometem os resultados das estratégias terapêuticas (HADJISTAVROPOULOS, 2008; CASTRO et al., 2011; KERNS, SELLINGER; GOODIN, 2011; LUPPA et al., 2012).

Em Portugal, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2006) adota orientações da Segunda Assembleia sobre Envelhecimento, organizada pela ONU (Madrid, 8 a 12 de abril de 2002). Nesse Programa considera-se que o envelhecimento é uma parte natural do ciclo da vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma, o mais tempo possível, e evidencia-se alguns fatores condicionantes da saúde, da autonomia, da independência e da qualidade de vida dos idosos, como sejam as patologias crónicas múltiplas, a polimedicação, os acidentes, os lutos, os internamentos institucionais, o isolamento social, as fragilidades económicas, as alterações da estrutura familiar e as inaptações ao meio habitacional.

Na verdade, dependendo de múltiplos determinantes, nem sempre se verifica um envelhecimento ativo e construtivo, havendo vários tipos de envelhecimento, desde o ótimo ao patológico e vários conceitos e preconceitos sobre a velhice (NERI, 2014; NERI et al., 2002). Nesta aceção mais particular do envelhecimento pessoal e idiossincrático, faz mais sentido falar-se na dimensão plural dos envelhecimentos (MEDEIROS, 2013, 2016). Na verdade, o fenómeno do(s) envelhecimento(s) constitui-se como um

“puzzle científico complexo que requer abordagens multidisciplinares, em rede, na procura de soluções para a igualdade, a inclusão, a segurança e o bem-estar psicológico dos adultos em idade avançada, com vista à promoção do envelhecimento ativo da população e dos envelhecimentos pessoais e ... bem-sucedidos” (MEDEIROS, 2016, p.17).

O processo de envelhecimento é frequentemente marcado pela dor, pela sintomatologia ansiosa e depressiva ou pela depressão geriátrica. É importante destacar que os fenómenos psicossociais associados ao envelhecimento, tais como perda de familiares e amigos, e a perda da independência contribuem ou agravam manifestações de dor e sofrimento (FERNANDES, 2011). Outros sintomas, como a depressão, a ansiedade, as perturbações do sono, a perda de peso e as alterações nutricionais, bem como as alterações cognitivas, podem estar relacionados com a dor crónica, de modo que os comportamentos indicativos de dor, como por exemplo, a expressão facial, a agitação e as alterações da mobilidade devem ser considerados sinais de alarme em doentes com certo grau de demência (WORZ, 2003; FERNANDES,

2011).

Ador é o principal sintoma apresentado nas idades mais avançadas (DELLAROZA, 2013; VILELA, 2017; BENTES; BOSSINI, 2018), sendo um dos principais fatores que limitam a pessoa idosa no seu quotidiano normal (VILELA et al., 2017), já que determinadas doenças que se manifestam com dor intensa são mais frequentes nas pessoas idosas, como é o caso das doenças osteoarticulares e do cancro. Com o avanço da idade há mudanças biológicas, psicológicas e sociais (CARR, 2006), que agravam a experiência da dor e causam mais dificuldades, devido a múltiplas doenças, interações medicamentosas e fracos recursos económicos.

Na contemporaneidade, a *Dor na Pessoa Idosa* é considerada um problema de saúde pública, de âmbito mundial. Por este motivo, na última década, organizações internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP - International Association for the Study of Pain) e a European Federation of IASP Chapters (EFIC) instituíram o Ano Internacional da Dor no Idoso (outubro de 2006 a outubro de 2007) (Lussier, 2006), com os objetivos de promover um melhor conhecimento dos mecanismos da dor na pessoa idosa, e de divulgar o tratamento da dor e toda a informação disponível sobre as particularidades da dor neste período de desenvolvimento da velhice. Na mesma sequência, na Declaração de Montreal (2010) recomenda-se que os profissionais de saúde, os responsáveis e as comunidades devem assimilar os deveres e responsabilidades para assegurar o direito humano de tratar a dor e prevenir o sofrimento. Fruto desta nova sensibilidade, ao longo dos últimos anos, foram feitas campanhas através do Global Year Against Pain (desde 2005), do Dia Mundial dos Cuidados Paliativos - World Hospice & Palliative Care Day (2008) e, muito recentemente, foi consagrado o direito ao tratamento da dor crónica, considerada «doença por si só» (Organização Mundial de Saúde, 2018) e constante da 11^a revisão da Classificação Internacional de Doenças (ICD 11).

Portugal acompanha este movimento da importância da prevenção e intervenção na dor e exemplo disso é a publicação do Plano Nacional de Luta contra a Dor (2001), a circular normativa que instituiu o Programa Nacional de Controlo da Dor (2008, 2012 e 2017), definindo as estratégias futuras para que o tratamento da dor seja uma prioridade das instituições de saúde, assim como os documentos emanados pela Direção Geral de Saúde (2012), o Plano Estratégico Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor) e o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (2017).

Apesar da sua capital importância, os estudos sobre a dor são recentes e raros em Portugal, e ainda mais escassos na Região Autónoma dos Açores (Região arquipelágica com nove ilhas situadas no Atlântico: Santa Maria, S. Miguel, Terceira, Graciosa, S. Jorge, Pico, Faial, Flores e Corvo), sendo a maior e mais populosa a Ilha de S. Miguel. Tendo por base a população de pessoas idosas em tratamento, equacionámos as seguintes questões de investigação: Como se caracterizam os

doentes que vão a uma consulta hospitalar de dor crónica? Haverá alguma relação entre a dor e as variáveis sociodemográficas? Será que os doentes com dor crónica têm níveis elevados de ansiedade e de depressão? Qual a relação entre dor, depressão e ansiedade? Em face das questões formuladas, pretende-se atingir os seguintes objetivos: (i) caracterizar os doentes com dor crónica da amostra; (ii) compreender a relação entre a dor e variáveis sociodemográficas (sexo, grupo etário, estado civil, habilitações académicas, ter familiares próximos, estar reformado, etc.); (iii) verificar os níveis de ansiedade e depressão nos doentes com dor; e (iv) analisar a relação entre dor, depressão e ansiedade.

2 | A DOR CRÓNICA – DOENÇA

A International Association for the Study of Pain (IASP) define a *dor* como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesão tecidual potencial ou real, ou descrita em termos dessa lesão. A dor torna-se crónica quando dura mais de três meses, ou quando se mantém depois da cura da lesão. Do ponto de vista epidemiológico, segundo a IASP e a European Pain Federation EFIC, a dor crónica é um problema generalizado que afeta uma em cada cinco pessoas, sendo que metade destas sofre de dor moderada a intensa.

A dor crónica tem sempre uma causa, ainda que potencial, envolve vários fatores (biológicos, psicológicos, sociais e espirituais), é mal compreendida e, muitas vezes, não aliviada. A *Dor-Doença* condiciona a irritabilidade, reduz a atividade, pode conduzir à depressão, interfere com as atividades de vida diária (DELLAROZA et al., 2013; VILELA et al., 2017), perturba o sono, afeta a capacidade de se relacionar em família e de participar em atividades sociais, altera o apetite, conduz a alterações nutricionais e falta de forças (astenia), limita a capacidade de concentração, aumenta a ansiedade e perturba a sensação de bem-estar (JOHANNES et al., 2010), com impacto negativo na qualidade de vida, prejudicando as atividades de vida diária, bem como restringindo a convivência social e comprometendo o estado funcional, o que pode conduzir ao isolamento (DELLAROZA et al.b, 2013).

A presença de dor é considerada como sofrimento desnecessário, inútil e é uma importante fonte de transtornos psicológicos. Alguns especialistas (na European Federation of IASP Chapters e no Parlamento Europeu), apelidaram a dor crónica como uma “epidemia silenciosa” com grave impacto pessoal e social (Social Impact of Pain (SIP), considerando-a como uma doença “*per si*” (EFIC).

Sabemos que o aumento da idade pode reduzir a sensibilidade à dor, mas isto não significa que as pessoas idosas sintam menos dor, pelo contrário, quando a dor se manifesta ou é diagnosticada, corresponde a uma situação clínica mais grave com dor intensa ou muito intensa. A dor nas pessoas idosas tende a ser constante, de intensidade moderada a intensa, com duração de vários anos, multifocal e multifatorial,

e tem consequências a nível físico e funcional, com diminuição da mobilidade, e psicológico. As pessoas com dor crónica necessitam de cuidados especializados e de tratamento.

A avaliação da pessoa com dor deve ser global, com o recurso a escalas multidimensionais, e requer apreciação das características da dor, do seu impacto na pessoa, da avaliação das atitudes perante a dor (medos, estratégias psicológicas usadas de evitamento, etc.), da análise da função cognitiva, do estado funcional, das doenças coexistentes, da condição social, e respetivos suportes, e da realidade económica. Os resultados obtidos na intervenção melhoram se o próprio indivíduo com dor crónica e a sua família forem integrados no plano terapêutico e se fizerem parte integrante da equipa (multidisciplinar) de saúde.

Se os números são expressivos, as consequências da dor como doença crónica na qualidade de vida das pessoas idosas são preocupantes e incapacitantes, agravadas pelas particularidades inerentes ao envelhecimento (CARR, 2006).

3 | DOR CRÓNICA, DEPRESSÃO E ANSIEDADE

Como já fora mencionado anteriormente, a dor crónica poderá ser muito limitadora do comportamento, não só pelas questões físicas, bem como pelas questões cognitivas inerentes à realização de qualquer tarefa (e.g., atenção, memória e flexibilidade cognitiva), pois o foco passa única e exclusivamente pelo desconforto associado à dor (ATTAL et al., 2014).

BECK e colaboradores estudaram os processos cognitivos associados à dor, à ansiedade e à depressão (BECK et al., 1982; BECK & EMERRY, 1985; BECK & ALFORD, 2009); tendo a ansiedade como o medo antecipatório de uma ameaça futura, no caso da dor crónica torna-se um agravar da mesma (BECK & EMERRY, 1985), assim, quem apresenta um sofrimento constante, receia que o mesmo aumente. Neste sentido, também se pode inferir que os doentes com dor crónica evitem iniciar esforços com receio de piorar a sua sintomatologia. Se os indivíduos com dor crónica antecipam uma situação de perigo (ansiedade pelo possível aumento da dor), e simultaneamente não encetam atividades prazerosas, quer pelas limitações impostas pela dor, quer pelo receio de agravar a mesma, torna-se natural que a ausência de um reforço positivo esteja na origem de uma visão negativa do *self* (e.g., pensamentos do tipo: “já não consigo fazer o que fazia”, “já não sirvo para nada”), que ligada a uma visão negativa do mundo (o mundo percecionado como perigoso e repleto de obstáculos), bem como a uma visão negativa do futuro (aumento da desesperança), configura a Tríade Cognitiva de Beck - o modelo explicativo da depressão (BECK & ALFORD, 2009).

Vários outros estudos validam esta relação entre dor crónica, ansiedade e depressão (e.g., BANKS; KERNS, 1996; KEENAN et al., 2009; MCWILLIAMS et al.,

2003; FERREIRA et al., 2015). A título exemplificativo, refira-se que BANKS e KERNS (1996) encontraram depressão em 58% dos doentes com dor crónica contra 18% da população geral e MCWILLIAMS et al. (2003) encontraram ansiedade em 35% das pessoas com dor crónica, comparativamente à população em geral (18%). FERREIRA et al. (2015) evidenciaram que as mulheres portadoras de osteoartrite no joelho têm maiores níveis de depressão e ansiedade e qualidade de vida inferior, quando comparadas com o grupo sem doença. Apesar destes resultados, não existe unanimidade nesta associação dor – ansiedade – depressão, já que existem também estudos que não a provaram em doentes com lombalgia (e.g, TROCOLI e BOTELHO, 2016). Consequentemente, justificam-se todos os esforços, individuais ou coletivos, para investigação na área da dor, para dinamizar o conhecimento das especificidades da dor, e das suas repercussões na qualidade de vida das pessoas idosas.

4 | MÉTODO

Esta investigação insere-se no contexto de um estudo alargado sobre envelhecimento e qualidade de vida, promovido por um grupo multidisciplinar de investigadores em colaboração com a Unidade Multidisciplinar de Dor. Tendo em conta os objetivos do estudo optámos por um estudo transversal com uma metodologia quantitativa e por um método exploratório e correlacional.

4.1 Amostra

A amostra é composta por 112 participantes idosos, que recorreram à consulta Unidade Multidisciplinar de Dor do hospital público HDES. Refira-se, para uma melhor compreensão, que no sistema de saúde português (o caso do HDES), as consultas hospitalares são tendencialmente gratuitas ou sujeitas a uma módica taxa moderadora, após analisados os recursos económicos dos utentes. Consequentemente, abrangem a classe social com menores recursos económicos.

A amostra integra ambos os sexos, sendo 85.1% do sexo feminino e 14.9% do sexo masculino e maioritariamente entre os 65-84 anos. Em termos do estado civil: 53.6% são casados, 41.1% viúvos e 5.4% são solteiros. Ao nível das habilitações académicas, a maioria tem um nível de habilitações muito baixo (20.5% sabem ler e escrever sem terem tido frequência escolar, 48.2% têm o ensino básico/primário). Identificámos uma percentagem de analfabetismo de 12.5% (pessoas que não sabem ler nem escrever). Dos restantes participantes, 3.6% tem o ciclo preparatório/2º ciclo do Ensino Básico (6 anos de escolaridade), 8.9% detém o antigo 5º ano dos liceus (3º ciclo do Ensino Básico – 9 anos de escolaridade), 3.6% o antigo 7º ano dos liceus (atual Ensino Secundário) e 2.7% têm o Ensino Superior.

4.2 Instrumentos

Para a operacionalização do estudo recorreu-se a vários instrumentos, a saber: um questionário sociodemográfico, construído para o efeito, e escalas e inventários para medir a dor e a ansiedade e a depressão.

A variável dor foi avaliada pelas escalas convencionais (Qualitativa e Numérica) por orientação da Circular Normativa da Direção Geral de Saúde n.º 09/DGCG de 14/06/2003, sobre a dor como 5.º sinal vital. Aplicou-se o Inventário Resumido da Dor (IRD), versão portuguesa traduzida, adaptada e validada por AZEVEDO et al. (2007), do original Brief Pain Inventory, desenvolvido por CLEELAND (1989) e validado por CLEELAND (1994) e KELLER et al. (2004), instrumento traduzido em mais de 10 línguas. O IRD inclui 15 itens com escalas numéricas de classificação (de 0 a 10), que avaliam a existência, severidade, localização, interferência funcional, estratégias terapêuticas aplicadas e eficácia do tratamento da dor e a evidência existente demonstra que este é um instrumento válido, reproduzível e sensível na deteção, acompanhamento e caracterização da dor.

O impacto da dor na vida diária foi medido através do Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor, tradução, adaptação e validação de AZEVEDO et al. (2007), do original Pain Disability Index (PDI). Trata-se de um questionário de autoaplicação, breve e muito prático, criado para avaliar sete importantes dimensões de incapacidade e interferência funcional da dor. O instrumento é constituído por escalas de classificação numéricas (0-10), que avaliam a incapacidade relacionada com a dor nas responsabilidades familiares e domésticas, nas atividades de lazer, nas atividades sociais, no trabalho, no comportamento sexual, nos cuidados pessoais e nas atividades vitais. O Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor tem boas propriedades psicométricas e evidência de adequada validade, reprodutibilidade e sensibilidade (AZEVEDO et al., 2007).

As variáveis depressão e ansiedade foram avaliadas pela Escala de Ansiedade e Depressão no Hospital (HADS), versão portuguesa de MCINTYRE et al. (1999), da original Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), da autoria de ZIGMOND e SNAITH (1983) e aplicada em vários estudos similares (cf. BOTEAGA et al. 1995). A Escala, foi criada para medir as variáveis referidas em doentes em ambulatório com doença física, e é constituída por 14 itens (pontuados de 0 a 3), subdivididos pelas duas subescalas/variáveis, sendo 7 itens para medir a ansiedade (HAD-A) (valores de 0 a 8 para a categoria “sem sintomas” e de ≥ 9 para “com sintomas”) e igual número para medir a depressão (HAD-D) (sendo que ≤ 9 para a categoria “sem sintomas” e ≥ 10 “com sintomas”).

As subescalas de ansiedade e da depressão da HADS foram subdivididas em quatro categorias em cada uma, em que pontuações de 0 a 6 são incluídas na categoria “normal”, de 7 a 10 na categoria “leve”, de 11 a 15 na categoria “moderada” e de 16 a

21 na categoria “severa”.

4.3 Procedimentos

Após a aprovação pela Comissão de Ética para a Saúde do HDES, foram selecionados os participantes idosos da Consulta da Dor do HDES em função do critério idade (consideradas convencionalmente pelas organizações internacionais com idade \geq 65 anos nos países desenvolvidos).

O propósito do estudo foi esclarecido a todos os participantes. Foram, igualmente, explicados os objetivos e garantida a confidencialidade e o anonimato dos dados. Cada participante assinou um termo de Consentimento Livre e Esclarecido com autorização dos dados para efeitos de investigação.

O preenchimento dos instrumentos do protocolo do estudo foi acompanhado por um profissional de saúde, médico ou enfermeiro, ou por um aluno finalista de Psicologia, durante dois meses.

As informações recolhidas foram processadas informaticamente utilizando o programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 22.0. Do ponto de vista do tratamento dos dados procedeu-se à descrição estatística e correlacional das variáveis através do coeficiente de correlação de Spearman e do teste de significância associado, assim como o teste U de Mann-Whitney - teste não paramétrico para o caso de duas amostras independentes e o teste de Kruskal-Wallis – teste não paramétrico para o caso de mais do que duas amostras independentes.

5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A referenciação dos doentes com Dor Crónica da consulta da Unidade Multidisciplinar de Dor do HDES (S. Miguel – Açores) tem sido estudada e os números atingem os 49% de pessoas idosas (FLOR DE LIMA, 2011, 2012). Nos mesmos estudos, a dor associa-se, prioritariamente, a doenças osteoarticulares, com evolução arrastada ao longo de anos e com consequências de incapacidade agravada pela idade e pela imobilidade (*Ibidem*). Pela análise descritiva dos dados podemos verificar que, na amostra da consulta Unidade Multidisciplinar de Dor do hospital público (HDES) (n=112), os doentes com dor crónica não são institucionalizados em lares/residências de longa permanência, são maioritariamente mulheres (85.1%), tal como encontrado em DELLARROZA et al. (2008) e GIODA et al. (2010), RODRIGUES; NERI (2012), e FERREIRA et al. (2015) e com idades distribuídas pelos grupos etários considerados: 65-74 anos (37.8%), 75-84 anos (42.3%) e \geq 85 anos (19.8%).

Em termos do estado civil verifica-se que as pessoas idosas da amostra são maioritariamente casadas ou viúvas e têm filhos (86.5%). Em termos de possível suporte socio-emocional, 58.7% vivem acompanhadas por familiares, quer cônjuge/

companheiro (39.4%), quer filhos (19.3%), o que poderá significar algum suporte/ apoio familiar nos casos de maior dependência física e psicológica. No entanto, 14.7% das pessoas idosas da amostra doentes com dor crónica vivem sozinhas. O facto de viverem sós, com vulnerabilidade e dor pode significar um risco de isolamento acrescido, menor capacidade de mobilidade, maior dependência e vulnerabilidade (DELLAROZA et al., 2013), e menores habilitações académicas, tal como se verifica neste estudo, onde 81.2% tem baixo nível de escolaridade ou mesmo a sua ausência de escolaridade formal (12.5% analfabetos e 12.5% não sabem ler nem escrever), indo no mesmo sentido da amostra brasileira de VILELA (2017), o que também pode estar também associado a um maior risco de pobreza.

5.1 Dor, ansiedade e depressão

Em termos descritivos, a dor dos participantes da amostra, avaliada pela Escala Numérica, caracteriza-se da seguinte forma: 34.8% dos participantes expressaram sentir dor de baixa intensidade (valores entre 0 a 4 da escala) e 65.2% expressam níveis moderados a intensos de dor (valores entre 5 a 10 da escala), ou seja, a maioria expressa ter dor moderada a intensa, o que é muito preocupante e tem implicações nas pessoas, nas suas famílias, nos empregos, e demais contextos onde as pessoas se inserem. Cotejando com os dados da Escala Qualitativa da Dor, os valores percentuais, mais frequentes, são mais baixos, ou seja, 40.6 % para dor moderada e 33.3 % para dor intensa, conforme é apresentado na Figura 1.

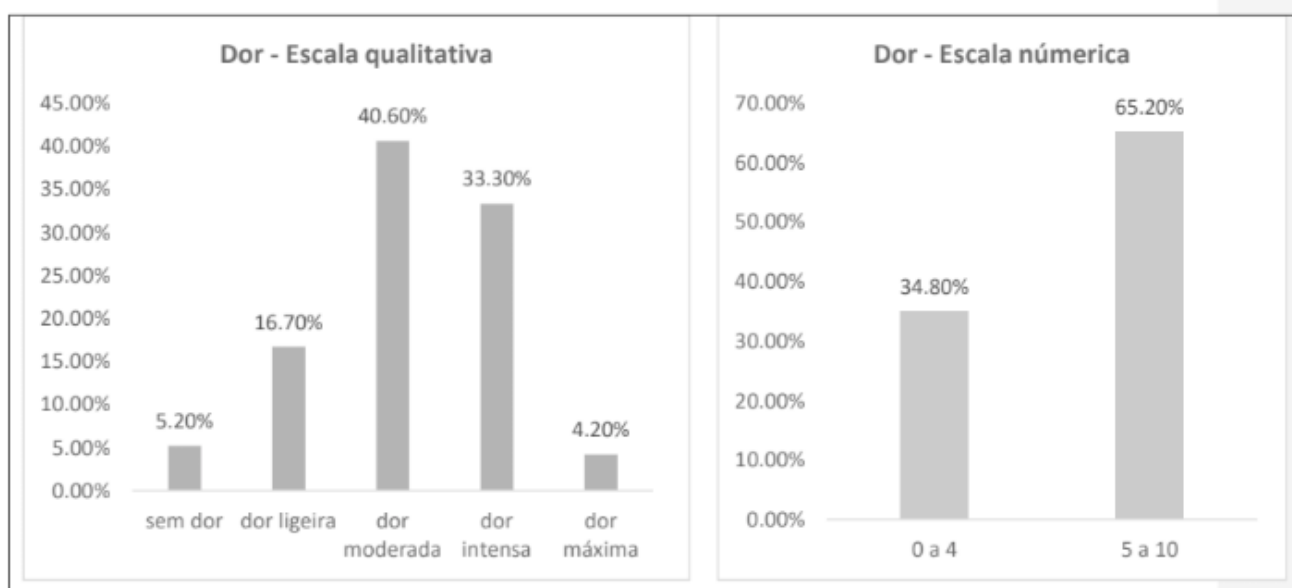


Figura 1: Avaliação da dor (Escala Qualitativa e Escala Numérica)

Note-se, ainda, que nas duas escalas da dor utilizadas os participantes referiram que frequentemente sentiam dor moderada ou intensa.

Com o intuito de compreender se os níveis de dor diferem em atenção às variáveis sociodemográficas (sexo, grupo etário, estado civil, habilitações académicas e pessoas com quem vive), foram utilizados alguns testes não paramétricos (teste U de Mann-Whitney e teste de Kruskal-Wallis), de modo a aferir se os resultados obtidos são, ou não, estatisticamente significativos. Constatou-se, usando a escala da dor (escala numérica), que não se verificaram diferenças significativas tendo em consideração o sexo ($U=502.5$; $p=0.169$), tal como encontrado por GIODA et al. (2010), embora as mulheres tenham expressado valores mais elevados comparativamente aos homens (*Ibidem*, 2010). Verificou-se também que nos grupos etários em estudo não se verificaram diferenças significativas relativamente ao nível de dor por eles referido ($H=0.486$, $p=0.784$), mas evidenciou-se que as pessoas idosas mais jovens (65-74) expressaram valores mais elevados de dor em comparação com as mais idosas (85 e mais anos), tal como GIODA et al. (2010). Também não se verificaram diferenças significativas relativamente à associação dor e estado civil ($H=0.556$, $p=0.757$), mas notou-se ao nível da amostra que os casados exprimiram valores mais elevados comparativamente aos solteiros. Tendo em consideração as habilitações académicas dos inquiridos não se verificaram diferenças significativas relativamente ao nível de dor ($H=2.665$, $p=0.751$), mas constatou-se que os inquiridos com maior analfabetismo expressaram valores mais elevados em comparação com os que têm o ensino complementar. Também no que respeita às “pessoas com quem vive” verificou-se que não se verificaram diferenças significativas relativamente ao nível de dor declarado ($H=3.550$, $p=0.737$), mas evidenciou-se a nível amostral que os que vivem com amigos expressaram valores mais elevados em comparação com os que vivem com o cônjuge e filhos.

Anível da amostra em estudo, é de salientar que foram principalmente as mulheres, as pessoas mais jovens (65-74 anos), as que estão casadas, as com as habilitações académicas mais baixas e as que vivem com amigos aquelas que manifestaram níveis de dor mais elevados.

Verifica-se, ainda, que a dor recente (relativamente à semana anterior), avaliada pelo Inventário Resumido da Dor (IRD) interfere em múltiplos aspetos da vida, tornando a pessoa com dor mais vulnerável às atividades de vivência diária (VILELA et al., 2017) e comprometendo ou diminuindo os padrões de sono, o prazer de viver, a mobilidade, o trabalho e as relações com os outros, indo no sentido dos resultados de DELLAROSA (2008, 2013a,b): 62.2% dos participantes refere que a dor interferiu com a sua atividade geral; 59.8% com a sua disposição; 84.8% com a capacidade de andar a pé; 67.6% com o seu trabalho normal; 25.9% com a relação com as outras pessoas; 48.2% com o sono; e para 18.8% com o prazer de viver.

Tomando a dor como uma experiência amarga, fruto de um dano físico com determinado grau de limitações nas atividades que o indivíduo pode executar, é de certa forma natural que a mesma seja associada a um decréscimo da qualidade de vida dos indivíduos. Assim, não é de todo de estranhar que a maioria da sintomatologia

da dor crônica e da depressão seja idêntica, pois em ambos os casos existe uma acentuada modificação dos hábitos destes mesmos indivíduos (perda de interesse nas atividades do cotidiano, redução das atividades diárias, distúrbios ao nível do sono, fadiga, isolamento, irritabilidade ou humor deprimido, entre outras) (CASTRO et al., 2011; FINAN & SMITH, 2013).

No que respeita à subescala ansiedade da HADS, verifica-se que para 41.3% dos participantes, o nível de ansiedade é considerado normal. No entanto, existem valores de maior apreensão nos participantes da amostra: 25.7% têm níveis de ansiedade considerados leves, 27.5% moderados e 5.5% severos, enquanto que na subescala da depressão da HADS, verifica-se que para 57.1% dos participantes, o nível de depressão é considerado normal, e no que se refere aos restantes níveis de depressão os valores são comparativamente inferiores aos da ansiedade, conforme é apresentado na Figura 2.

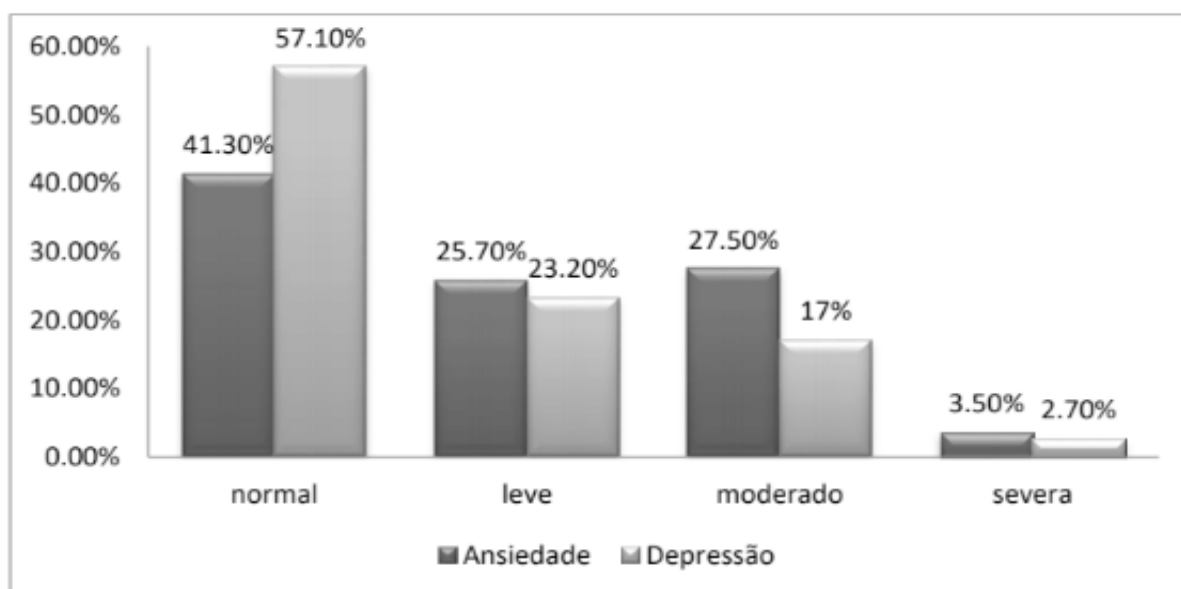


Figura 2 – Níveis de ansiedade e de depressão (HADS)

Constatou-se que não existem diferenças significativas entre os grupos de participantes tendo em atenção as quatro categorias da subescala da ansiedade no que concerne aos níveis de dor ($H=0.896$, $p=0.826$), mas já quando se avalia o grau de depressão evidenciou-se a existência de diferenças significativas entre as quatro categorias dos seus participantes relativamente aos níveis de dor ($H=16.710$, $p=0.001$). Com o intuito de se verificar se existem diferenças significativas entre os participantes da amostra integrados nas quatro categorias da ansiedade relativamente a um conjunto de situações respeitantes ao IRD, de acordo com o que cada participante expressa em relação à dor, observa-se que existem diferenças significativas entre os quatro grupos ao nível da disposição ($p=0.003$), relação com as outras pessoas ($p=0.011$) e no prazer de viver ($p=0.020$) (cf. DELLAROZA et al., 2013 a,b) (cf. Tabela 1).

	Relação com		
	Disposição	outros	Prazer de viver
Estatística H de Kruskal-Wallis	14,010	11,201	9,823
<i>p</i>	,003	,011	,020

Tabela 1: Teste de diferenças entre os quatro grupos de ansiedade em relação a situações respeitantes IRD

Com o objetivo de se verificar se existem diferenças significativas entre os participantes da amostra incluídos em cada uma das quatro categorias da subescala da depressão da HADS relativamente a um conjunto de situações respeitantes ao IRD, de acordo com o que cada participante expressa em relação à dor, verifica-se que existem diferenças significativas entre pelo menos dois desses quatro grupos ao nível da disposição ($p=0.006$), trabalho normal ($p=0,012$), relação com as outras pessoas ($p=0.002$) e prazer de viver ($p=0.000$) (cf. Tabela 2), indo no mesmo sentido de DELLAROZA et al. (2013 a,b).

	Disposição	Trabalho normal	Relação	Prazer de
			com outros	viver
Estatística H de Kruskal Wallis	12,476	10,956	14,892	15,526
<i>p</i>	,006	0,012	,002	,001

Tabela 2: Teste de diferenças entre os quatro grupos de depressão em relação a situações respeitantes IRD

Em ambas as subescalas da ansiedade e da depressão da HADS constatou-se que foram os indivíduos com níveis mais elevados (moderada e severa) que expressaram níveis mais elevados de dor no IRD, tal como KEENAN et al., 2009; MCWILLIAMS et al., 2003; FERREIRA et al., 2015.

Salienta-se, ainda, que são também as pessoas com níveis elevados de depressão as que expressam níveis mais elevados de dor, dado que a correlação é positiva e estatisticamente significativa ($r_s=0.200$, $p=0.035$) entre as subescalas da depressão da HADS e a escala numérica da dor. Constatou-se, ainda, que a subescala da depressão da HADS se encontra correlacionada positivamente e significativamente em todas as situações respeitantes ao IRD (respetivamente, atividade geral ($r_s=0.253$, $p=0.007$), disposição ($r_s=0.348$, $p=0.000$), capacidade para andar a pé ($r_s=0.288$, $p=0.002$), trabalho normal ($r_s=0.379$, $p=0.000$), relação com as outras pessoas ($r_s=0.331$, $p=0.000$) e prazer de viver ($r_s=0.308$, $p=0.001$), com exceção do sono. Em sùmula, quando maior o nível da dor, com base nas várias situações respeitantes ao IRD, mais elevado tende a ser o grau de intensidade da depressão, enquanto que os

indivíduos sem depressão (normal) foram os que expressaram os níveis de dor mais baixos, no mesmo sentido de BAIR (2008).

Nos doentes, a depressão pode prejudicar as atitudes mais positivas de adaptação à situação da dor como doença crónica (WORZ, 2003; KATZ; SCHERER; GIBSON, 2006). Claro que o impacto da dor crónica, bem como a sua preponderância no aparecimento de sintomatologia depressiva, estarão intimamente ligados a diversos fatores, entre estes a intensidade da dor, as limitações provocadas pela dor, a resiliência do indivíduo à dor, bem como a rede de apoio que suporta o próprio indivíduo (DELLAROZA et al., 2013; JESTE et al., 2013; KOTTER-GRÜHN & HESS, 2012; MARTA et al., 2010).

Na senda de outros (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2003, 2006; CARR, 2006; LUSSIER, 2006; HADJISTAVROPOULOS; HADJISTAVROPOULOS, 2008), pensamos que a informação sobre as doenças crónicas mais prevalentes e o modo de as controlar, bem como indicações sobre a dor crónica, torna-se fundamental para a capacitação das pessoas idosas, a prevenção das complicações naturais e colaboração nos tratamentos. Neste contexto, deve-se dar a primazia à prevenção e ao equilíbrio entre as intervenções comunitárias de promoção do envelhecimento ativo com as intervenções personalizadas, em função de cada trajetória pessoal de vida e de cada situação (MEDEIROS, 2013; FERREIRA; MEDEIROS, 2016).

6 | CONCLUSÕES

A OMS, a IASP e a EFIC (cf. EUROPEAN FEDERATION OF IASP; BRITISH PAIN SOCIETY AND BRITISH GERIATRICS SOCIETY, 2007) consideram a dor crónica como a maior ameaça para a qualidade de vida em todo o mundo, ameaça que está a evoluir em paralelo com o aumento da longevidade.

Conclui-se, com base numa amostra de pessoas idosas com dor crónica observadas em consultas, numa unidade multidisciplinar de dor (n= 112), e após tratamento estatístico adequado, que a presença de dor crónica é percentualmente maioritária nas mulheres, no grupo etário das pessoas idosas mais jovens e mais prevalente nas pessoas casadas e com baixos, ou muito baixos, níveis de formação académica formal. A maioria revela ter níveis moderados a intensos de dor, sendo, no entanto, os níveis mais elevados no grupo etário dos idosos mais jovens (65-74 anos), casados e com maior analfabetismo. Verificou-se, igualmente que cerca de 15% da mostra vive só, o que pode significar um duplo isolamento e aumento da vulnerabilidade física e psíquica.

Nesta amostra, não se verificaram relações estatisticamente significativas entre dor e as variáveis sociodemográficas: sexo, estado civil, e habilitações académicas, embora existam diferenças comparativas nas médias de cada item de cada variável ora em análise.

Conclui-se que existe associação entre ansiedade e dor, nomeadamente no que

respeita à disposição, relação com as outras pessoas e no prazer de viver.

Verificou-se do mesmo modo que quanto maior é o nível da dor, mais elevado tende a ser o grau de intensidade da depressão. Conclui-se também que as pessoas idosas com níveis elevados de depressão da escala (depressão severa) foram as que apresentaram níveis mais elevados de dor, evidenciando o nosso pressuposto entre estas variáveis. Conclui-se, igualmente, que os níveis de depressão afetam áreas fundamentais da vida, designadamente a atividade geral da pessoa, o trabalho normal, a disposição e a capacidade de mobilidade (andar a pé), bem como afetam a área social, nomeadamente a relação com as outras pessoas, e interferem na área mais profunda da vida - o prazer de viver.

Neste estudo, os instrumentos usados afiguram-se úteis para avaliar a dor e os níveis de ansiedade e depressão na população idosa.

A partir dos dados, infere-se que as pessoas idosas com dor beneficiam de acompanhamento sistemático e multidisciplinar, o que implica que o alívio da dor deve ser uma prioridade das políticas de saúde em todas as idades, mas de forma mais acentuada nas pessoas idosas. Deve-se dar relevo à intervenção precoce na dor crónica, entendida como uma patologia que afeta o bem-estar geral e o sentido da vida.

Nos casos de pessoas idosas com dor crónica, sugere-se que os serviços de saúde estendam os serviços multidisciplinares hospitalares ao apoio domiciliário em ambulatório, em função de cada caso, de forma especial às pessoas que vivam sós, com uma rede social precária, com poucos recursos económicos e que tem analfabetismo real ou funcional. Louve-se que, a sociedade civil no contexto territorial onde decorreu este estudo criou (2005) a Associação de Doentes de Dor Crónica dos Açores (ADDCA), em regime de voluntariado, sedeadada em Ponta Delgada (Ilha de S. Miguel), fruto do empenho da médica responsável pela Unidade Multidisciplinar da Dor. A Associação presta um trabalho de apoio e suporte multidisciplinar para minorar o isolamento, prevenir a ansiedade e a depressão, ou intervir nestes quadros clínicos, modelo que deve ser replicado noutros contextos geográficos.

Recomendam-se mais estudos sobre a temática para uma maior eficácia na prevenção secundária dos efeitos da dor crónica e uma adequada intervenção nas pessoas e nas suas famílias, particularmente naquelas de idade mais avançada.

REFERÊNCIAS

ATTAL, N. et al. Does cognitive functioning predict chronic pain? Results from a prospective surgical cohort. **Brain**, nº137, v.3, 904-917, 2014. <http://doi.org/10.1093/brain/awt354>

AZEVEDO, L. F. et al. Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica. **Dor**, nº15, v.4, 6-37, 2007. http://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2007/n4.pdf

- BAIR, M. J., et al. Association of depression and anxiety alone and in combination with chronic musculoskeletal pain in primary care patients. **Psychosom Med.**, nº 70, p.890-897, 2008.
- BANKS, S. M.; KERNS, R. D. Explaining high rates of depression in chronic pain: A diathesis-stress framework. **Psychological Bulletin**, nº 119, v.1, p. 95-110, 1996.
- BECK, T. A. et al. **Terapia cognitiva da depressão**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- BECK, A. T.; ALFORD, B. A. **Depression: Causes and treatment. Journal of Chemical Information and Modeling** (2nd ed., vol. 53). Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2009. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- BECK, A. T.; EMERRY, G. **Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective**. New York: Basic Books, 1985.
- BENTES, R. N.; BOSSINI, E. dos S. Efeitos da mobilização com movimento em associação ao tratamento fisioterapêutico sobre a qualidade de vida e dor na osteoartrose de joelho. **Fisioterapia Brasil**, nº19, v.3, p. 272-281, 2018.
- BOTEGA, N.J. et al. Mood disorders among inpatients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD. **Rev Saúde Pública**, nº 29, v. 5, p. 355-363, 1995.
- BRITISH PAIN SOCIETY AND BRITISH GERIATRICS SOCIETY. **Guidance on the assessment of pain in older people**, 2007. Acedido novembro 27, 2015 em http://www.iasppain.org/files/Content/NavigationMenu/EducationalResources/Assessment_of_Pain_in_Older_People.pdf
- CASTRO, M. M. C. et al. Comorbidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade de vida. **Revi Psiq Clínica**, nº 38, v.4, p. 126-129, 2011.
- CARR, D. Older's people pain. **IASP Pain Clinical Updates**, nº XIV. v.3, p.1-4, 2006.
- DELLAROZA, M.S.G.et al. Characterization of chronic pain and analgesic approaches among community-dwelling elderly. **Rev Assoc Med Bras**, nº54, v.1, p.36-41, 2008.
- DELLAROZA, M. S. G. et al.(a). Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: Prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). **Cad. Saúde Pública**, nº.29, v.2, p. 325-334, 2013.
- DELLAROZA, M. S. G., et al.(b) Associação de dor crônica com uso de serviços de saúde em idosos residentes em São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, nº 47, v.5, p.914-922, 2013. doi:10.1590/rsp.v47i5.76702
- DENKINGER, M. D. et al. Multisite pain, pain frequency and pain severity are associated with depression in older adults: Results from the ActiFE Ulm study. **Age and Ageing**, nº 43, v. 4, p. 510–514, 2014. <http://doi.org/10.1093/ageing/afu013>
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. **A Dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor**. Circular Normativa n.09/DGCG, 14/06, 2003. Acedido novembro 27, 2015 em [http:// www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Divisão de Doenças Genéticas, Crônicas e Geriátricas**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2006.
- FERNANDES, D. M. A. **Dor crônica: Adaptabilidade e coesão familiar**. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2011.
- FERREIRA, J. A.; MEDEIROS, T. **Bem-estar psicológico em adultos em idade avançada: um estudo em ilhas dos Açores**. In: (Re)Pensar as pessoas idosas no século XXI, p. 195-220. Ponta

Delgada: Letras Lavadas, 2016.

FERREIRA, A. H. et al. Investigação da ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes portadores de osteoartrite no joelho: um estudo comparativo. **Revista Brasileira de Reumatologia**, nº55, v.5, p.434–438, 2015.

FINAN, P. H.; SMITH, M. T. The comorbidity of insomnia, chronic pain, and depression: Dopamine as a putative mechanism. **Sleep Medicine Reviews**, nº17, p.173-183, 2013. <http://doi.org/10.1016/j.smr.2012.03.003>

FLOR de LIMA, M. T., **Going on Studying the Elderly Referred to our Pain Unit: Comorbidities and Medications**. Comunicação escrita. Congresso IASP, 2012.

FLOR de LIMA, M. T. **The Elderly in our Pain Unit: Preliminary study** Comunicação escrita. **Congresso EFIC 2011**

GIODA, F.R. et al. Dor Lombar: Relação entre sexo e estrato etário em idosos praticantes de atividades físicas. **Fitness Performance**, jan-mar, nº9, v.1, p.46-51 2010. doi:10.3900/fpj.9.1.46.p

HADJISTAVROPOULOS, T.; HADJISTAVROPOULOS, H. D. (Eds.). **Pain management for older adults: A self-help guide**. Seattle: IASP Press, 2008.

JESTE, D. V. et al. Association between older age and more successful aging: Critical role of resilience and depression. **Am J Psychiatry**, nº170, v. 2, p.188-196, 2013. doi:10.1176/appi.ajp.2012.12030386

JOHANNES, C. B. et al. The prevalence of chronic pain in United States adults: Results of an internet-based survey. **The Journal of Pain**, nº11, v.11, p.1230-1239, 2010. <http://doi.org/10.1016/j.jpain.2010.07.002>

KEENAN K, et al. Depression begets depression: Comparing the predictive utility of depression and anxiety symptoms of later depression. **J. Child Psychol and Psyc.** nº 50, p. 1167-1175, 2009.

KERNS, R. D.; SELLINGER, J.; GOODIN, B. R., Psychological treatment of chronic pain. **Rev. Clin. Psychol.**, 7, p. 411-434, 2011. <http://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-090310-120430>

KOTTER-GRÜHN, D.; HESS, T. M., The impact of age stereotypes on self-perceptions of aging across the adult lifespan. **Psychological Sciences and Social Sciences**, nº 67, v. 5, 563-571, 2012. <http://doi.org/10.1093/geronb/gbr153>.

LUPPA, M., et al. Age and gender-specific prevalence of depression in latest-life – Systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, nº 136, v. 3, 212–221, 2012. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.033>

LUSSIER, D. Global day against pain, 2006. Acedido novembro 27, 2015 em http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=2006_2007_Pain_in_Older_Persons1&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=4637

MARTA, I. E. R. et al. Efetividade do toque terapêutico sobre a dor, depressão e sono em pacientes com dor crônica: Ensaio clínico. **Rev Esc Enferm USP**, nº 44, v.4, p.1100-1106, 2010.

MCWILLIAMS, L.A.; COX, B.J.; ENNS, M.W. Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: An examination in a nationally representative sample. **Pain**, nº106, p.127–133, 2003.

MEDEIROS, T. **Desafios do(s) envelhecimento(s)**. In T. MEDEIROS; C. RIBEIRO, B. P. MIÚDO; A.

FIALHO. Envelhecer e conviver, p. 29-46. Ponta Delgada: Letras Lavadas, 2013.

MEDEIROS, T. (Coord.) **(Re)Pensar as pessoas idosas no século XXI**. Ponta Delgada: Letras Lavadas, 2016.

NERI, A. L. Atitudes em relação à velhice. In: **Palavras chave em Gerontologia**, 4ª ed.. Campinas: Alínea, 2014.

NERI, A. L.; CACHIONI, M.; RESENDE, M.C. **Atitudes em relação à velhice**. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia, p. 72-80. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2002.

ONU. **Relatório da ONU “World Population Prospects: The 2006 Revision”**. Consultado em <https://www.unric.org/pt/envelhecimento/9486>.

PRESS, K., B.; SCHERER, S.; GIBSON, S. J. **Pain in older persons**. Seattle: IASP Press, 2006.

RODRIGUES, N. O.; NERI, A. L. Vulnerabilidade social, individual e pragmática em idosos da comunidade dados do estudo Fibra. Campinas (SP): **Ciência & Saúde Coletiva**, nº17, v.8, p.21-30, 2012.

TOMOMITSU, M. R. S. V.; PERRACINI, M. R.; NERI, A. L. Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, nº19, v.8, p. 3429–3440, 2014. <http://doi.org/10.1590/1413-81232014198.13952013>

TROCOLI, T. O.; BOTELHO, R. V. Prevalência de ansiedade, depressão e cinesiofobia em pacientes com lombalgia e sua associação **com os sintomas da lombalgia**. **Revista Brasileira de Reumatologia**, nº56, v.4, p.330–336, 2016.

VILELA, D. de A. et al. Percepção da saúde e dor em idosos em unidades de saúde. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, S5A, p. 54-64, 2017.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The Hospital and Anxiety and Depression Scale. **Acta Psiquiátrica Scandinavica**, 7, p.361-370, 1983.

WORZ, R., Pain in depression - depression in pain. **Pain Clinical Updates**, nº XI, v.5, p.1-4, 2003.

A TRIAGEM PSICOLÓGICA: A QUALIDADE DA ESCUTA E ADESÃO AO TRATAMENTO

Rita Cerioni

(Universidade de São Paulo e Universidade
Paulista Unip)

Eliana Herzberg

(Universidade de São Paulo)

RESUMO: Este artigo objetiva apresentar e discutir as expectativas acerca do atendimento psicológico de pessoas que se inscreveram em um serviço-escola de uma universidade do interior do estado de São Paulo, e analisar em que medida a escuta e compreensão dessas expectativas podem favorecer a adesão ao processo psicoterápico. Foram realizadas entrevistas de triagem com dez participantes que aguardavam na lista de espera para atendimento psicológico e análise documental dos prontuários um ano após a triagem para verificar a adesão. Os resultados foram tratados segundo a análise de conteúdo enfocando queixa manifesta, queixa latente, expectativas, adesão e desistência e discutidos a partir dos pressupostos psicanalíticos. Verificou-se que a escuta e compreensão das expectativas podem enriquecer o sentido da busca por atendimento psicológico. As implicações deste estudo dizem respeito ao estabelecimento de uma escuta mais acurada das necessidades e expectativas dos pacientes na triagem, possibilitando uma redução do hiato muitas vezes existente entre

as expectativas das pessoas que buscam atendimento psicológico e as dos profissionais de psicologia.

Palavras-chave: Expectativas, Triagem psicológica, Abandono de tratamento.

ABSTRACT: PSYCHOLOGICAL SCREENING: THE QUALITY OF LISTENING AND ADHERENCE TO TREATMENT.

This paper aims to present and discuss expectations about the psychological care of people who signed up for a service-school at a university in the state of São Paulo, and analyze to what extent the listening and understanding of these expectations may favor adherence to psychotherapy process. Screening interviews were performed with ten participants from a waiting list for psychological and documentary analysis of records one year after the screening to verify accession. The results were treated according to the content analysis focusing on manifest complaint, latent complaint, expectations, adherence and dropouts as well as discussed from the psychoanalytic assumptions. There was a positive adherence to the proposed referral, indicating that listening and understanding the expectations of users from the psychology service-school can enrich the sense of seeking psychological treatment. The implications of this study are related to the establishment of a more accurate listening of

the needs and expectations of the patients in the screening, allowing a reduction of the gap that often exists between the expectations of those who seek psychological care and those of psychology professionals.

KEYWORDS: Expectations, Psychological Screening, Treatment dropout.

Não é bastante não ser cego para ver as árvores e as flores. É preciso também não ter filosofia nenhuma.

Alberto Caeiro

Este trabalho é fruto de uma pesquisa de mestrado e de nossa experiência como supervisoras de estágio em psicologia clínica.

1 | DO VIVIDO AO TESTEMUNHO, POR UMA DAS AUTORAS.

Ingressei no Serviço-Escola como psicóloga responsável pela triagem dos pacientes em 2005, ano em que o serviço foi inaugurado. Passei então a estudar o processo de triagem interventiva, a partir da proposta de Ancona-Lopez S. (1996), compreendendo que esse momento deveria ser significativo para o paciente - e não só um procedimento para decidir por um ou outro encaminhamento.

Em 2007, fui convidada para ser supervisora do estágio de psicoterapia breve de orientação psicanalítica. Desde então, atuo nos dois momentos: triagem e psicoterapia. No primeiro, diretamente com os pacientes e, no segundo, com os estagiários. Foi como supervisora de estágio em que me deparei com uma questão que muito me angustiou: o alto índice de desistência das pessoas que iniciavam o processo de psicoterapia e interrompiam-no nas primeiras sessões.

Em 2010, realizei um levantamento revelando que 69% dos pacientes que iniciaram atendimento psicológico no serviço em 2009 desistiram logo no início do processo. Despertava atenção o fato de que geralmente eles ficavam meses na lista de espera, compareciam à triagem ou plantão com suas expectativas e, depois, algo os desmotivava. As variáveis eram muitas. Desde dificuldades financeiras para chegar até o serviço, dada à precária condição econômica de grande parte dos inscritos, o tempo entre a triagem e a psicoterapia – em média oito meses de espera, e provavelmente uma distância entre o ideal do estagiário que queria aplicar sua teoria e o paciente que buscava aliviar sua dor.

Foi uma atitude simples, por mim adotada no estágio em Psicoterapia Breve, no primeiro semestre de 2010, que parece ter sido responsável pela grande redução do índice de desistência. Os estagiários foram orientados a perguntar, na primeira entrevista de psicoterapia (os pacientes já tinham sido triados), o que eles esperavam dos atendimentos psicológicos.

Trabalhar com esse material em supervisão junto aos estagiários favoreceu um engajamento no tratamento de 75% dos pacientes nesta modalidade de estágio naquele semestre, enquanto o índice desistência foi reduzido a 25%. Comparado

a 2009, e considerando que uma das variáveis entre um ano e outro foi a escuta das expectativas e a análise destas, a hipótese é que esta intervenção possa ter influenciado positivamente a adesão à psicoterapia.

Meu percurso profissional foi, desde a graduação, voltado para a clínica - mas o que é a clínica? Para Foucault (2004), o nascimento da clínica deu-se na França entre os séculos XVIII e XIX. O médico pré-Revolução Francesa era um ser dotado de saber sobre o outro, um saber inquestionável, um olhar privilegiado. Para o autor, as mudanças de paradigma decorrentes da revolução impuseram a construção de um saber científico que nasce da dúvida e não mais da certeza.

Clinicar é, portanto, um ato de desdobrar-se, inclinar-se diante de um paciente munido de um olhar específico que possibilite a construção de um saber. Não é um olhar qualquer, desprezioso - mas um olhar de quem ainda não sabe. Então, a clínica é soberana pois é, a partir dela, que torna-se possível construir algum saber sobre aquele sujeito que sofre.

E o que confere um caráter clínico à prática psicológica? É o fato de ela ser a clínica do sujeito e não das patologias. Sustenta-se na relação entre pessoas e, nesta relação, o psicólogo está interessado em sua radical singularidade: como esse sujeito articula seu sofrimento, como o vivencia, como constrói seus significados. A presença da prática clínica nas diversas áreas, mesmo nos diferentes estágios dos Serviços-Escola, contribui para o não-apagamento do sujeito para que a técnica não prevaleça sobre essa singularidade.

Uma experiência vivida quando era recém-formada, no meu primeiro emprego como psicóloga em uma instituição que atende crianças portadoras de deficiência mental, foi marcante. Fui trabalhar no setor de estimulação precoce. Atendia crianças de zero a quatro anos, com o objetivo de estimular o desenvolvimento. Ao atender um bebê com síndrome de Down, comecei a orientar a mãe. Dizia a ela da importância de começar a colocar o bebê para engatinhar. Insistia nesta orientação e percebia que a criança não evoluía. Perguntava-me se eu não estava conseguindo orientar a mãe devidamente ou se ela não estava investindo o suficiente na criança. Eu seguia todas as orientações do programa. Mas sem resultado.

Um certo dia, chamei a mãe para conversar e disse que percebia que ela não colocava o bebê para engatinhar. Perguntei a ela o que ela esperava dos atendimentos, do trabalho que realizávamos com a criança. Ela me disse, emocionada, que antes de esperar que ele engatinhasse, esperava que ele sobrevivesse, pois ele tinha comorbidades como uma cardiopatia e problemas pulmonares, que a impediam de colocá-lo para engatinhar, já que morava em uma casa de chão batido e este estava sempre úmido.

Esta experiência foi a semente da compreensão de que, ao atender um paciente, devo antes de tudo escutar não só as suas necessidades, muitas vezes por mim inferidas, mas suas expectativas. Para, a partir daí, pensar o que aquela pessoa precisa e espera - e o quanto é possível então fazer.

2 | A ENTREVISTA DE TRIAGEM PSICOLÓGICA: O ENCONTRO DE UM SENTIDO.

A entrevista de triagem psicológica traz uma discussão acerca do seu objetivo. Quais são as características da entrevista de triagem psicológica? O que se pode esperar desse momento? Quais os elementos necessários para que ela exista não só como mais um acontecimento na vida das pessoas, mas sim como uma experiência vívida e vivida?

O termo triagem traz no seu escopo a ideia de escolher, separar, discriminar (HOUAISS; VILLAR, 2001). De acordo com a literatura sobre triagem, tradicionalmente a triagem psicológica tem como objetivos coletar dados, levantar hipóteses diagnósticas e verificar que tipo de atendimento a pessoa necessita a fim de encaminhá-la da forma mais adequada possível (AGOSTINHO, 2003; AGUIRRE, 1987; ANCONA-LOPEZ, 1996; HERZBERG, 1996; MACEDO, FALCÃO e WERLANG, 2009; MARQUES, 2005; ROMARO, 2010; SALINA e SANTOS, 2002).

De forma sintética, Herzberg (1996, p. 148) menciona que “a função básica da triagem, que pode ser feita em uma ou mais entrevistas, é se chegar a uma conclusão, na medida do possível, quanto ao(s) ‘melhor’ encaminhamento(s) do(s) cliente(s)”

Estudos também mostram que a triagem é, por si só, uma intervenção psicológica cujo significado é dado no campo relacional que se estabelece entre paciente e o profissional (ANCONA-LOPEZ, 1996; PERFEITO e MELO, 2004). Um momento de acolhimento da demanda de cada um, e não de resposta. Cria-se assim um efeito de escuta dessa demanda, que permite ao paciente poder ver-se responsável por ela. E, falando de si à instituição, recebe de volta uma pergunta sobre o que quer, o que deseja, o que espera (SALINAS; SANTOS, 2002).

A entrevista de triagem é a primeira entrevista de um processo. É uma porta de entrada não só para a instituição, mas também para a possibilidade de um encontro consigo mesmo. Momento importante, que deve ser cuidado porque tem influência no desenvolvimento do trabalho posterior. Uma função onde Fiorini (2008, p. 63) destaca o papel crucial que desempenha o primeiro contato com o paciente e afirma que “a maneira pela qual o terapeuta maneja essa primeira entrevista pode ter uma influência decisiva na continuidade ou abandono do tratamento e, caso este seja mantido, na eficácia que o processo terapêutico possa vir a alcançar”.

A partir de um estudo sobre triagem estendida, Herzberg e Chammas (2009) discutem a importância deste processo pela possibilidade de oferecer, às pessoas que procuram atendimento nos serviços-escola, a vivência de uma experiência terapêutica que permite que possam refletir sobre o que se deseja e se apropriem, em certa medida, de suas questões. Assim, segundo as autoras, a triagem não necessariamente leva a um encaminhamento, podendo até mesmo ser conclusiva em si mesma.

A triagem psicológica é uma entrevista clínica, portanto exige a construção de um raciocínio clínico desde o primeiro contato. O que significa que este encontro é pautado não apenas na escuta, mas em uma compreensão que leve a uma atitude por

parte do psicólogo. A entrevista clínica é um instrumento que configura uma relação de ajuda, em que os envolvidos desempenham papéis e funções diferentes

O paciente busca uma ajuda e atribui ao terapeuta a capacidade de auxiliá-lo em suas dificuldades. No que se refere ao terapeuta cabe-lhe situar a entrevista clínica no domínio de uma relação profissional. Se por um lado ao assumir as responsabilidades profissionais que tem com o paciente implica reconhecer a assimetria presente na relação terapêutica, por outro essa constatação confere ao terapeuta a responsabilidade sobre a condução do processo. (MACEDO; CARRASCO, 2005, p. 26).

A entrevista clínica pode ser compreendida como um conjunto de técnicas de tempo delimitado, objetivando a investigação, que descrevam e avaliem aspectos pessoais, relacionais ou sistêmicos (indivíduo, casal, família, rede social) em um processo que possibilite recomendações, encaminhamentos ou propor alguma intervenção em benefício da pessoa entrevistada (TAVARES, 2000). A entrevista de triagem psicológica pode ser realizada a partir de diferentes instrumentos e procedimentos (MOURA, 1995), sendo que o instrumento mais utilizado é a entrevista semiestruturada, que implica em uma liberdade ao paciente para que exponha suas ideias e seus problemas, começando por onde preferir e incluindo o que desejar (OCAMPO, ARZENO; PICCOLO, 1987).

Por tratar-se de um processo, que utiliza a entrevista semiestruturada, algumas questões se tornam imprescindíveis. O motivo da consulta, a queixa manifesta, a história dessa queixa (desde quando, fatores que a pessoa associa com o início da queixa), a compreensão que a pessoa tem sobre a isso, as relações familiares, sociais, laborais, dados sobre família de origem, tratamentos anteriores, percepções acerca do atendimento psicológico e outras informações relevantes em cada caso.

Cabe ao psicólogo, que conduz a entrevista de triagem, ajudar o paciente a ter alguma clareza sobre seu sofrimento e necessidades, procurando informar e esclarecer sobre as possibilidades de atendimento e, ao mesmo tempo, lidar com as fantasias e ansiedades do paciente (AGUIRRE, 1987). A entrevista psicológica, portanto, é uma relação, em que um dos integrantes é o técnico em psicologia e, o outro, é aquele que necessita de sua intervenção técnica. Consiste em uma relação humana na qual um dos integrantes deve procurar saber o que está acontecendo com o outro e deve encaminhar a entrevista segundo esse conhecimento (BLEGER, 1998).

Para que um psicólogo ou estagiário de psicologia realize uma entrevista psicológica consistente, é necessário que este tenha um profundo interesse nos fenômenos psíquicos e no sofrimento humano. Para conduzir uma entrevista deste tipo, é necessário que o entrevistador tenha clareza de seus objetivos e dos dados que são relevantes para atingi-los (MARQUES, 2005).

São elementos essenciais da triagem, segundo Herzberg (1996), a escuta da demanda e das expectativas dos pacientes, se a pessoa precisa de atendimentos emergencial ou não, e a realização do que autora chama de “mini anamnese” para coleta de dados importantes que não foram referidos espontaneamente.

O psicólogo clínico deve ser um bom observador. Ao entrevistar uma pessoa, a forma como essa pessoa se apresenta, sua postura corporal, seus gestos, como cuida ou não do corpo, podem revelar não só o manifesto e o consciente, mas também o latente e aspectos inconscientes.

Desde os estudos sobre histeria, Freud (1895/1976a) descrevia com detalhes as observações que fazia sobre o comportamento não verbal de seus pacientes. Foi a partir destas observações que ele teorizou, por exemplo, sobre a “*belle indifference*” das histéricas.

Contrariamente à imagem caricatural do psicanalista mudo, distante e passivo, concebo a presença do analista como uma presença plena, ativa, inteiramente focalizada na pessoa do paciente. Na minha opinião, o clínico deve ser um observador minucioso, atento não somente às falas e aos silêncios do analisando, mas também às suas manifestações corporais. De fato, uma boa escuta começa por uma boa observação. A partir do momento em que recebo o paciente na sala de espera, toda minha sensibilidade fica despertada, seja minha sensibilidade visual, auditiva, olfativa, até mesmo tátil, quando, por exemplo, aperto sua mão e a sinto fria, mole ou úmida. Da mesma forma, presto uma atenção particular aos pacotes e objetos que, às vezes, traz consigo...fico atento às expressões distraídas do rosto e às mensagens sutis dos olhos. Em suma, um psicanalista não escuta exclusivamente com seus ouvidos, sendo receptivo a todos os sinais pelos quais um ser comunica sua vida. (NASIO, 2002, pp. 13-14).

A linguagem não se restringe às palavras, mas principalmente à relação entre estas e o corpo ao qual pertence a boca que fala. “A fala emerge enquanto um gesto de um corpo, que é todo uma relação de sentido com o mundo” (FURLAN; BOCCHI, 2003, p. 444). Portanto, em uma entrevista de triagem psicológica, deve-se pensar que o corpo precipita as palavras e essas ganham sentido quando associadas ao comportamento não verbal.

No caso do serviço em que essa pesquisa foi realizada, a proposta da triagem é a interventiva.

As entrevistas de triagem, pensadas como um processo interventivo, propõem que o psicólogo se coloque disponível às diferentes demandas, procurando transformar estes encontros em um processo que dê ao cliente a oportunidade de engajar-se no seu próprio atendimento, tornando-se responsável pelo seu problema e avaliando com ele qual o alcance de uma intervenção imediata ou quais as possibilidades de encaminhamento, evitando a postura tradicional de ignorar as intervenções possíveis e enviar o cliente para a psicoterapia, desconhecendo suas necessidades. (ANCONA-LOPEZ, 2005, p. 244).

Em outras palavras, isto significa que a triagem interventiva não visa apenas coleta de dados, identificação da demanda e encaminhamento adequado. Além destas funções, constitui-se também como cuidado, abrindo sua escuta para aquilo que o paciente tem a dizer, o que o mobilizou a procurar ajuda psicológica (ROCHA, 2011). É interventiva porque tem o objetivo de oferecer às pessoas que buscam atendimento psicológico uma posição de quem pode se beneficiar do processo – se apropriar de sua demanda, e não só oferecer o lugar de um “objeto de estudo” (BARBIERI, 2008).

A triagem, sendo a primeira entrevista, o primeiro contato, é também o início de

um possível tratamento e revela um conteúdo que deve ser considerado e analisado. Freud (1913/1976c), que já se interessava sobre a forma e o conteúdo em relação às primeiras falas de seus pacientes, fazia sobre esse início de tratamento uma analogia com o jogo de xadrez, afirmando que a forma como o jogador movimenta a primeira peça vai conduzir todo o resto daquela partida.

Assim, por onde e forma como a pessoa começa a falar de si, em uma entrevista psicológica, revela-se parte de como ela se coloca (ou não se coloca) no mundo, nas relações consigo e com o outro.

3 | DA BUSCA À DESISTÊNCIA.

A procura por atendimento psicológico parece ser sempre motivada por um sofrimento, um momento de dor, de dúvida ou de esperança. Ligar em um serviço, se inscrever para atendimento psicológico, caracteriza um pedido de ajuda.

Nos serviços-escola, via de regra, há listas de espera como mostram os estudos de Ancona-Lopez (1981); Campezatto e Nunes (2007); Guerrelhas e Silveiras (2000); Herzberg e Chammas (2009); e Peres (1997). No serviço-escola em que esse estudo foi realizado os pacientes frequentemente entram em contato para saber em quanto tempo serão chamados. Há explicitamente um desejo de atendimento psicológico. No entanto, dos pacientes que são atendidos em triagem e encaminhados à psicoterapia, um alto índice não adere ou desiste do atendimento nas primeiras entrevistas.

Segundo Fiorini (2008), de cada 100 pacientes que comparecem às primeiras entrevistas em instituições entre 30 a 65 abandonam de imediato o processo.

O autor afirma que o fenômeno da desistência é multifatorial, devendo-se considerar tipo de paciente, grupo familiar, condições culturais e socioeconômicas ou características da instituição e do terapeuta. Mas dá um enfoque importante para o papel particular que pode desempenhar a condução da primeira entrevista na determinação da adesão ou desistência em relação à psicoterapia.

Frequentemente, a triagem é realizada de modo breve e superficial, podendo levar ao abandono em função de um encaminhamento pouco indicado à demanda (HERZBERG; CHAMMAS, 2009). O abandono precoce do tratamento é um entrave importante no desenvolvimento da aliança terapêutica. Refletir sobre o abandono, e não apenas aceitá-lo como um problema ou resistência do paciente, permite o aprimoramento técnico dos terapeutas (BENETTI; CUNHA, 2008).

É importante ressaltar aqui qual é o conceito de abandono que está sendo utilizado nesta pesquisa. Em alguns estudos considera-se abandono tanto pessoas que nem iniciam a psicoterapia como aquelas que a interrompem após um número de sessões, por considerarem ter havido uma melhora e não necessitarem mais de atendimento (RENK; DIGER, 2002; BUENO et. al., 2001). Outras pesquisas consideram abandonantes aqueles que não retornaram após a primeira consulta

(MELO; GUIMARÃES, 2005; LHULLER et. al., 2006; MARAMBA; HALL, 2002; GARFIELD, 1989).

O critério de abandono adotado nesta pesquisa é o de Bueno et. al. (2002) e Weisz et. al. (1987), que consideram abandono o não comparecimento dos pacientes que passaram por acolhimento (triagem) e também aqueles que iniciaram psicoterapia e não deram continuidade. Os casos inscritos apenas, que não passaram por nenhum tipo de atendimento no serviço e que não comparecem à triagem, não são aqui computados como abandono.

Assim, considera-se abandono o não comparecimento definitivo da pessoa após uma consulta, no mínimo, com ou sem justificativa. Quando há justificativa, várias são as causas explícitas: dificuldades de condução, imprevistos na vida de forma geral, incompatibilidade de horário, remissão da queixa inicial, insatisfação com o atendimento, dentre outros.

Mas pode haver algo implícito nesta desistência do atendimento psicológico: o hiato entre o que o paciente deseja e o que ele encontra realmente nos atendimentos. De um lado, a expectativa do paciente é sempre pelo alívio de seu sofrimento, de sua dor consciente que o afeta de forma direta e para ele de forma concreta. Sua dor é real. De outro, o profissional de psicologia, com teorias construídas durante a formação e suas experiências. É o profissional, a partir da atitude clínica, quem vai silenciar suas expectativas para escutar a expectativa, o desejo do seu paciente. O que seria atitude clínica?

Consideramos que atitude clínica é uma experiência subjetiva que é objetivada na relação com o cliente. É, portanto, a representante de um fenômeno interno complexo, na medida em que muitas variáveis concorrem para sua produção: o conhecimento teórico, as experiências pessoais, as diversas identificações, as fantasias sobre o papel do psicológico, as possibilidades de experimentação e investigações de vivências anteriores, e a capacidade de conter as ansiedades e de preservar os limites da própria identidade no contato com o cliente. Para empatizar com o cliente é necessário poder colocar-se no lugar deste, sem, porém confundir-se com ele. (AGUIRRE et al, 2000, p. 54).

Empatizar com o paciente é, antes de qualquer coisa, criar empatia com o sofrimento, mola propulsora de sua procura por atendimento psicológico. Esse sofrimento pode ou não gerar uma demanda para psicoterapia. Origina-se daí a necessidade de escutar o desejo do paciente e a suas expectativas em relação ao trabalho de um psicólogo.

Outro hiato que se estabelece entre psicólogo e paciente, segundo Dimenstein (2000), diz respeito à diversidade cultural. Geralmente pertencentes a diferentes grupos sociais, essas diferenças definem os modelos de subjetividade de cada um. Para o psicólogo, a representação do sujeito psicológico, individual e único, com uma interioridade psicológica. Para as classes populares, o sujeito também é compreendido em sua coletividade, com suas tradições e costumes onde as redes de reciprocidade e de solidariedade condicionam as existências individuais.

4 | DO MANIFESTO AO LATENTE, A ESCUTA DAS EXPECTATIVAS:

O estudo que originou esse capítulo delineou algumas queixas recorrentes que motivam a busca por atendimento. A partir da triagem de dez pacientes, e utilizando-se a análise de conteúdo de Bardin, chegamos aos resultados apresentados na tabela a seguir:

Prevalência de respostas a partir das categorias propostas para análise de conteúdo.

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	N
QUEIXA MANIFESTA	Depressão	05
	Ansiedade/Irritação	03
	Inibição/Retraimento	02
QUEIXA LATENTE	Desvalorização de si	05
	Sentimento de abandono	03
	Rigidez/Onipotência	02
EXPECTATIVAS	Cura da queixa manifesta	10
	Ter com quem conversar	07
	Encontrar respostas	02
	Conhecer-se	01

A partir deste ponto, discutiremos o material das entrevistas de triagem e os nomes utilizados são fictícios, preservando a identidade dos pacientes.

5 | QUEIXA MANIFESTA

A queixa manifesta refere-se aos motivos que dispararam a procura por atendimento psicológico. É acessada pelo sujeito no campo da consciência (OCAMPO; ARZENO, 2009) e pode ser traduzida em palavras ao entrevistador.

Dos dez casos apresentados, cinco apresentaram, como queixa manifesta, depressão. Estes pacientes receberam em algum momento tal diagnóstico por um médico. Todos estavam fazendo uso de antidepressivo. Referem sintomas compatíveis com tal diagnóstico como insônia ou hipersonia, perda ou ganho de peso significativo nos últimos meses, desânimo para as atividades cotidianas, perda de concentração, fadiga, agitação psicomotora, autodepreciação, descritos pela American Psychiatric Association (2013) no DSM V.

Não é objetivo da triagem fazer um diagnóstico para confirmar se são casos de depressão, se tem comorbidades ou ainda de que tipo de depressão se trata, se de uma reativa ou de uma depressão maior. Tampouco o diagnóstico psicológico objetiva uma classificação nosológica. Mas, de qualquer forma, todos os entrevistados encontram motivos e possuem uma explicação para o sofrimento que os acomete.

Embora os motivos sejam diferentes, os que se apresentaram como deprimidos

apontaram para algo em comum: o luto pela perda do objeto idealizado, que será discutido posteriormente em queixa latente.

Três participantes do sexo feminino autorreferem ansiedade e irritação constantes. Apresentam em comum uma insatisfação com a vida. Apontam dificuldades nas relações familiares desde crianças. Duas referem inibição e retraimento em diferentes cenários, cada uma a sua maneira e a partir de suas histórias de vida. Uma delas sofre de uma disfunção sexual que associa com seu retraimento.\

6 | QUEIXA LATENTE:

A queixa latente, ligada aos motivos mais profundos que levaram à busca por ajuda psicológica, tem sua inscrição muitas vezes no registro inconsciente (OCAMPO; ARZENO, 2009).

Cinco participantes apresentaram como queixa latente uma desvalorização de si, sentimentos de menos valia e de não conseguirem dar conta de suas vidas. Sentimentos que não conseguem acessar claramente, mas que os acompanham desde suas relações primárias.

Entre os cinco, dois buscam no olhar do outro um reconhecimento de existência e de valor, alguém que possa autorizá-los a crescer. Referem dificuldades para aprender e uma sensação de inferioridade desde crianças. Parecem ter perdido a esperança de serem amados pelo que são. Apontam para uma sensação de abandono, de solidão, de serem menos, de exclusão. Buscam agradar o outro, temem decepcionar por medo de atualizarem essas vivências. Construíram ao longo da vida um ideal de eu marcado pela submissão. Diante das frustrações que a vida coloca, descortinam para si uma morte desse ideal, o de satisfazer o outro a qualquer preço. Veem-se então frente-a-frente consigo mesmos.

Mas se para eles a própria existência é marcada a partir do outro, o que resta quando se percebem separados desse outro? O que os garante? Veem-se incapazes de existirem por si e a partir de si.

Helena* trata da dificuldade da família em geral, de forma especial a mãe, de se comunicar. Parece precisar de algo que é anterior à linguagem - precisa ser olhada. Queixa-se de não encontrar, dentro de si, bons objetos que possam ser expostos e admirados por alguém. Fala de uma família que não conversa entre si e que pouco a vê.

Lívia* espera amor e reconhecimento. Com voz de criança, apresenta-se frágil, desamparada e só. Diz ter sido criticada pela mãe desde muito cedo e acredita que isso gerou nela uma autodesvalorização. Casou-se várias vezes com pessoas vistas por ela como inferiores financeira e culturalmente, buscando talvez um lugar de valor superior. Em contrapartida, parece haver também uma crença de que ela não é capaz de atrair pessoas mais interessantes e luta para transformar seus companheiros em pessoas melhores sob seu ponto de vista, o que gera profunda insatisfação.

Irene*, na sua eterna insatisfação, parece viver uma falta perene, insuportável e necessária, sendo marcada pelo inevitável encontro com a falta. Uma questão central da histeria, como Freud (1911/1976b) desde a interpretação dos sonhos sublinha, e que o indivíduo histérico deseja justamente que seu desejo permaneça insatisfeito. Nesta insatisfação, sente-se desvalorizada e incompleta. Segundo seu relato, “o problema de tudo foi ter nascido mulher. Não que eu não goste de ser mulher, mas não posso ser como a maioria das mulheres, fracas e sem graça. Mas como? Nascer mulher já é problema!”

Outros três participantes parecem sofrer a angústia do abandono - um abandono primário, ligado às primeiras relações. Sentimentos traduzidos em sintomas onde a busca por pertencer a alguém se tornou imperativa.

Ana* busca no outro, no sexo e no uso de substâncias químicas o elo perdido com os pais. Segundo Osório (1989), a busca pelas drogas e pelo sexo na adolescência pode estar associada a uma tentativa de reeditar a relação primordial e narcísica com a mãe, com a sensação de ser único e um com ela. Experiência ilusória de plenitude. Se o sujeito não experimentou isso suficientemente, busca compulsivamente essa ilusão narcísica de satisfação plena. Busca um corpo que a acomode, que a sustente, braços que a acolham. Necessidades primárias.

Maria* vive a angústia do luto não elaborado. A perda do marido fez com que ela se sentisse só, e estar só parece ser insuportável. Não se trata da solidão pela ausência de alguém, mas sim do estar só consigo mesma. Relata que sua mãe era uma pessoa fria e distante, muito preocupada com os afazeres de casa e pouco afetiva. Na triagem foi dito a ela que talvez essa fosse a forma como a mãe sabia amar, cuidando da casa, o que devia incluir cuidar dos filhos. Ela ficou pensativa. Diz ter encontrado no marido a experiência de amar e ser amada. Que se realizou com ele, teve sonhos, realizou projetos, e que ao enterrá-lo, enterrou junto suas perspectivas. Parece saber racionalmente que ele não a abandonou, mas o sentimento que ela consegue acessar é de abandono. E assim, ela abandona a si mesma. Não consegue trabalhar, sustentar vínculos, viver.

Laura* diz sempre ter cuidado dos filhos e do marido. De vida simples, trabalhava e cuidava da casa. Refere um casamento difícil. Relata que o marido a agredia verbalmente, mas ela acreditava que o casamento só terminava com a morte, como havia prometido. Cuidou do marido doente por quatro anos, suportando suas agressões. Durante o adoecimento do marido, os dois filhos se casaram. Um deles ficou morando com ela. Depois da morte do pai, ele se mudou. Ela se queixa de solidão e de ter sido abandonada pelos filhos que pouco a visitam.

Parece expressar este sofrimento através de adoecimento: dor generalizada no corpo, hipertensão, falta de ar, conseguindo assim algum olhar, algum cuidado dos filhos e das noras. Seu corpo adoecido parece atender à duas necessidades: comunicar suas angústias e aproximar seus filhos. “Basta eu melhorar, ninguém mais se lembra de mim”. Ao relatar sobre suas doenças, tem uma expressão de alívio,

quase um ar alegre, talvez porque encontre no sofrimento do corpo uma forma de existir para o outro, de ser olhada, de ser amada.

Duas participantes apresentaram aspectos rígidos e onipotentes. Cada uma dentro de seu cenário, de sua história.

Marina* parece transitar entre a onipotência e a impotência, lutando desesperadamente contra as frustrações da vida. Se desespera frente ao real que se impõe. Um real que a atropela e a faz se sentir impotente. Luta contra a impotência, a perda do eu ideal, um ideal narcísico de onipotência que persegue. Quando se depara com as coisas como são - e se vê sem o controle das situações - desorganiza-se, descontrola-se. Não quer remédios, não quer ajuda, parece desejar sair desta situação magicamente e onipotentemente. Revela um ódio e ataca as possibilidades de ajuda. *“Vim aqui porque não tem outro jeito. Mas quem precisa de terapia não sou eu. O que adianta eu me tratar se as pessoas continuam sem noção?”*

Na sua fantasia onipotente, deprecia o trabalho dos estagiários: *“O que esses estagiários podem fazer por mim? São pessoas que estão aprendendo, e acho que eu tenho mais coisa para ensinar para eles do que eles para mim. Não sei do que vai adiantar eu vir aqui”*. Neste caso, a triagem foi realizada em três encontros a fim de, através da escuta, mobilizar nela o reconhecimento da necessidade de ajuda.

Cristina* reconhece sua rigidez. Fala de uma criação também rígida, sem abertura com os pais. Sofre no corpo uma severidade superegógica e não tem com quem dividir seu conflito intenso entre o desejado e o imaginariamente proibido.

7 | EXPECTATIVAS:

Todos os entrevistados afirmaram ter como expectativa primeira livrar-se de seus sofrimentos apresentados por eles através da queixa manifesta. Afirma Freud (1913/1976c, p.186) que “a força motivadora primária na terapia é o sofrimento do paciente e o desejo de ser curado que deste se origina”. Embora se saiba - e Freud também afirme - que esse desejo não é suficiente para manter a terapia, nesta pesquisa confirmou-se que o sofrimento e o desejo de cura se apresentam como motores da busca por terapia.

A partir dessa expectativa primordial, os participantes foram estimulados a dizer o que mais esperavam dos atendimentos. Dos dez, sete expressaram o desejo de ter com quem conversar.

Conversar parece algo simples, possível nas relações humanas e que não necessariamente precisa de um espaço profissional para que tal atividade aconteça. Mas como afirma Outeiral (2005, p. 54), “é triste como perdemos na cidade nossa capacidade de conversar” (...). O desejo de ter um interlocutor prevalece aqui sobre as outras expectativas de forma significativa. Mas o que significa conversar em psicoterapia? Os estagiários que atenderam os participantes em psicoterapia foram

orientados em relação a essa expectativa. É necessário ter bom repertório não-erudito para poder conversar e, ao mesmo tempo, um conhecimento teórico que sustente essa “conversa”.

Isto significa que ao atender uma pessoa deve-se utilizar uma linguagem que ela compreenda, evitando complexidades e teorias, mas ao mesmo tempo, o conteúdo do que é dito deve estar alinhado com um saber teórico, que não é o mesmo saber do senso comum. Pode-se dizer que a teoria funciona nos atendimentos psicológicos como o alicerce de uma casa. Ninguém o vê exposto, mas ele está lá sustentando toda a construção. Assim é o conhecimento teórico, um alicerce da escuta e das intervenções psicológicas.

A presença de um outro que primeiro escuta e depois transforma o inominável em palavras com a neutralidade necessária, ajuda a transformar sentimentos em pensamentos como bem expressou um dos participantes. Possibilita a introjeção de bons objetos, a sua integração, e contribui para tornar tolerável o sentimento de solidão (QUINODOZ, 1993). O valor de um interlocutor, de uma presença viva na construção dessa capacidade já era sinalizada por Freud (1916/1976d, p. 474) ao afirmar que o medo do escuro nas crianças está relacionado ao temor da solidão – e relata ter ouvido um menino com medo de escuro dizer para sua tia: “fala comigo, tia, estou com medo. A tia diz: mas de que adianta isso, você nem está me vendo. Ao que o menino responde: mas quando alguém fala comigo a luz vem”.

Conversar, em psicoterapia, não significa fazer eco ao que o sujeito diz, mas sim e principalmente fazer com que esse sujeito que busca por ajuda psicológica possa se sentir compreendido naquilo que nem ele próprio compreende de si. Em um enfoque psicanalítico, “um chega com o desejo de ser compreendido em sua dor, e o outro escuta as palavras por ver nestas as vias de acesso ao desconhecido que habita o paciente” (MACEDO; FALCÃO, 2005. p.65). Assim, conversar pode ser traduzido por ter um alguém que escute com neutralidade, mas de forma empática, as dores do outro para que este encontre em si mesmo quem ele é.

O Diálogo dos Cães, de Miguel de Cervantes, ilustra o sentido dessa conversa específica e no que ela se difere das conversas descompromissadas. Trata-se de um diálogo entre dois cães, Berganza e Cipião:

Berganza:

Desde que eu cresci bastante para roer um osso, tenho tido vontade de falar e dizer as coisas enterradas em minha memória, esquecidas ou enferrujadas pelo tempo. Agora que eu descubro em mim, inesperadamente, esse dom da fala, quero aproveitá-lo para dizer aquilo de que consigo me lembrar (...)

Cipião:

Falou até de manhã (...) escutei sem interrompê-lo, a menos que isso fosse necessário (...) antes de continuar, seria bom que pudesse dar vida ao que a feiticeira lhe disse e descobrir, assim, se a grande mentira em que você acredita é verdade. (OUTEIRAL, 2005, p. 55).

A escuta, na triagem psicológica, não é uma escuta passiva. Mas é preciso primeiro escutar para compreender parte das verdades que aquele sujeito que fala construiu ao longo da vida.

Duas participantes manifestaram especificamente o desejo de obter respostas sobre o que fazer. Aprisionadas no outro, cada uma à sua maneira, acreditavam que o psicólogo lhes diria qual o caminho mais certo, mais fácil e, portanto, menos sofrido.

Apenas um dos entrevistados verbalizou o desejo de se conhecer melhor. Rígida e exigente, sofria no corpo através da disfunção sexual a contradição entre amar sexualmente e controlar-se. Parecia não se entregar para não perder o controle.

Embora se saiba que o processo de psicoterapia demanda tempo, e muitas vezes com resultados que não estão no tempo e nos objetivos esperados pelas pessoas que buscam atendimento (e possa levar à desistência ou abandono), algo precisa ser feito no sentido de identificar os motivos que levam à interrupção da psicoterapia em serviços-escola. E, assim, tentar dar novos significados ao encontro entre estagiário de psicologia e paciente, que só podem ser construídos na medida em que se compreenda o que a pessoa que busca atendimento psicológico espera receber.

Estar atento às expectativas pode ajudar o entrevistador a acessar o desejo inconsciente, permitindo assim uma compreensão maior e uma aproximação com o sofrimento da pessoa que busca ajuda. Escutar as expectativas não significa necessariamente satisfazê-las - mas compreendê-las, legitimá-las e auxiliar o paciente a se apropriar delas, elaborando-as em certa medida para o quanto é possível ou necessário fazer.

Por ser a porta de entrada de qualquer proposta de intervenção, a triagem é um dos momentos profícuos para dar voz às expectativas, compreendê-las e assim devolvê-las de forma mais clara e refletida ao entrevistado.

Os dez casos analisados traziam em si uma esperança de que, através do atendimento psicológico, poderiam ser ajudados - e foram.

As reflexões que se abrem a partir deste estudo dizem respeito aos preditores de abandono e desistência do atendimento psicológico, não só nos serviços-escola mas também em outros serviços públicos. E a quais elementos podem favorecer a aliança terapêutica. Não é possível afirmar que a escuta das expectativas promove uma maior adesão ao encaminhamento proposto.

Mas é possível pensar que a escuta e compreensão dessas expectativas possibilitam, como diz Ancona-Lopez (1996, p. 168) citando Mannoni, que “as personagens puderam ser postas em campo e algo pode ser feito”.

Acrescento que esse algo tem relação com o sentido dado às expectativas, uma aproximação entre o que pode ser feito em psicoterapia e o que espera legitimamente o paciente em relação ao seu atendimento. É no espaço da formação permanente, de um percurso de psicoterapia pessoal por parte do profissional que deve estar atento às próprias angústias e ansiedades, que o hiato entre as expectativas de um e outro encontra possibilidades de ser amenizado.

REFERÊNCIAS:

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-V: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed. 2013.

ANCONA-LOPEZ, M. **Avaliação de serviços de psicologia clínica**. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1981.

ANCONA-LOPEZ, S. **A porta de entrada: Da entrevista de triagem à consulta psicológica**. Tese de doutorado em psicologia clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 1996

ANCONA-LOPEZ, S. A porta de entrada: Reflexões sobre a triagem como processo interventivo. In C. P. Simon, L. L. Melo-Silva, & M. A. Santos (Orgs.). **Formação em Psicologia: serviços-escola em debate** (pp. 259-270) São Paulo: Vetor Editora. 2005

AGOSTINHO, M. L. **O porco-espinho, o menino do furacão e outras histórias: quadro de uma exposição psicanalítica**. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994/2003.

AGUIRRE, A.M.B. Triagem psicológica numa clínica-escola: funções e características principais. In: **Programa e resumos**. Reunião Anual de Psicologia, 17 (p. 227). Ribeirão Preto: Sociedade de Psicologia, 1987.

AGUIRRE, A. M. B, HERZBERG, E., PINTO, E. B., BECKER, E., CARMO. H. M. e SILVA, & SANTIAGO, M. D. E. (2000). A formação da atitude profissional do estudante de psicologia. **Psicologia USP**, v. 11, n. 1, pp. 49-62.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, LDA. 2010

BARBOERI, V. Por uma ciência-profissão: O psicodiagnóstico interventivo com o método de investigação científica. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 3, pp. 575-584. 2008

BENETTI, S. & CUNHA, T. Abandono de tratamento psicoterápico: implicações para a prática clínica. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 60, n.2, pp. 48-59. 2008

BLEGER, J. **Temas de Psicologia: entrevista e grupos**. São Paulo: Martins Fontes. 1998

BUENO, H. A., CORDOBA, J. A., ESCOLAR, P. A., CARMONA, C. A., RODRIGUES, G. C., et. al. El abandono terapéutico. **Actas Spain Psiquiatria**, v. 29, n. 91, pp. 33-40. 2001

CAMPEZATTO, P. & NUNES, M. L. Atendimentos em clínica-escola de psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 3, pp. 363-374. 2007

DIMENSTEIN, M. A cultura profissional e o ideário individualista: implicações para e prática no campo da assistência pública à saúde. **Estudos de Psicologia** (Natal), v. 5, n. 1, pp. 95-121, 2000.

FIORINI, H. J. **Teoria e técnicas de psicoterapias**. (2ª. ed, trad. M. S. Gonçalves). São Paulo: Martins Fontes. 2008

FOUCALT, M. **O nascimento da clínica**. (5ª. ed. R. Machado, trad). Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2001

FREUD, S. Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar. In **Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** (J. Salomão, trad., vol 2, pp 41-60). Rio de Janeiro: Imago, 1976a (Trabalho original publicado em 1895).

FREUD, S. O manejo da interpretação de sonhos na psicanálise. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. (J. Salomão, trad., vol 12, pp. 119-127). Rio de Janeiro: Imago, 1976b. (Trabalho original publicado em 1911).

- FREUD, S. Sobre o Início do Tratamento. In Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad., vol 18, pp.164-187). Rio de Janeiro: Imago, 1976c. (Trabalho original publicado em 1913).
- FREUD, S. Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. In Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad., vol 16). Rio de Janeiro: Imago, 1976b. (Trabalho original publicado em 1916).
- FURLAN, R. & BOCCHI, J. C. O corpo como expressão e linguagem em Merleau-Ponty. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 3, pp. 445-450, 2003.
- GARFIELD S. Giving up on child psychotherapy: Who drops out? Comment on Weisz, Weiss and Langmeyer. **Journal Consult Clinical Psychology**, v. 55, n. 6, pp. 168-169, 1989.
- GUERRELHAS F. & SILVARES, E. Grupos de espera recreativos: proposta para diminuir o índice de evasão em clínica-escola de psicologia. **Temas de Psicologia**, v. 8, n. 3, pp. 313-321, 2000.
- HERZBERG, E. Reflexões sobre o processo de triagem de clientes a serem atendidos em Clínicas- Psicológicas-Escola. In: Repensando a formação do psicólogo: da informação à descoberta. Campinas, **Coletâneas da Ampepp**, v. 1, p. 9, pp. 147-154, 1996.
- HERZBERG, E. & CHAMMAS, D. Triagem estendida: serviço oferecido por uma clínica-escola de Psicologia. **Paideia (Ribeirão Preto)**, v. 19, n. 42, pp. 107-114, 2009.
- HOUAISS, A. & VILLAR, M. S. Triagem. In **Dicionário Houaiss** eletrônico da língua portuguesa. (CD-ROM). São Paulo: Objetiva, 2001.
- LHULLIER, A., NUNES, M.L. & HORTA, B. Preditores de abandono de psicoterapia em pacientes de clinica-escola. In Silvares E. (Org). **Atendimento psicológico em clinicas-escola** (pp. 229-256). Campinas: Alinea, 2006.
- MACEDO, M. M. K. & CARRASCO, L. K. A entrevista clínica: um espaço de intersubjetividade. In: **(Con)textos de entrevistas: olhares diversos sobre a interação humana** (p. 26). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. .
- MACEDO, M. M. K. & FALCÃO C.N.B. A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta. **Psyche**. v. 9, n. 15, pp. 65-76, 2005, jan. .
- MARAMBA G.G. & HALL, G. C. N. Meta-analyses of ethnic match as a predictor of dropout, utilization, and level of functioning. **Cultur Divers Ethnic Minor Psychol.** v. 8, n. 3, pp. 290-7, 2002.
- MARQUES, N. Entrevista de triagem: espaço de acolhimento, escuta e ajuda terapêutica. In M. M. K. Macedo (Org.), **Fazer Psicologia: uma experiência em clínica-escola**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- MELO, A.P., & GUIMARÃES, M.D. Fatores associados ao abandono do tratamento psiquiátrico em um centro de referência em saúde mental de Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v..27 n. 2, pp. 113-118, 2005.
- NASIO, J-D. **Um psicanalista no divã**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005..
- OCAMPO, M. L. S. de, & ARZENO, M. E. G.. A entrevista inicial (M. Felzenszwalb, trad.). In M.L.S. Ocampo, M.E.G. Arzeno, E.G. Piccolo & cols. **O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**, (11 ed, pp. 15-46). São Paulo, SP: Martins Fontes, 2009.
- OUTEIRAL, J. **Conhece-te a ti mesmo**. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2005. .
- OSÓRIO, L. C. **Adolescente hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1989.
- PERES, V. Triagem psicológica grupal: Procedimento e resultados obtidos com lista de espera de

crianças, adolescentes e adultos, em uma clínica-escola de psicologia. **Paidea (Ribeirão Preto)**, v. 11, n. 13, pp. 63-76, 1997.

PERFEITO, H. C. C. S. & Melo, S. A. de. Evolução do processo de triagem psicológica em uma clínica-escola. **Estud. Psicol. (Campinas)**, v. 21, n. 1, pp. 33-42, 2004.

QUINODOZ, J-M. **A solidão domesticada**. (F.F. Settineri, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

RENK, K; DINGER, T.M. Reasons for therapy termination in a university psychology clinic. **Journal of clinic psychology**, v. 58, n. 9, pp. 1173-1181, 2002.

ROCHA, Maria Cristina. Plantão psicológico e triagem: aproximações e distanciamentos. **Revista do NUFEN**, v. 3, n. 1, pp. 119-134, 2011.

ROMARO, R. A. Triagem psicológica em diferentes contextos. Mesa redonda apresentada no III Congresso Brasileiro Psicologia: Ciência & Profissão. **Anais**. São Paulo, 2010, set.

SALINAS, P. & SANTOS M. A. Serviço de triagem em clínica escola de psicologia: a escuta analítica em contexto institucional. **Psychê**, v. 6, (n. 9, pp. 177-196, 2002. .

TAVARES, M. A entrevista clínica. In J. Cunha et al, **Psicodiagnóstico V** (pp. 45-56). Porto Alegre: Artmed, 2000.

ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA PARA AVALIAR AS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO, PARA PROFISSIONAIS PORTUGUESES DO CONTEXTO SOCIAL

Ana Berta Correia dos Santos Alves

Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de
Educação
Viseu – Portugal

Susana Barros da Fonseca

Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de
Educação
Viseu – Portugal

Lia João Pinho Araújo

Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de
Educação
Viseu – Portugal

RESUMO: Assiste-se a um aumento de problemas de saúde psicossocial - stresse ocupacional e burnout - nos profissionais com intervenção em contextos sociais e humanos (VICENTE et al., 2013). O autocuidado pode constituir-se como uma proteção, pois está associado ao aumento do bem-estar geral e à menor perceção de stresse (MARTORELL-POVEDA et al., 2015). Dada inexistência de um instrumento validado para a população portuguesa capaz de mensurar o autocuidado, validou-se a Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado – EACAC (SILVA; KIMURA, 2002). Esta escala permite estimar as habilidades individuais fundamentais para a autoavaliação e a interpretação de dados, a utilização de recursos e a execução de ações

para promover e manter a saúde e o bem-estar. A validação contemplou a adaptação cultural e a verificação das propriedades operacionais e psicométricas. Os resultados permitiram considerar a EACAC válida para a amostra, constituída por profissionais do contexto social (n=200). O instrumento revelou propriedades psicométricas adequadas, no que concerne à sua consistência interna ($\alpha=0,879$). A análise fatorial exploratória realizada permitiu constatar que os fatores extraídos explicam uma percentagem considerável da variância (58,3%). A EACAC pode beneficiar a determinação das capacidades de autocuidado, a relação com outras variáveis e a definição de ações educativas que promovam o bem-estar individual e organizacional, indo ao encontro das diretrizes de atenção à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Escala Autocuidado; Profissionais do contexto social; Promoção da saúde ocupacional.

ABSTRACT: There is an increase in psychosocial health problems - occupational stress and burnout - in professionals with intervention in social and human contexts (VICENTE et al., 2013). Self-care may be a protection, because it is associated with increased general well-being and reduced stress perception (MARTORELL-POVEDA et al., 2005). Given the lack of a validated

instrument for the Portuguese population able to measure self-care, the Self-Care Capacity Scale (EACAC) (SILVA; KIMURA, 2002) was validated. This scale makes it possible to estimate the individual skills essential for self-assessment and data interpretation, resource utilization, and the implementation of actions to promote and maintain health and well-being. Validation included cultural adaptation and verification of operational and psychometric properties. The results allowed to consider the valid EACAC for the sample, constituted by professionals of the social context (n=200). The instrument revealed adequate psychometric properties with respect to its internal consistency ($\alpha = 0.879$). The exploratory factorial analysis showed that the extracted factors explain a considerable percentage of the variance (58.3%). The EACAC can benefit the determination of self-care capacities, the relationship with other variables and the definition of educational actions that promote individual and organizational well-being, in accordance with health care guidelines.

KEYWORDS: Self-care Scale; Professionals from the social context; Promotion of occupational health.

1 | INTRODUÇÃO

Com vista à prevenção de acidentes, à redução de riscos de saúde químicos e físicos e à redução do número de horas de trabalho, assistiu-se, no começo do século XX, à implementação de algumas medidas políticas nos locais de trabalho, nomeadamente, nas sociedades ocidentais (JAMAL, 2007). Tais iniciativas dirigiam-se, sobretudo, à preocupação com ameaças à saúde física dos trabalhadores. Todavia, e a partir de meados do mesmo século, as preocupações com questões de saúde começaram a incidir, principalmente, numa ameaça mais específica do contexto de trabalho, o stress ocupacional e respetivas consequências físicas e psicossociais (GOMES. et. al, 2008).

Atualmente, o acentuado interesse pelo estudo do stress ocupacional assenta, para além das questões científicas e humanistas, nas preocupações económicas e políticas inerentes à severidade das suas consequências negativas, quer ao nível individual, quer para as próprias organizações (JAMAL, 2007).

O stress ocupacional traduz, numa perspetiva transacional, o desequilíbrio que a pessoa percebe entre determinadas exigências do trabalho e as suas capacidades para responder às mesmas (LAZARUS; FOLKMAN, 1984) e incorpora, segundo o modelo holístico de stress (NELSON; SIMMONS, 2003), tanto respostas positivas (eustresse), como negativas (distresse) a stressores de trabalho, com repercussões na satisfação profissional, na saúde e no bem-estar. A fase final do stress profissional crónico define-se por síndrome de *burnout*. Esta síndrome caracteriza-se pela experiência de estar emocionalmente esgotado, por atitudes e sentimentos negativos em relação às pessoas com as quais se trabalha e ao próprio papel profissional, apresentando três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e diminuída

realização pessoal (MASLACH; LEITER; SCHAUFELI, 2009). Esta resposta ocorre com mais frequência nos profissionais que trabalham em contacto direto com pessoas (VICENTE et al., 2013).

O stresse relacionado com o trabalho e o *burnout* nos profissionais que prestam serviços e cuidados humanos apresentam-se como conceitos relevantes e constituem temas importantes do ponto de vista social e individual, pois a sua ação negativa pode fazer sentir-se, não só no trabalhador, mas também em todos aqueles que constituem o seu ambiente pessoal e profissional (GOMES et al., 2008).

Entre estes profissionais, a literatura tem privilegiado aqueles com intervenção na área da saúde. Porém, a intervenção social é considerada uma área com elevada exigência e desgaste nos tempos atuais, por ser das mais implicadas nas situações de vulnerabilidade, em ambientes disfuncionais, complexos e conflituosos, de contacto face-a-face com voz para voz, compartilhando, com os clientes e familiares, momentos de medo, angústia, ansiedade e sofrimento (RITTER; VAKALAH; KIERNAM-STERN, 2009) que podem, eventualmente, colocar o profissional em situações de desproteção, estando já, na literatura, associados a conceitos como trauma vicariante e fadiga da compaixão (ACINAS, 2012).

Os teóricos têm argumentado que os recursos psicológicos e sociais, incluindo o autocuidado, podem proteger os indivíduos das consequências negativas do stresse. A prática do autocuidado surge entre os fatores de proteção relacionados com *burnout* (HERNANDEZ, 2003, cit. por IPINZA, 2010). Para Smith e Moss (2009, cit. por THOMPSON et al., 2011), o *coping* é uma reação ao stresse, enquanto que o autocuidado é uma prática pró-ativa em termos da prevenção do sofrimento. Para estes os autores, é claramente mais importante o autocuidado no controlo do distresse e prevenção de danos.

A promoção da saúde reconhece o autocuidado como uma estratégia fundamental de manutenção da saúde e da capacidade funcional, uma vez que este considera uma participação ativa e informada das pessoas na sua própria saúde, por forma a orientar a autoconsciencialização, aumentando a vigilância, controlo e compromisso (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2010).

Apesar de ser associado à prática de hábitos saudáveis na literatura, percebe-se que o autocuidado envolve uma complexidade maior, relacionado ao modo de existir de cada um no mundo, as suas reflexões, crenças, julgamentos, atitudes, gostos, valores e hábitos, representação sobre saúde, história de vida, experiências anteriores, o momento presente e o contexto social. Estes fatores vão além da ação de cuidar de si, eles envolvem a reflexão sobre esta prática e as suas consequências.

É, assim, um processo cognitivo, afetivo e comportamental no qual o indivíduo assume a responsabilidade pela própria vida, conquistando integridade nas relações consigo e com o mundo em que está inserido. Para o exercício do cuidar é necessário tempo para o próprio, realizar atividades prazerosas, sem o peso do dever, limitação ou obrigação (SEGURO et al., 2007).

Orem (2001) denominou *self-care agency* como a capacidade do indivíduo para se envolver em ações de autocuidado. A teoria do autocuidado proposta pela autora baseia-se na premissa que o indivíduo desenvolve e implementa um conjunto de ações para o próprio benefício, inicia e executa atividades capazes de satisfazer as suas próprias necessidades, a partir de determinados requisitos, que podem ser fisiológicos, de desenvolvimento ou comportamentais (OREM, 2001). Estas ações dirigidas ao controlo de fatores internos e/ou externos têm por finalidade preservar a vida, a saúde e o bem-estar, também afetivo e social.

As capacidades de autocuidado referem-se aos conhecimentos, habilidades e experiências que as pessoas precisam de ter para a realização do autocuidado. Esta capacidade de se envolver e executar ações que atendam às próprias necessidades está sujeita aos, designados por Orem (2001), fatores condicionantes básicos. Estes referem-se aos aspetos internos e externos ao sujeito que afetam sua capacidade para se ocupar do seu autocuidado, nomeadamente: a idade, o sexo, o estado de desenvolvimento e o estado de saúde; o meio sociocultural, o sistema de saúde, o sistema familiar, o padrão de vida, os fatores ambientais e a disponibilidade e adequação de recursos.

Na teoria do autocuidado de Orem (1991), a estrutura da capacidade de autocuidado está representada por três tipos de traços/capacidades para o desempenho de atividades: fundamental, capacitação e operacional. Se fosse viável ordená-las quanto à sua formação e desenvolvimento num triângulo, poderiam considerar-se na base as capacidades fundamentais, as operações de autocuidado no vértice e os componentes de poder (capacitação) localizados como uma ponte entre ambas. Os traços fundamentais são capacidades pessoais para o autocuidado que consideram a sensação, a perceção, a memória e a orientação, alguma alteração numa dessas capacidades afetará a ação deliberada da pessoa; já os traços de capacitação representam o poder dos componentes da agência de autocuidado, que são capacidades pessoais específicas necessárias para o desempenho de atividades de autocuidado (conhecimento, habilidades, energia para o autocuidado, mobilidade, motivação, tomada de decisão, habilidades interpessoais, valores para a saúde, metas propositadas e persistência) (GAST et al., 1989, cit. por SOUSA, 2002). Por último, os traços operacionais são capacidades para organizar os recursos pessoais e ambientais e as condições e fatores que poderiam ser significantes para o autocuidado (operações estimativas); julgamento e tomada de decisão sobre o que pode, deveria e atualmente faz (operações transicionais) e o desempenho real das ações de autocuidado (operações produtivas) (OREM, 2001).

No contexto laboral, o autocuidado é, de facto, reconhecido como um componente importante de desenvolvimento, já previsto em distintos códigos de ética e deontologia, numa lógica de melhor competência profissional (KOEHLER, 2012; FOUAD et al., 2009, cit. por AYALA, 2015). Um programa contínuo de autocuidado, ao longo dos percursos profissionais, é tanto uma obrigação profissional, como um direito pessoal

(BANKS; NOHR, 2008)

É neste sentido, conscientes da importância do autocuidado e de uma correta avaliação/ mensuração das capacidades para o mesmo, que nos propusemos a adaptar e a avaliar as propriedades operacionais e psicométricas de um instrumento de avaliação, mais especificamente, a Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado (EACAC), partindo da validação de Silva e Kimura (2002), que se sustenta no modelo teórico desenvolvido por Dorothea Orem (1991).

2. ESTUDO EMPÍRICO

Objetivo

O objetivo deste estudo centra-se na adaptação, validação e exploração das propriedades psicométricas da Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado (EACAC), de Silva e Kimura (2002), aplicada a profissionais portugueses do contexto social. Procurar-se-á, deste modo, salvaguardando os requisitos científicos do processo de adaptação, verificar a consistência interna e explorar a estrutura fatorial da escala quando aplicada a estes profissionais.

Método

Amostra

A amostra do estudo foi recolhida por conveniência e é constituída por 200 profissionais (169 do sexo feminino, correspondendo a 84,5% da amostra e 31 do sexo masculino, isto é, 15,5% da amostra), com intervenção/atuação em contexto social. Inclui, assim, todos os profissionais que trabalhem no âmbito da intervenção social, que integrem respostas sociais, sendo, portanto, independente do tipo de desempenho e habilitações literárias (4% com o 4º anos, 4,5% com o 6º ano, 14,5% com o 9º ano, 21% com 12º anos, 1% com bacharel, 42% com licenciatura, 12% com mestrado e 1% com doutoramento). A média de idades foi de 37,42 (DP=10,92), variando entre os 20 e os 65 anos.

Instrumento

O instrumento utilizado é constituído por dois grupos de questões. O primeiro grupo pretendeu reunir os dados pessoais e profissionais dos participantes, bem como recolher indicadores relativos à perceção de apoio/suporte social e à perceção de saúde e bem-estar, pois as capacidades de autocuidado podem ser afetadas, entre outros, pelo estado de saúde, os padrões de vida, o sistema familiar, o suporte

social (SILVA; KIMURA, 2002; OREM, 2001). Estas questões basearam-se, na sua construção, nas dimensões do Questionário de Estado de Saúde SF-36, versão 2 (FERREIRA; SANTANA, 2003).

O segundo grupo contemplou a Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado – EACAC, constituída por 24 itens que admitem respostas numa escala Likert de cinco posições: 1=discordo totalmente, 2=discordo, 3=nem concordo nem discordo, 4=concordo e 5=concordo totalmente e dizem respeito à disponibilidade, vontade e condições da pessoa modificar a sua vida, melhorando-a; também avalia os cuidados com a alimentação, higiene e peso. Os itens aferem, ainda, se os participantes procuram realizar adaptações para melhorar a própria saúde e se procuram a rede de apoio em caso de dificuldades com os procedimentos de autocuidado. O score da escala varia de 24 a 120 pontos, sendo que scores altos indicam um nível elevado de capacidades de autocuidado. A aplicação do instrumento pode ser realizada por entrevista estruturada ou questionário, sob as modalidades de autoadministração ou aplicação assistida (SILVA; KIMURA, 2002). Foi obtida autorização dos autores para a utilização e adaptação do instrumento.

Procedimento

O processo de validação transcultural de um instrumento envolve a transformação linguística e cultural do instrumento original para ser usado noutros países ou regiões de culturas e línguas diferentes, sem perder as suas propriedades psicométricas originais (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Esta adaptação pressupõe a combinação de duas etapas interligadas: (i) a tradução do instrumento e (ii) a sua adaptação cultural (equivalências conceituais e linguísticas), com verificação das propriedades psicométricas do novo instrumento e do estabelecimento de valores normativos para a nova versão em populações relevantes. O objetivo deste processo é assegurar a consistência entre a versão original do instrumento e a versão adaptada (FERREIRA; MARQUES, 1998).

No caso do instrumento em estudo, a EACAC, o processo de validação não necessitará de passar pela fase da tradução, pois, e de acordo com os pré-requisitos definidos por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), o facto da língua ser a mesma, ainda que num país distinto, permite a supressão desta fase.

Assim, num primeiro momento, procedeu-se à adaptação do questionário, adequando o português do Brasil para o português Europeu, na qual foram considerados os aspetos linguísticos/semânticos, idiomáticos e conceituais. Neste sentido, uma professora de Português ajustou o questionário original, procedendo à substituição de determinadas palavras e modificações na construção dos itens, por os considerar mais compreensíveis.

Posteriormente, realizaram-se dois momentos distintos de reflexões faladas

com a finalidade de testar a equivalência operacional, relativamente ao formato e à aparência visual, à compreensão das instruções, à compreensão dos diferentes itens, à recetividade aos conteúdos e à relevância cultural do instrumento. As reflexões faladas foram conduzidas em dois grupos heterogéneos entre si quanto à escolaridade, mais especificamente, um grupo foi constituído por 5 elementos com formação superior (4 licenciados e 1 doutorado) e o outro grupo foi constituído por 5 elementos com escolaridade entre o 4º e 9º ano (1 com 4º ano, 1 com 6º ano, 3 com 9º ano). A clareza e compreensão de cada item da Escala foram avaliadas, com recurso a uma escala com as opções de resposta: fácil, razoável e difícil. Por unanimidade, todos os itens foram avaliados como fáceis. Da reflexão e avaliação feitas pelos participantes, apenas foi referido (por 2 elementos do 1º grupo) que alguns itens da Escala não eram concordantes com as opções de resposta, embora reforçando que este aspeto não inviabilizava a correta interpretação e respetiva resposta ao item, assim, não emergiu a necessidade de se proceder a ajustes adicionais. Verificou-se, ainda, que o tempo de resposta à escala variou entre os 7 e os 10 minutos.

A recolha de dados decorreu entre janeiro e março de 2015, com recurso ferramenta Google Docs e de questionários em suporte papel. Os contactos foram efetuados pessoal e eletronicamente, tendo sido dirigidos, preferencialmente, aos diretores técnicos de diversas entidades com intervenção em contexto social, solicitando o reencaminhamento do *link* de resposta ou a entrega dos questionários em papel aos profissionais das instituições que dirigiam. Foram igualmente privilegiados os contactos informais, através de redes sociais, onde se divulgou o referido *link* junto dos sujeitos que preenchessem os requisitos indicados. Salientamos que, nestes casos, foram apenas utilizados grupos privados das redes sociais, de modo garantir a inclusão de elementos pertencentes à população.

Análise de dados

Os dados recolhidos através do questionário foram analisados com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS (versão 22.0)*, com exceção da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) que foi realizada com o *software* AMOS.

Através da Análise Fatorial Confirmatória (AFC), com o método de estimação *Maximum Likelihood*, foi indagada a adequação do modelo teórico aos dados empíricos, no âmbito da análise de equações estruturais (*SEM – Structural Equation Modeling*). Para tal, selecionaram-se seis índices de qualidade de ajustamento do modelo: o X^2/igI , para o qual os valores inferiores a cinco podem ser interpretados como um indicativo de que o modelo teórico se ajusta aos dados; o *Goodness of Fit Index (GFI)*, que explica a proporção da variância, observada entre as variáveis manifestas, explicada pelo modelo ajustado e cujos valores inferiores a 0,90 indicam modelos com mau ajustamento aos dados e igual a 1 indicam um ajustamento perfeito; o *Comparative*

Fit Index (CFI), cujos valores inferiores a 0.9 indicam um mau ajustamento e iguais a 1 um ajustamento perfeito; *Parsimony CFI (PCFI)* e *Parsimony GFI (PGFI)* para os quais se considera que valores inferiores a 0,6 indicam um mau ajustamento e valores superiores a 0,8 são indicadores de um bom ajustamento e, finalmente, o *Root Mean Square Error of Aproximation (RMSEA)* que deve apresentar valores inferiores a 0.10 para a aceitação do modelo (MAROCO, 2010). A qualidade do ajustamento local avaliou-se tendo em consideração os pesos fatoriais e a fiabilidade individual dos itens.

Foi utilizada a análise fatorial exploratória (método das componentes principais), com rotação Varimax, para definir a estrutura subjacente à escala, bem como resumir e reduzir os dados (HAIR et. al, 2005). Para aferir a consistência interna do fator extraído foi calculado o valor *alpha* de Cronbach.

Resultados

A análise da distribuição através do teste de Kolmogorov-Smirnov revelou não estarem cumpridos os pressupostos da normalidade ($p < ,05$), o que de acordo com Pallant (2001) é bastante comum em grandes amostras. Verificou-se a existência de um *outlier* com valor extremo que foi retirado. Pela análise da assimetria e curtose foi possível constatar que estas não são iguais a zero, sendo que os valores da assimetria se situam, para a globalidade dos itens, entre -,076 e ,174 e os valores da curtose se situam entre ,628 e ,346. Contudo, Pallant (2001) relembra que esta ocorrência é comum em investigações na área das ciências sociais.

Os valores obtidos não se revelaram como aceitáveis para escala unifatorial (Tabela 1), ao contrário do verificado na Escala validada pelos autores Silva e Kimura (2002).

X^2 / gl	GFI	CFI	PCFI	PGFI	RMSEA
800,020/ 252	,688	,748	,683	,578	,106

Tabela 1 – Resultados obtidos através da Análise Fatorial Confirmatória.

Foi testada a dimensionalidade do instrumento recorrendo-se ao método de análise fatorial exploratória em componentes principais, com rotação Varimax. Para averiguar a viabilidade da utilização desta análise estatística foi utilizado o teste KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*) tendo-se obtido um valor de ,901, considerado um valor muito bom (PESTANA; GAGUEIRO, 2014). O resultado do teste de esfericidade de Bartlett permite também concluir que a matriz de correlações é significativa ($c^2_{(276)} = 1954,706$; $p < ,000$), pelo que podemos assumir o método da análise fatorial exploratória como viável.

Foram realizadas análises fatoriais sucessivas no sentido de eliminar itens que apresentassem: a) valores de comunalidades inferiores a ,40; e b) saturações

inferiores a ,40 (STEVENS, 1986, cit. por FONSECA; JORDÃO, 2014) e c) saturações simultâneas em dois fatores (com diferença < 0,10). Assim, foi excluído o item 17 por apresentar um valor de comunalidade inferior a 0,40 e os itens 5, 7, 8, 15 e 16 por saturarem simultaneamente em dois fatores.

Retirados estes itens obtivemos resultados satisfatórios que nos permitiram estruturar a escala em quatro fatores que na totalidade explica 58,319% da variância total, com a componente 1 a contribuir com 23,493%, a componente 2 com 12,872%, a componente 3 com 11,367% e, finalmente, a componente 4 a contribuir com 10,58% da variância. O teste KMO (,883) e o teste de Bartlett ($C^2_{(153)} = 1304,425$; $p=,000$) continuaram a ser satisfatórios, assim como os valores das comunalidades. O cálculo do coeficiente *alpha* de Cronbach para a escala revelou um valor de fidelidade elevado ($\alpha= 0,879$), apontando para uma boa consistência interna do instrumento (PESTANA; GAGEIRO, 2014) (Tabela 2).

	Componente			
	1	2	3	4
Quando acontece qualquer tipo de alteração na minha vida, tento fazer as mudanças necessárias para me manter saudável (1)	-	,770	-	-
Geralmente, vejo se tudo aquilo que faço para manter a minha saúde está certo (2)	-	,744	-	-
Quando tenho dificuldade para movimentar alguma parte do meu corpo, procuro arranjar uma forma de resolver o problema (3)	-	,571	-	-
Tento manter limpo e saudável o lugar onde vivo (4)	-	-	-	,629
Sempre que posso, cuido de mim (6)	,601	-	-	-
Procuro alimentar-me de maneira a manter o meu peso adequado (9)	-	,646	-	-
Quando necessário, reservo um tempo para estar comigo (10)	,651	-	-	-
Sempre que posso, no meu dia-a-dia, faço ginástica e descanso (11)	,684	-	-	-
Com o passar dos anos, fiz amigos com quem posso contar (12)	-	-	-	,644
Geralmente, durmo o suficiente para me sentir descansado (13)	,679	-	-	-
Quando recebo informações sobre a minha saúde, coloco questões para esclarecer aquilo que não compreendo (14)	-	-	,659	-
Normalmente, faço por manter a minha segurança e a da minha família (18)	-	-	-	,622
Costumo avaliar se as coisas que faço para me manter saudável têm dado bom resultado (19)	,597	-	-	-
No meu dia-a-dia, geralmente, encontro tempo para cuidar de mim (20)	,866	-	-	-

Se tenho algum problema de saúde, sei como obter informações para o resolver (21)	-	-	,658	-
Procuro ajuda, quando não tenho condições para cuidar de mim (22)	-	-	,757	-
Sempre arranjo tempo para mim (23)	,839	-	-	-
Mesmo tendo dificuldades para movimentar alguma parte do meu corpo, geralmente, consigo cuidar-me como gostaria (24)	.531	0 mm	-	-
Valores próprios	6,040	1,943	1,371	1,144
Variância explicada (%)	23,493	12,872	11,367	10,586
			58,318	
Total				
Alpha de Cronbach Total			,879	

Tabela 2 - Estrutura fatorial final e valor alpha de Cronbach.

Nota: O método de extração de fatores utilizado foi a análise de componentes principais com rotação Varimax.

A análise fatorial exploratória permitiu constatar que a estrutura da escala deve apresentar apenas 18 itens, distribuídos pelos componentes: Comportamentos de Autocuidado Individual (CAI), Autoconsciência/ Autorregulação (AA), Recursos/ Estratégias de Autocuidado (REA) e Comportamentos de Autocuidado Coletivo (CAC), conforme quadro 1.

Componente	Itens
Comportamentos de autocuidado individual (CAI)	6, 10, 11, 13, 19, 20, 23 e 24
Autoconsciência/autorregulação (AA)	1, 2, 3 e 9
Recursos/estratégias de autocuidado (REA)	14, 21 e 22
Comportamentos de autocuidado coletivo (CAC)	4, 12 e 18

Quadro 1 – Distribuição dos itens da EACAC e componentes

Nova Análise Fatorial Confirmatória (AFC), realizada com o *software* AMOS, foi efetuada para averiguar a adequação do modelo teórico aos dados empíricos, no âmbito da análise de equações estruturais (*SEM – Structural Equation Modeling*). Os resultados obtidos na análise confirmatória dos fatores resultantes da análise fatorial exploratória permitem aceitação deste modelo, conforme Tabela 3.

χ^2 / gl	CFI	GFI	PCFI	PGFI	RM-SEA
240,854 / 129	,905	,875	,763	,660	,067

Tabela 3 – Resultados obtidos através da Análise Fatorial Confirmatória dos fatores resultantes da Análise Fatorial Exploratória.

No sentido de complementar o estudo de adaptação da EACAC, versão para profissionais portugueses com intervenção em contexto social, foram calculadas as correlações entre as quatro subescalas (Tabela 4), através do coeficiente de correlação de *Spearman* e os resultados obtidos apoiam a validade de construto do questionário, pois revelam correlações significativas e no sentido esperado entre as diferentes subescalas.

	CAI	AA	REA	CAC
CAI	1	,561**	,427**	,313**
AA	,561**	1	,412**	,382**
REA	,427**	,412**	1	,391**
CAC	,313**	,382**	,391**	1

Tabela 4 - Correlação entre as quatro subescalas encontradas na versão para profissionais com intervenção em contexto social da EACAC.

** A correlação é significativa a .01 (2-tailed).

Uma vez definida a estrutura fatorial da EACAC na amostra em estudo, procurou-se avaliar a precisão deste instrumento, mais precisamente a sua consistência interna, ou seja, o grau de consistência existente entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens que compõem cada fator, mediante o cálculo dos respetivos coeficientes *alpha* de Cronbach e das correlações inter-item (Tabela 5)

	α	Nº Itens	Correlação Inter-item		Correlações Item-total		Média
			Min	Max	Min	Max	Correlações Inter-item
CAI	,871	8	,294	,766	,488	,812	,466
AA	,730	4	,297	,557	,403	,599	,412
REA	,649	3	,369	,435	,438	,484	,392

CAC	,503	3	,163	,418	,249	,411	,277
------------	------	---	------	------	------	------	------

Tabela 5 - Correlação inter-itens das quatro subescalas encontradas na versão para profissionais com intervenção social da EACAC.

Apesar do valor de consistência interna na subescala CAC ser considerado pobre, pois encontra-se entre .50 e .60 (GEORGE; MALLERY, 2003), este pode justificar-se se atentarmos no número reduzido de itens que a compõem (PALLANT, 2001). Um bom indicador da precisão do instrumento verifica-se, também, quando todos os itens de cada subescala têm valores de correlação com o valor total do questionário acima dos 0,30 (FIELD, 2005, cit. por FONSECA; JORDÃO, 2014) no caso, todas as subescalas cumprem esta condição, à exceção da componente CAC - que apresentou um valor abaixo do indicado apenas num dos itens que a compõe. Ainda assim, assumiu-se a inclusão desta componente (CAC), pois a consistência interna do instrumento não sofre qualquer alteração no seu valor total com a retirada dos itens que lhe correspondem. Se admitirmos, ainda, o valor teórico, apontado em diferentes investigações, do impacto dos conteúdos considerados nestes itens no autocuidado, nomeadamente o suporte social, reforçamos a decisão tomada.

3 | DISCUSSÃO

Para uma correta avaliação das capacidades de autocuidado e das suas dimensões é necessário ter instrumentos devidamente validados, também por forma a homogeneizar as medições que possam ser realizadas em diversas pesquisas comparativas. Este estudo teve como objetivo a validação da versão portuguesa da Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado (EACAC) (SILVA; KIMURA, 2002), em profissionais com intervenção em contexto social.

Com base nos resultados obtidos, verifica-se que EACAC permite ser considerada válida, o que possibilita a sua utilização para futuras investigações sobre o tema. O instrumento revelou boas propriedades psicométricas, no que concerne à sua consistência interna ($\alpha = 0,879$) (PESTANA; GAGEIRO, 2014).

A análise fatorial exploratória permitiu constatar que os fatores encontrados explicam uma percentagem considerável da variância (58,3%) e que a estrutura da escala deve apresentar 18 itens, compreendendo as subescalas: CAI (comportamentos de autocuidado individual), que incluem qualquer atividade desenvolvida pelo indivíduo, com o objetivo de promover, proteger ou manter a sua saúde; AA (autoconsciência/ autorregulação), relativas à identificação dos próprios sentimentos e emoções, bem como das capacidades, forças e limites e ao processo dinâmico em que o indivíduo estabelece objetivos pessoais e mobiliza, de forma estratégica, as suas cognições, motivações, emoções e comportamentos, no sentido de os atingir; REA (recursos/ estratégias de autocuidado), que auxiliam o indivíduo a identificar e a estabelecer metas

pessoais e a mobilizar os seus processos/ recursos internos e externos, no sentido da promoção da sua saúde e bem estar pessoal, e, finalmente, o CAC (comportamentos de autocuidado coletivo), que se referem às ações que são planeadas e desenvolvidas em cooperação (entre os membros de uma comunidade, família, grupo ou organização), que procuram um meio físico e social afetivo e solidário.

Os itens são avaliados numa escala de tipo Likert de 5 pontos em que: 1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo, 3 = Nem concordo, nem discordo, 4 = Concordo e 5 = Concordo totalmente. O score da Escala varia de 18 a 90 pontos, sendo que scores superiores indicam um nível mais elevado de capacidades de autocuidado.

A capacidade para realizar o autocuidado precisa de ser estimulada por meio de práticas e ações educativas que contemplem o desenvolvimento desta capacidade e a consciencialização da sua importância (JOHNSON et al., 2014).

A EACAC ao partir, como já referido, das conceções teóricas de Orem (1991), onde o autocuidado, a capacidade de autocuidado e os fatores condicionantes básicos surgem como conceitos fundamentais, permite a fundamentação de ações de promoção e educação em saúde, assim como em ações para o desenvolvimento de habilidades gerais e específicas para o *engagement* no autocuidado, indo ao encontro das diretrizes de atenção à saúde (HEWITT-TAYLOR et al., 2012; EVERS et al., 1986, cit. por SILVA et al., 2012).

O autocuidado não se restringe a uma intervenção após o comprometimento pessoal/ profissional; é antes um processo contínuo e pró-ativo, considerado além da esfera individual - é uma necessidade ética e um imperativo moral (BANKS; NOHR, 2008).

Assim, futuros estudos podem beneficiar do uso da EACAC para a determinação das capacidades de autocuidado, na relação com outras variáveis e na definição de estratégias que promovam o bem-estar individual e facilitem a resiliência individual e organizacional, pois estas podem representar uma importante forma de “tratamento preventivo” para os indivíduos em risco de problemas psicossociais posteriores (JOHNSON et al., 2014; SHAPIRO et al., 2007), face aos desafios e fatores de stresse a que estão expostos estes profissionais.

Fica um contributo para um caminho reconhecido, mas pouco explorado na investigação, que exige continuidade, quer pela via da replicação por mais amostras, quer pela via de amostras com outro tipo de representatividade. Seria, ainda, vantajosa uma análise de carácter longitudinal que verificasse eventuais alterações ao nível da perceção de stresse e *burnout*, mediante a implementação de tais intervenções e programas de autocuidado nos estudantes/ profissionais.

REFERÊNCIAS

ACINAS, M. Burn-Out Y Desgaste por Empatía en Profesionales de Cuidados Paliativos. **Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia**, v.2, n.4, p.11-18, 2012.

- AYALA, E. **Does self-care moderate the relation of stress to quality of life of female doctoral students in professional psychology?** 2015. 53f. Dissertation (Doctor of Philosophy) - University at Albany, State University of New York, 2015.
- BANKS, S.; NOHR, K. *Ética e Prática para as Profissões do Trabalho Social*. Porto: Porto Editora, 2008.
- FERREIRA P.; SANTANA P. Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v.21, n.2, p.15-30, 2003.
- FONSECA, S.; JORDÃO, F. Adaptação e validação da *EustressScale* para professores portugueses. **Psychologica**, v. 57, n.1, p. 95-114, 2014.
- GEORGE, D.; MALLERY, P. **SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference**. 4.ed. Boston: Allyn & Bacon, 2003.
- GOMES. et. al. Stresse, saúde física, satisfação e Burnout em profissionais de saúde: Análise das diferenças em função do sexo, estado civil e agregado familiar. In: PEREIRA, M. SIMÕES, C. & MCINTYRE, T. (ed). **Atas do II congresso família, saúde e doença: Modelos, investigação e prática em diferentes contextos de saúde**. Braga: Universidade do Minho, 2008, p.178-192.
- GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Adaptação transcultural de medidas de qualidade de vida relacionadas à saúde: revisão de literatura e diretrizes propostas. **Journal Clinical Epidemiology**, v.46, n.12, p.1417-32, 1993.
- HAIR, J.; ANDERSON, R.; TATHAM, R.; BLACK, W. **Análise multivariada de dados**. São Paulo: Bookman, 2005.
- HEWITT-TAYLOR, J.; HEASLIP, V.; ROWE, N. Applying research to practice: exploring the barriers. **Brasil Journal Nurses**, v.21, n.6, p.356-359, 2012.
- IPINZA, A. **Percepción del Burnout y Autocuidado en Psicólogos Clínicos Infantojuveniles que trabajan en Salud Pública en Santiago de Chile**. 2010. 98f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago do Chile, 2010.
- JAMAL, M. Job stresses and job performance controversy revisited: an empirical examination in two countries. **International Journal of Stress Management**, v.14, n.2, p.175-187, 2007.
- JOHNSON, J. et. al. Preparing Trainees for Lifelong Competence: Creating a Communitarian Training Culture Training and Education. **Professional Psychology**, v.8, n.4, p.211–220, 2014.
- LAZARUS, R.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984.
- KOEHLER, C. Effects of a self-care intervention for counselors on compassion fatigue and compassion satisfaction. 2012. 96f. Dissertation (Doutor on Philosophy) - University of North Texas, EUA, 2012.
- MAROCO, J. **Análise estatística: Com utilização do SPSS**. 3.ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda, 2010.
- MARTORELL-POVEDA, M. et. al. Self-care strategies for emotional distress among young adults in Catalonia: a qualitative study. **International Journal of Mental Health Systems**, v.9, n.9, p.2-11, 2015.
- MASLACH, C.; LEITER, M.; SCHAUFELI, W. Burnout: 35 years of research and practice. **Career Development International**, v.14, n.3, p.204-220, 2009.

- NORCROSS, J. C.; GUY, J. D. **Leaving it at the office: A guide to psychotherapist self-care.** New York: Guilford, 2007.
- NELSON, D.; SIMMONS, B. Health psychology and work stress: A more positive approach. In: QUICK, J. & TETRICK, T. (Ed). **Handbook of Occupational Health Psychology.** Washington DC: American Psychological Association, 2003, p.97-119.
- OREM, D. **Nursing: Concepts of practice.** 4.ed. St. Louis: Mosby, 1991.
- OREM, D. (2001). **Nursing: Concepts of Practice.** 6.ed. St.Louis: Mosby, 2001.
- PALLANT, J. **SPSS Survival Manual.** Buckingham: Open University Press, 2001.
- PENDER, N. J., MURDAUGH, C.; PARSONS, M. **Health promotion in nursing practice.** 6.ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2010.
- PESTANA, M.; GAGEIRO, J. **Análise de dados para ciências sociais.** 6.ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2014.
- RITTER, A.; VAKALAH I H.; STERN-KIERNAN, M. **101 Careers in Social Work.** New York: Springer Publishing Company, 2009.
- SHAPIRO, S.; WARREN-BROWN, K.; BIEGEL, G. Teaching self-care to caregivers: Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on the mental health of therapists in training. **Training and Education in Professional Psychology**, n.1, p.105-115, 2007.
- SEGURO A.; NEVES, J.; BRANQUINHO, R.; SOUSA, E. O cuidar: A dimensão de uma palavra que tem como significado uma profissão. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v.2, n.2, 2007. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/racs/article/viewFile/90/99>. Acesso em: mar.2015.
- SILVA J.V. et.al. Capacidades de Autocuidado e Sua Relação com os Fatores Condicionantes Básicos: Um Estudo em Unidades Básicas de Saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.4, n.1, p.185-199, 2012. Disponível em: http://acervosaud.dominiotemporario.com/doc/artigo_016.pdf. Acesso em: mar.2015.
- SILVA J.; KIMURA M. **Adaptação Cultural e Validação do Instrumento de Capacidades de Autocuidado Appraisal of self-care agency scale.** 2002. 96f. Dissertação (Doutorado Enfermagem). Universidade de São Paulo, São Paula, 2002.
- SOUSA, V. Conceptual analysis of self-care agency. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.1, n.3, 2002.
- THOMPSON E.; FRICK, M.; TRICE-BLACK, S. Counselor-in-Training Perceptions of Supervision Practices Related to Self-Care and Burnout. **The Professional Counselor: Research and Practice**, v.1, n.3, p.152-162, 2011.
- VICENTE, C.; OLIVEIRA, R.; MAROCO, J. Análise fatorial do Inventário de Burnout de Maslach (MBI-HSS) em profissionais portugueses. **Revista Psicologia, Saúde & Doenças**, n.14, p.152-167, 2013.

IMAGEM CORPORAL POSITIVA EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

José Carlos da Silva Mendes

INTELECTO – Psicologia & Investigação
Ponta Delgada, Ilha de São Miguel, Açores

Maria Teresa Pires de Medeiros

Universidade dos Açores
Ponta Delgada, Ilha de São Miguel, Açores
Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento
Social e Humano (IPCDSH) da Faculdade de
Psicologia da Universidade de Coimbra, Portugal

RESUMO: A área da investigação da imagem corporal tem-se debruçado sobre os constructos associados à satisfação e insatisfação com a imagem corporal, onde a imagem corporal positiva se tem afirmado na avaliação de como os indivíduos apreciam o seu próprio corpo. Concebeu-se um estudo quantitativo de carácter exploratório, com o objetivo de analisar possíveis relações, diferenças e preditores entre as preocupações com a forma corporal, a imagem corporal positiva e as características sociodemográficas de estudantes universitários de várias instituições do Ensino Superior em Portugal (n=556). Os resultados apontam-nos para a variável sexo como preditora das preocupações com a forma corporal, em que o sexo feminino demonstra maior preocupação com o corpo em relação ao sexo masculino. Contudo, apesar da amostra em estudo ser minoritariamente do sexo masculino, estes,

apresentam uma imagem corporal positiva ligeiramente superior em relação ao sexo feminino. As preocupações com a forma corporal parecem ser uma variável preditora do (in)sucesso escolar dos estudantes a frequentar o Ensino Superior, podendo este papel reverter-se quando o desenvolvimento da construção da Imagem Corporal dos estudantes em contexto universitário. Estudos futuros devem ser direccionados na avaliação das facetas que influenciam uma Imagem Corporal Positiva, tendo em consideração outras variáveis, tais como, o Índice de Massa Corporal, desempenho académico, hábitos de vida saudáveis, entre outros.

PALAVRAS-CHAVE: Imagem corporal; BSQ; BAS; adultos emergentes; estudantes universitários

ABSTRACT: Research on body image has been focused on the notions connected to the satisfaction and dissatisfaction towards one's body image, where a positive body image has been established in the assessment of how individuals regard their own body. A quantitative research study was conducted to analyze possible relationships, differences and predictors between concerns about body shape, positive body image and sociodemographic characteristics of university students from higher education institutions in Portugal

(n=556). Results point to the gender variable as a predictor of concerns about body shape, in which the female gender shows greater concern about their bodies when compared to males. Yet, although the male gender is a minority in this sample, these show a body image slightly more positive when compared to the female gender. Concerns about the body shape seem to predict student failure in undergraduate students, which leads to believe in the reversal of this situation when the development of the construction of the Body Image of undergraduate students occurs. Future research should be directed to assessing the different aspects that influence a Positive Body Image, bearing in mind other variables as Body Mass Index, academic performance, healthy life habits, to name a few.

KEYWORDS: body image; BSQ; BAS; emergent adults; university student

INTRODUÇÃO

A insatisfação corporal tem sido considerada uma ameaça ao bem-estar do indivíduo (GROGAN, 2017; MENTOOR; KRUGER; NELL, 2018). A investigação sobre a imagem corporal tem-se afirmado na comunidade científica, aprofundando o constructo multidimensional e possíveis intervenções na prevenção e tratamento de problemas relacionados com a imagem corporal (CASH; SMOLAK, 2012). Para IEPSEN e SILVA (2014, p.318) *“a imagem corporal integra o mecanismo de identidade pessoal e refere-se à satisfação de uma pessoa com seu tamanho corporal ou de partes específicas do corpo”*.

A imagem corporal tem-se revelado importante para o desenvolvimento psicológico e interpessoal dos adolescentes e adultos emergentes (GESTSDOTTIR et al., 2017; MEDEIROS et al., 2018; SHAGAR et al., 2018; RODRIGUES; TEVES; MEDEIROS, 2013), na medida em que as percepções, os sentimentos, as cognições, as crenças e os comportamentos se relacionam com o *psysical self* (MACKENZIE, 2012). Segundo SILVA et al. (2014), as fases do desenvolvimento da adolescência e início da vida adulta, parecem enquadrar-se no período etário mais propício a desenvolver distúrbios relacionados com a imagem corporal, considerando os adolescentes e jovens adultos mais vulneráveis às questões estéticas e culturais.

A universidade para alguns estudantes é um enigma entre o interesse académico e o desejo de identidade no grupo social (TALLAT et al., 2017), onde compartilham aspetos da representação social de corpo (SECCHI; CAMARGO; BERTOLDO, 2009), em que a autoimagem é a maneira pela qual se consideram os próprios atributos psíquicos, mentais e emocionais, na medida do ego e posição social (TALLAT et al., 2017). A avaliação da forma corporal (AL-OTAIBI; NASSEF; RAOUF, 2013) e da imagem corporal têm um significado vital para o funcionamento psicológico e as relações sociais, considerando-se um dos principais contributos para o bem-estar mental do indivíduo (GESTSDOTTIR et al., 2017).

Estudos indicam que a vivência académica pode influenciar o desenvolvimento da imagem corporal (BEHMANI; KUMAR, 2016), em que a maioria dos estudantes que

frequentam o ensino superior sente-se insatisfeita com o seu próprio corpo (MARTINS et al., 2012; SOUZA; ALVARENGA, 2016). A satisfação com a imagem corporal tem uma forte influência no bem-estar mental (GESTSDOTTIR et al., 2017) e a insatisfação com a imagem corporal influencia o desenvolvimento de perturbações alimentares dos adolescentes e adultos emergentes (SHAGAR et al., 2018).

Um estudo de SILVA et al. (2018) revelou uma associação entre a insatisfação com a imagem corporal e uma autoavaliação menos positiva da saúde, podendo esta avaliação ser mediada direta, ou indiretamente, pelo sedentarismo e hábitos alimentares pouco saudáveis. Apesar da relação entre a satisfação com a imagem corporal e os estilos de vida saudáveis serem alvo de pouca investigação, o exercício físico pode ser essencial à perceção mais positiva da imagem corporal (MOUSTAFA et al., 2017).

Recentemente MENDES et al. (2018) verificaram que as preocupações com a aparência e a adaptação pessoal-emocional se influenciam mutuamente, em que a aceitação da aparência parece revelar-se importante para o desenvolvimento da identidade dos estudantes do ensino superior. TYLKA e WOOD-BARCALOW (2015) mencionam que a pesquisa e a prática tem-se direcionado para o enfoque na imagem corporal negativa, sugerindo que a atenção na imagem corporal positiva pode direcionar e orientar a integração de esforços na prevenção, psicoterapias e ambientes médicos, com o objetivo de inovar a intervenção dos profissionais quando a presença de indivíduos que experienciam alterações na sua aparência e funções do próprio corpo.

A imagem corporal positiva é também considerada um construto multifacetado, mas distinto da imagem corporal negativa, isto é, incluiu facetas como a apreciação do corpo, aceitação e amor ao corpo, investimento numa aparência adaptativa, positividade interna, filtragem da informação relativa ao corpo, entre outras facetas (TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2015b).

SILVA et al. (2018) sugerem a formulação urgente de políticas e práticas de saúde pública, que contemplem estratégias para aquisição de comportamentos saudáveis relacionados com o peso dos adolescentes e adultos emergentes, através da promoção de uma imagem corporal positiva, posição que também nós reiteramos.

Neste estudo, tomando como população os adultos emergentes (conceito de ARNETT, 2004; ARNETT, ZUKAUSKIENE, & SUGIMURA, 2014) estudantes do Ensino Superior portugueses, quisemos conhecer *quais as preocupações com a forma corporal, a imagem corporal positiva dos estudantes? E compreender quais as relações entre as preocupações com a forma corporal, a imagem corporal positiva e as características sociodemográficas?*

Pretende-se com este estudo analisar possíveis relações, diferenças e preditores entre as preocupações com a forma corporal, a imagem corporal positiva e as características sociodemográficas de estudantes universitários (adultos emergentes) de várias instituições do Ensino Superior em Portugal.

METODOLOGIA

Elencadas as questões de investigação e definidos os objetivos procedeu-se à seleção da metodologia mais adequada ao estudo e optámos por uma metodologia exploratória e quantitativa (RIBEIRO, 2010; SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013), por ser a mais adequada ao estudo.

Amostra

Participaram neste estudo 556 estudantes universitários, distribuídos por várias instituições do ensino superior em Portugal e Regiões Autónomas. A idade média dos estudantes é de 20,51 anos ($DP=1,89$), sendo 76,6% do sexo feminino e 23,4% do sexo masculino. Quase metade dos participantes, estão deslocados da sua residência (46,2%).

Verifica-se que a média de entrada para a universidade foi de 14,83 valores ($DP=2,13$), considerando os seguintes clusters de grupos de notas: (10-13 valores), 30,6%; (14-15 valores) - 29,9%, (16-17 valores) - 22,3%; (18 a 20 valores) - 14,2%, e 3,1 % não respondeu. A média de frequência de curso superior à data da recolha do questionário era de 14,41 valores ($DP=6,85$), apresentando as seguintes classificações: (10 e 13 valores) - 36,7%; (14 e 15 valores) - 43,5%; (16 e 17 valores) - 11,9%; e mais 17 valores - 2,5%. Verifica-se que 5,4% não respondeu. Os estudantes universitários encontram-se distribuídos pelos vários anos de formação: 1.º ano (28,8%); 2.º ano (38,7%); 3.º ano (24,34%) e 4.º ano e seguintes (8,3%).

Instrumentos

Para a recolha dos dados nos estudantes do ensino superior aplicaram-se três instrumentos: (i) Um Questionário Sociodemográfico construído para o efeito da investigação, (ii) a versão portuguesa da Body Appreciation Scale (BAS) (SANTOS, 2011) e (iii) o Body Shape Questionnaire (BSQ), na sua versão portuguesa de PIMENTA et al. (2012).

A BAS é uma escala unidimensional que avalia a imagem corporal positiva, constituída por 13 itens de autorresposta, numa escala de tipo *Likert*, com 5 opções de resposta (Nunca, Raramente, Às vezes, Frequentemente e Sempre), sendo feita a soma da pontuação para obter um resultado de apreciação corporal, considerando quanto maior o resultado, melhor é a apreciação corporal (AVALOS; TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2005). A BAS foi adaptada para população portuguesa por Santos (2011), apresentando uma análise fatorial apropriada ($KMO = 0,94$; $X^2 = 1899,80$, $p = 0,001$) e uma boa consistência interna (alfa de Cronbach = 0,94).

A BSQ é uma escala unidimensional com intuito de avaliar as preocupações com

a forma corporal, composta por 34 itens de autorresposta de tipo *Likert*, com 6 opções de resposta, desde 1 (Nunca) a 6 (Sempre) (COOPER et al., 1987). A adaptação para a população portuguesa foi realizada por PIMENTA, LEAL, MARÔCO e ROSA (2012), apresentando elevada consistência interna (alfa de Cronbach = 0,97). Uma avaliação psicométrica da BSQ numa amostra de estudantes universitárias, apresentou uma refinação da escala em 32 itens, apresentando uma consistência interna de alfa de Cronbach de 0,97 (SILVA et al., 2016). Neste estudo, utilizámos, a versão original dos 34 itens.

Procedimentos

O estudo, recorreu às plataformas digitais para atingir o maior número de estudantes, otimizando os custos. Assim, metodologicamente, os procedimentos seguiram a sequência seguinte: 1º aplicou-se o termo de consentimento livre e esclarecido, garantindo o anonimato e a total liberdade de participar ou não no estudo, sendo assegurada a confidencialidade dos participantes; em 2º lugar aplicou-se protocolo de investigação composto pelos três instrumentos acima identificados: o Questionário Sociodemográfico; o Body Appreciation Scale (BAS); e por último o Body Shape Questionnaire (BSQ). Findo o preenchimento, solicitava-se a divulgação do link pela rede de contatos do participante.

Os autores tiveram em consideração o estudo de SILVA e CARAMASCHI (2007), seguindo a classificação da BSQ [i.e., sem preocupação (<0,70), preocupação leve (0,70; <0,90), preocupação moderada (0,90; <0,110), preocupação elevada (>110)].

Através do software SPSS (versão 24 para macOS), recorreu-se a vários procedimentos estatísticos, a saber: analisou-se o Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de forma a testar a consistência geral dos dados e o alfa (α) de Cronbach com o fim de estimar a confiabilidade dos instrumentos; recorreu-se ao coeficiente de Pearson (r), ao teste *t-Student*, ao teste ANOVA *two-way* e à regressão linear múltipla, verificando-se as condições de aplicação do modelo por recurso à estatística de Durbin-Watson e à estatística *VIF* (MARÔCO, 2010).

RESULTADOS

Iniciamos os resultados com a determinação da homogeneidade e fiabilidade dos instrumentos, sendo os valores da BSQ [KMO = 0,97 ($X^2(561) = 15182,20$); $\alpha = 0,97$] e da BAS [KMO = 0,94 ($X^2(78) = 5021,27$); $\alpha = 0,93$].

Ao avaliar a intensidade da associação da dimensão unidimensional da BSQ e dimensão unidimensional da BAS, e as médias das classificações de acesso ao ensino superior e médias da classificação do curso a frequentar no ensino superior, verificaram-se fortes níveis de intensidade e associação negativa entre as dimensões de ambas as escalas (BAS e BSQ) ($r = -0,73$; $p = 0,01$); uma associação positiva fraca,

mas significativa entre a média das classificações de acesso ao ensino superior e a percepção da forma corporal ($r = 0,19$; $p = 0,01$) (Tabela 1).

	BSQ	BAS	CME	CMC	<i>M (DP)</i>
BSQ	–				80,90(33,69)
BAS	-0,724**	–			47,73(9,23)
CME	0,190**	-0,065	–		2,21(1,04)
CMC	-0,028	0,047	0,331**	–	1,79(0,76)

Tabela 1

Correlações entre a BSQ, BAS e as Médias das Classificações de Entrada e Frequência do Curso no Ensino Superior

Legenda: CME: Classificação Média Entrada; CMC: Classificação Média de Curso

Através do teste *t-Student*, somente se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a variável sexo e a dimensão que avalia a as preocupações com a forma corporal (Tabela 2), no entanto ambos os sexos apresentam uma imagem corporal positiva acima do ponto médio [$(M = \frac{x^1+x^1}{2})$, $(M = \frac{13+65}{2} = 39)$].

		<i>N</i>	BSQ			BAS		
			<i>M(DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M(DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Sexo	Feminino	426	83,26(34,41)	3,01	**	47,45(9,54)	-1,29	0,19
	Masculino	130	73,16(30,07)			48,64(8,45)		
Deslocado	Sim	256	82,37(31,67)	0,95	0,34	47,45(8,74)	-0,64	0,52
	Não	298	79,65(35,31)			47,96(9,67)		

Tabela 2

Diferenças em Relação às Variáveis Imagem Corporal Positiva e Preocupações com a Forma Corporal, Entre Participantes do Sexo Feminino e Masculino

Nota: ** $p < 0,01$

O sexo feminino apresenta maior preocupação com a forma corporal em relação ao sexo masculino (Tabela 3).

	Feminino	Masculino	Total
Sem preocupação	185	70	255
Preocupação leve	75	20	95
Preocupação moderada	69	23	92
Preocupação elevada	97	17	114
Total	426	130	556

Tabela 3

Níveis de Preocupação com a Forma Corporal entre o Sexo Feminino e Sexo Masculino

Apesar de 37,05% dos participantes apresentarem níveis de preocupação com a forma corporal moderados (16,55%) a elevados (20,50%), existe uma imagem corporal positiva na maioria dos estudantes universitários inquiridos (80,8%).

Considerados os efeitos do ano de frequência e as médias de entrada e curso do ensino superior, pode afirmar-se que o ano frequentado teve um efeito estatisticamente significativo (p) de pequena dimensão (η_p^2) sobre imagem corporal positiva; assim como o ano frequentado, a média de entrada no ensino superior e a média de curso teve um efeito estatisticamente significativo (p), mas de pequena dimensão (η_p^2) sobre as preocupações com a aparência (Tabela 4).

		ANOVA			
		$F(gl)$	p	η_p^2	π
	Ano de Frequência no Ensino Superior	8,797(3,280)	***	0,039	0,966
BAS	Média de Entrada no Ensino Superior	5,378(55,280)	0,75	0,003	0,130
	Média de Curso no Ensino Superior	4,607(34,280)	0,09	0,013	0,537
	Ano de Frequência no Ensino Superior	6,844(3,280)	*	0,018	0,687
BSQ	Média de Entrada no Ensino Superior	6,448(55,280)	*	0,018	0,687
	Média de Curso no Ensino Superior	4,554(34,280)	**	0,028	0,879

Nota: gl = graus de liberdade; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tabela 4

Diferenças em Relação às Variáveis BAS, BSQ, Ano de Frequência no Ensino Superior, Média de Entrada no Ensino Superior e Média de Curso no Ensino Superior

As diferenças significativas entre a imagem corporal positiva e o ano de frequência no ensino superior centra-se entre o 4.º ano e o 1.º ano ($M=3,23(DP=1,50)$), seguindo-se o mesmo exemplo para as preocupações com a imagem corporal em relação ao ano de frequência no ensino superior ($M=12,21(DP=5,56)$). Relativamente às diferenças das médias entre as preocupações com a imagem corporal e a média de entrada e média de curso no ensino superior, as mais significativas centram-se na classificação da média de entrada (Tabela 5).

Classificação da Média de Ensino Superior (I)	Classificação da Média de Ensino Superior (J)	Diferença Média (I-J)
		Preocupação com a Imagem Corporal
Suficiente	Bom	-4,799
	Muito Bom	-8,855
	Excelente	-18,481*
Bom	Suficiente	4,799
	Muito Bom	-4,055
	Excelente	-13,681*
Muito Bom	Suficiente	8,855
	Bom	4,055
	Excelente	-9,626
Excelente	Suficiente	18,481*
	Bom	13,681*
	Muito Bom	9,626

Nota: * $p = 0,05$

Tabela 5

Diferenças em Relação à Variável Unidimensional da Preocupação com a Imagem Corporal, Entre as Classificações da Média de Entrada no Ensino Superior: Teste Tukey

Após análise das diferenças entre a Categorização das Preocupações com a Imagem Corporal e a Classificação média de entrada no Ensino Superior, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($F(3,510) = 6,218$; $p = <0,001$; $\eta^2 = 0,035$; $\pi = 0,964$), tendo-se verificado essas diferenças entre os estudantes Sem Preocupação e Preocupação Elevada com a Imagem Corporal [$M_{\text{Sem Distorção(I)} - \text{Distorção Elevada(J)}} = -0,49$, $p = <0,001$] e os estudantes que tiveram a classificação média Suficiente e Excelente, respetivamente [$M_{\text{Suficiente(I)} - \text{Excelente(J)}} = -0,70$, $p = <0,001$].

O modelo de regressão linear múltipla permitiu verificar que não existem erros no modelo de regressão (Durbin-Watson = 2,076) e a inexistência de multicolineariedade ($VIF < 5$), permitindo identificar o Sexo ($\beta = -0,115$; $t = -2,65$; $p < 0,01$) e a Média de Entrada no Ensino Superior ($\beta = 0,180$; $t = 4,17$; $p < 0,001$) como preditores significativos da Preocupação com a Forma Corporal, tendo-se verificado que a Preocupação com a Forma Corporal também se demonstra preditora da Média de Entrada no Ensino Superior ($\beta = 0,190$; $t = 4,48$; $p < 0,001$).

DISCUSSÃO

Os instrumentos utilizados (BSQ e BAS) apresentam propriedades psicométricas idênticas aos resultados de estudos portugueses (MOREIRA et al., 2018; PIMENTA et al., 2012; SANTOS, 2011; SILVA et al., 2016) e a versão original das mesmas (AVALOS; TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2005; COOPER et al., 1987).

Apesar de ambos os instrumentos avaliarem a Imagem Corporal, presumiu-se

que as variáveis unidimensionais ao avaliarem emoções diferentes (preocupação vs positivismo), apresentassem uma relação negativa entre si. Este estudo, ao apresentar uma forte correlação negativa, reforça que ambos os instrumentos são relevantes para a avaliação da percepção que o indivíduo/adulto emergente faz do seu próprio corpo.

Vários estudos têm apresentado diferenças estatisticamente significativas entre os sexos quanto à satisfação e insatisfação com a imagem corporal (AL-OTAIBI; NASSEF; RAOUF, 2013; BEHMANI; KUMAR, 2016; GESTSDOTTIR et al., 2017; IEPSSEN; SILVA, 2014; MARTINS et al., 2012; MEDEIROS et al., 2018), indo os resultados apresentados no mesmo sentido desses estudos. Apesar de a amostra constituir-se maioritariamente por participantes do sexo feminino, não se evidenciaram diferenças significativas na imagem corporal positiva entre os sexos. O sexo masculino apresenta maior nível de apreciação corporal em relação ao sexo feminino, podendo estes dados revelar que quanto menor a apreciação corporal, maior a preocupação com a forma corporal. Segundo SILVA et al. (2014), “a insatisfação com o corpo se manifesta de maneira distinta entre homens e mulheres”, o que leva a deduzir que os resultados apresentados devem ser interpretados com parcimónia.

Cotejando o presente estudo, com a investigação de MENDES et al. (2018), verificamos que quanto maior a autoconsciência da aparência, maior as preocupações com a imagem corporal. Sendo a imagem corporal uma variável multifatorial (CASH; SMOLAK, 2012), as preocupações com a forma corporal podem ter várias origens. Por exemplo, a forma corporal de mulheres modelos em estratégias de *marketing* revelam-se um fator importante na determinação da imagem corporal e a atitude da marca que representam (D’ALESSANDRO; CHITTY, 2011); a interação familiar, principalmente com a mãe e o pai influenciam a satisfação ou insatisfação com a imagem corporal (AMIANTO et al., 2017).

O presente estudo revelou que o ano de frequência do ensino superior parece influenciar uma imagem corporal positiva e as preocupações com a aparência, nomeadamente nos 1º e 4º anos. Estes dados podem estar relacionados com o facto de existir uma relação entre a autoconsciência da aparência e as expectativas académicas dos estudantes universitários (MENDES et al., 2018).

Outro dado relevante, é indicado pela existência de diferenças significativas entre as classificações médias de entrada e a frequência de curso no ensino superior e as preocupações com a forma corporal. Tallat et al. (2017) referem que os estudantes com maiores níveis de preocupação com a aparência, ou com alguma parte do seu corpo, que consideram menos atrativa, obtêm classificações mais baixas, considerando que a autoimagem é um fator importante para o sucesso académico.

Indo ao encontro de estudos anteriores, a variável sexo demonstra-se preditora da preocupação com a forma corporal (FARDOULY; VARTANIAN, 2016; MEDEIROS et al., 2018), podendo estes resultados estarem associados ao facto de a sociedade desempenhar um papel fundamental na construção da imagem corporal através das relações sociais (LOPES; MENDES; SOUSA, 2017).

Apesar de um número significativo de participantes apresentar níveis de preocupação com a forma corporal, a maioria apresenta uma imagem corporal positiva. Um estudo realizado por PIUMATTI e RABAGLIETTI (2015, p.241) mencionam a existência de três grupos diferentes de adultos emergentes “*positive independent, negative dependent, and positive dependent*”, onde a auto percepção da vida adulta e a satisfação com a vida divergem entre os estudantes universitários considerados adultos emergentes. A adultez emergente é um período evolutivo e construído culturalmente, enfatizando essencialmente a construção da identidade através de vínculos relacionais (BARRERA-HERRERA; VINET, 2017), onde a cultura em que o adulto emergente se insere, contribui para a formação do conceito de imagem corporal positiva (HOMAN; TYLKA, 2015).

CONCLUSÕES

Os instrumentos (BAS e BSQ) apresentam bons índices de fiabilidade e homogeneidade e as análises estatísticas relevaram-se adequadas para a amostra em estudo.

Conclui-se que o sexo feminino apresenta maiores níveis de preocupação com a forma corporal, no entanto, apesar de a amostra ser constituída minorativamente pelo sexo masculino, este sexo apresenta uma imagem corporal positiva ligeiramente superior em relação ao sexo feminino.

Verificou-se uma fraca relação entre a variável preocupação com a forma corporal e a classificação média de entrada no Ensino Superior, existindo diferenças significativas nas classificações suficiente (10-13 valores) e excelente (18-20 valores).

Concluiu-se que além do sexo ser preditor das preocupações com a forma corporal, existe uma influência mútua entre as classificações da média de entrada/curso do ensino superior frequentado e as preocupações com a forma corporal, sugerindo-se futuros estudos que avaliem a importância da imagem corporal no desempenho académico em Portugal. Estes resultados podem estar relacionados com as fases de transição, quer do ensino secundário para o ensino superior, quer com a construção de uma nova fase identitária, a do adulto emergente (ALMEIDA et al., 2006; ARAÚJO et al., 2016; NUNES; GARCIA, 2010), realçando que “*a adolescência é um período do desenvolvimento humano em que correm mudanças no corpo e na sua representação, na conceção de si, dos outros e do mundo...*” (MEDEIROS, 2013), mas que as questões do corpo e da imagem corporal continuam para além da adolescência e estão muito presentes na exploração e afirmação identitárias da adultez emergente.

Perante os resultados no presente estudo, sugerem-se mais estudos no domínio. Propõe-se um maior investimento na formação dos profissionais de saúde, capacitando-os de competências para avaliar e intervir com indivíduos com preocupações com imagem corporal (HARCOURT et al., 2018). Releva-se, igualmente, pertinente avaliar a capacitação dos profissionais no sistema de ensino sobre a avaliação da relação das

preocupações com a imagem corporal dos estudantes e o seu sucesso académico, no sentido de os capacitar e dotar com competências para prevenir situações de risco identitário e de vulnerabilidade psicológica que afetam as diferentes áreas da vida dos estudantes, enquanto pessoas em desenvolvimento.

Apresentamos como limitações do estudo, o facto de não incluir o Índice de Massa Corporal (IMC), estando esta variável relacionada com estereótipos sobre imagem corporal no sexo feminino (D’ALESSANDRO; CHITTY, 2011), conseqüentemente, sugerem-se futuros estudos que considerem a IMC como variável de estudo em relação com outras facetas de uma imagem corporal positiva, por exemplo, apreciação da beleza de funções do corpo, aceitação de aspetos inconsistentes com imagens idealizadas, confiança e felicidade relativa ao corpo e compreensão da informação relativa à proteção da imagem corporal, na mesma linha do preconizado por TYLKA e WOOD-BARCALOW (2015b).

AGRADECIMENTOS

Agradece-se aos estudantes do curso de Psicologia da Universidade dos Açores que ajudaram a recolher os dados para a investigação.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. S. et al. Acesso e sucesso no ensino superior em Portugal: questões de género, origem sociocultural e percurso académico dos alunos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 19, n. 03, p. 507–514, 2006.
- AL-OTAIBI, H. H.; NASSEF, S. L.; RAOUF, T. A. Body shape dissatisfaction, weight status and physical activity among a sample University Students in Saudi Arabia. **Food and Nutrition Sciences**, v. 04, n. 06, p. 616–625, 2013.
- AMIANTO, F. et al. Body image development within the family: attachment dynamics and parental attitudes in cross-sectional and longitudinal studies. **Acta Psychopathologica**, v. 03, n. 04, 2017.
- ARAÚJO, A. M. et al. Dificuldades antecipadas de adaptação ao ensino superior: um estudo com alunos do primeiro ano. **Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación**, v. 03, n. 02, p. 102-18, 2016.
- ARNETT, J. J. **Emerging adulthood. The winding road from the late teens through the twenties**. Oxford, University Press, 2004.
- ARNETT, J. J., ZUKAUSKIENE, R., & SUGIMURA, K. The new life stage of emerging adulthood at ages 18-29 years: implications for mental health. **Lancet Psychiatry**, v. 01, n. 07, 569-576, 2014.
- AVALOS, L.; TYLKA, T. L.; WOOD-BARCALOW, N. The body appreciation scale: development and psychometric evaluation. **Body Image**, v. 02, n. 03, p. 285–297, 2005.
- BARRERA-HERRERA, A.; VINET, E. V. Adultez emergente y características culturales de la etapa en universitarios chilenos. **Terapia Psicológica**, v. 35, n. 01, p. 47–56, 2017.

- BEHMANI, R.; KUMAR, S. Gender and locality differences in body image among college students. **Indian Journal of Community Psychology**, v. 12, n. 01, p. 130–138, 2016.
- CASH, T.; SMOLAK, L. **Body image: a handbook of science, practice, and prevention**. 2.ed. New York: The Guilford Press, 2012.
- COOPER, P. J. et al. The development and validation of the body shape questionnaire. **International Journal of Eating Disorders**, v. 06, n. 04, p. 485–494, 1987.
- D’ALESSANDRO, S.; CHITTY, B. Real or relevant beauty? Body shape and endorser effects on brand attitude and body image. **Psychology and Marketing**, v. 28, n. 08, p. 843–878, 2011.
- FARDOULY, J.; VARTANIAN, L. R. Social media and body image concerns: current research and future directions. **Current Opinion in Psychology**, v. 09, p. 1–5, 2016.
- GESTSDOTTIR, S. et al. Different factors associate with body image in adolescence than in emerging adulthood: A gender comparison in a follow-up study. **Health Psychology Report**, v. 06, n. 01, p. 81–93, 2017.
- GROGAN, S. **Body image: understanding body dissatisfaction in men, women and children**. 3.ed. London New York: Routledge, 2017.
- HARCOURT, D. et al. The provision of specialist psychosocial support for people with visible differences: A European survey. **Body Image**, v. 25, p. 35–39, 2018.
- HOMAN, K. J.; TYLKA, T. L. Self-compassion moderates body comparison and appearance self-worth’s inverse relationships with body appreciation. **Body Image**, v. 15, p. 1–7, 2015.
- IEPSEN, A. M.; SILVA, M. C. DA. Prevalência e fatores associados à insatisfação com a imagem corporal de adolescentes de escolas do ensino médio da zona rural da região sul do Rio Grande do Sul, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 02, p. 317–325, 2014
- LOPES, M.; MENDES, R.; SOUSA, S. Ser mulher: uma análise da imagem corporal entre adolescentes. **Revista Espacios**, v. 38, n. 29, 2017.
- MACKENZIE, K. **An examination of coping strategies and mindfulness as predictors of appearance satisfaction and body image**. [S.l.] American University, 2012. Disponível em <https://dra.american.edu/islandora/object/thesesdissertations%3A91/datastream/PDF/view>. Acesso em 25 de out. 2018.
- MARÔCO, J. **Análise estatística como o pasw statistics (ex-SPSS)**. Pêro Pinheiro: ReportNumber, 2010.
- MARTINS, C. R. et al. Insatisfação com a imagem corporal e fatores associados em universitários. **Estudos de Psicologia** (Natal), v. 17, n. 02, p. 241–246, 2012.
- MEDEIROS, T. **Da adolescência às adolescências possíveis**. In: *Adolescência: Desafios e Riscos*. Ponta Delgada: Letras Lavadas, 2013. p. 27–46.
- MEDEIROS, T. et al. Imagem corporal positiva em adultos emergentes: um estudo em contexto universitário. In: **Atas do 12o Congresso Nacional de Psicologia da Saúde**. Lisboa: ISPA-Instituto Universitário, 2018. p. 813–821.
- MENDES, J. et al. Autoconsciência da aparência e a adaptação no ensino superior: estudo exploratório. **Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social**, v. 04, n. 02, p. 42–48, 2018.

- MENTOOR, I.; KRUGER, M.; NELL, T. Metabolic syndrome and body shape predict differences in health parameters in farm working women. **BMC Public Health**, v. 18, n. 01, 2018.
- MOREIRA, G. S. X. et al. Brazilian version of the body appreciation scale (bas) for young adolescents. **The Spanish Journal of Psychology**, v. 21, 2018.
- MOUSTAFA, S. et al. Body image perception in association with healthy lifestyle behaviour's in lebanese men and women. **International Journal of School and Cognitive Psychology**, v. 04, n. 04, 2017.
- NUNES, S.; GARCIA, A. Estudantes do ensino superior: as relações pessoais e interpessoais nas vivências acadêmicas. **Gestin**, v. 08, p. 195–203, 2010. Disponível em < <https://core.ac.uk/download/pdf/62717181.pdf>>. Acesso em 26 de out. 2018.
- PIMENTA, F. et al. validação do body shape questionnaire (bsq) numa amostra de mulheres de meia-idade. In: **Atas do 9 Congresso Nacional de Psicologia da Saúde**. Lisboa: Placebo, 2012. p. 1139–1144.
- PIUMATTI, G.; RABAGLIETTI, E. Different types of emerging adult university students: the role of achievement strategies and personality for adulthood self-perception and life and education satisfaction. **International Journal of Psychology and Psychological Therapy**, v. 15, n. 02, p. 241–257, 2015.
- RIBEIRO, J. L. **Metodologia de investigação em psicologia e saúde**. 3. ed. Lisboa: Livpsic, 2010.
- SAMPIERI, R.; COLLADO, C.; LUCIO, M. DEL P. **Métodos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: McGrawHill, 2013.
- RODRIGUES, D.; TEVES, C.; MEDEIROS, T. **Autoimagem e satisfação corporal na adolescência**. In: *adolescência: desafios e riscos*. Ponta Delgada: Letras Lavadas, 2013. p. 183–208.
- SANTOS, C. Validação transcultural das escalas ZKPQ-50-CC (personalidade), BAS (imagem corporal) e AS (ambivalência na decisão de ter relações sexuais) para adolescentes. [S.l.] Instituto Superior Miguel Torga, 2011. Disponível em < <http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/125/1/TESE%20MESTRADO.pdf>> Acesso em 23 Out. 2018.
- SECCHI, K.; CAMARGO, B. V.; BERTOLDO, R. B. Percepção da imagem corporal e representações sociais do corpo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n. 02, p. 229–236, 2009.
- SHAGAR, P. S. et al. The relationship between body image concerns and weight-related behaviours of adolescents and emerging adults: a systematic review. **Behaviour Change**, v. 34, n. 04, p. 208–252, 2018.
- SILVA, G.; CARAMASCHI, S. Insatisfação com a imagem corporal em mulheres com depressão. In: *I ENCONTRO CIENTÍFICO E I SIMPÓSIO DE EDUCAÇÃO UNISALESIANO*. São Paulo: 2007. Disponível em: <<http://www.unisalesiano.edu.br/encontro2007/trabalho/aceitos/CC12021519813.pdf>> Acesso em 23 Out. 2018.
- SILVA, P. et al. Association between body image dissatisfaction and self-rated health, as mediated by physical activity and eating habits: structural equation modelling in elsa-brasil. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 04, p. 790, 2018.
- SILVA, W. R. et al. Assessment of the body shape concern: a challenge. **Psychology, Community & Health**, v. 03, n. 02, p. 103–119, 2016.
- SILVA, W. R. et al. Psychometric evaluation of a unified Portuguese-language version of the body shape questionnaire in female university students. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 07, 2016.

SOUZA, A. C. DE; ALVARENGA, M. DOS S. Insatisfação com a imagem corporal em estudantes universitários: uma revisão integrativa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 65, n. 03, p. 286–299, 2016.

TALLAT, N. et al. Body's image concerns and its impact on academic achievements. **Journal of Psychology & Clinical Psychiatry**, v. 07, n. 03, 2017.

TYLKA, T. L.; WOOD-BARCALOW, N. L. A positive complement. **Body Image**, v. 14, p. 115–117, 2015a.

TYLKA, T. L.; WOOD-BARCALOW, N. L. What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. **Body Image**, v. 14, p. 118–129, 2015b.

APROXIMAÇÕES ENTRE PSICOLOGIA DA SAÚDE E HOMOSSEXUALIDADE

Adan Renê Pereira da Silva

Universidade Federal do Amazonas, Doutorando
do Programa de Pós-Graduação em Educação
Manaus- Amazonas

Iolete Ribeiro da Silva

Universidade Federal do Amazonas, Professora
Doutora no Programa de Pós-Graduação em
Educação Manaus – Amazonas

Suely Aparecida do Nascimento Mascarenhas

Universidade Federal do Amazonas, Professora
Doutora no Programa de Pós-Graduação em
Educação
Manaus – Amazonas

RESUMO: O artigo propõe-se discutir contribuições para a Psicologia da Saúde a partir da aproximação com a diversidade sexual, com foco na homossexualidade. Para tanto, foram entrevistados 5 (cinco) sujeitos acerca do que pensam sobre a homossexualidade e como concebem sua orientação sexual, a partir de um enfoque qualitativo de pesquisa. Os dados foram analisados a partir da Análise de Conteúdo, conforme proposta de Bardin (1977). As quatro categorias temáticas geradas - Homossexualidade como ambivalência: “nasci assim” ou “me tornei assim”, Homossexualidade enquanto construção social: fatores culturais, sentidos da homossexualidade e

homossexualidade é identidade - mostram o quanto a Psicologia da Saúde pode apropriar-se de categorias como gênero, orientação sexual, diversidade sexual, para gerar aquilo que se propõe: saúde. Neste sentido, espera-se que o estudo possa contribuir para um debate mais aprofundado da temática, por meio da práxis a partir da reflexão no cotidiano, já que ainda se parece caminhar de forma tímida em relação à abrangência requerida do profissional que trabalha com o intuito de promover saúde nos diferentes locais em que atua. Também se entende que a melhor forma de compreender os sujeitos em suas especificidades é por meio da escuta de suas demandas e de como representam a si mesmos.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia da Saúde; Diversidade sexual; homossexualidade.

ABSTRACT: The article proposes to discuss contributions to Health Psychology from the approach to sexual diversity, focusing on homosexuality. For that, five (5) subjects were interviewed about what they thought about homosexuality and how they conceived their sexual orientation, based on a qualitative research approach. The data were analyzed from the Content Analysis, as proposed by Bardin (1977). The four thematic categories generated - Homosexuality as ambivalence: “I was born like this” or “I became like this”, Homosexuality as

a social construct: cultural factors, the meanings of homosexuality and homosexuality are identity - show how Health Psychology can appropriate categories such as gender, sexual, sexual diversity, to generate what is proposed: health. In this sense, it is hoped that the study may contribute to a more in-depth debate on the subject, through praxis based on daily reflection, since it still seems to be timid in relation to the required scope of the professional working with the to promote health in the different places where it operates. It is also understood that the best way to understand subjects in their specificities is by listening to their demands and how they represent themselves.

KEYWORDS: Health Psychology; Sexual diversity; homosexuality.

1 | INTRODUÇÃO

O presente texto foi escrito com foco nas reflexões geradas por uma pesquisa no campo da Psicologia. Trata-se de uma inquietação oriunda das discussões em torno da temática de vivência de sujeitos no campo da diversidade sexual. O recorte foi a homossexualidade, atrelando-se a orientação sexual à discussão no campo da Psicologia da Saúde, com foco na seguinte indagação: como a Psicologia pode promover saúde, em seu sentido amplo, a pessoas que fogem do padrão heterossexual, no sentido de minimizar sofrimento e gerar bem-estar?

A proposta foi entrecruzar contribuições da discussão sobre gênero e diversidade sexual com o referencial teórico da Psicologia da Saúde, pensando como tal entrecruzamento pode fornecer subsídios para ampliar as práticas da Psicologia da Saúde. Optou-se por um recorte na homossexualidade, enfatizando a fala dos próprios sujeitos acerca do que pensam sobre o que são, para tornar a pesquisa exequível.

A ideia de escrever sobre a homossexualidade parte, por um lado, de um conceito de saúde ampliado pelos órgãos competentes, os quais, ao perceberem a complexidade da questão pensaram-na para além da mera ausência de doenças e, por outro, pela constatação do aumento do conservadorismo no Brasil, o qual se manifesta ora juridicamente, por meio de propostas de leis como o “Escola sem Partido”, ora pelo desmerecimento de teorias científicas como a de “gênero”, que se tornou “ideologia de gênero” no meio religioso, bem como pelo reaparecimento de posturas como a repatologização da homossexualidade, mesmo estando tal orientação sexual excluída do rol oficial de doenças pela própria Organização Mundial de Saúde. Entende-se que falar sobre o tema é uma maneira de resistir.

Também se entendeu que, dada a grande amplitude de orientações sexuais e de gênero, a pesquisa necessitaria de um foco delimitado, para conseguir ser realizada. Decidiu-se, então, falar de uma orientação sexual em específico, a homossexualidade.

A escrita gira em torno de dois momentos: um primeiro, em que se apresenta o campo da Psicologia da Saúde, um segundo, onde se apresenta uma discussão em torno de gênero e diversidade sexual, e, por fim, apresenta-se a pesquisa, seus resultados e discussão.

2 | PSICOLOGIA DA SAÚDE E POSSIBILIDADES DE APROXIMAÇÃO DA TEMÁTICA SEXUALIDADE/DIVERSIDADE SEXUAL

Para Capitão, Scortegagna e Baptista (2005), a psicologia no campo da saúde está se constituindo como uma das formas de se pensar o adoecimento e os modos pelos quais homens e mulheres podem manter-se de forma saudável. Neste sentido, para Straub (2014), um tema fundamental da Psicologia da Saúde seria o estudo dos muitos fatores que interagem para determinar a saúde, com foco na aplicação de princípios e pesquisas psicológicas para a melhoria da saúde e o tratamento e prevenção de doenças, com recorte no entrelaçamento de condições sociais, fatores biológicos e até mesmo traços de personalidade. O autor chama atenção para que, por intermédio da análise do contexto social, a perspectiva de gênero em psicologia ganha contornos específicos, tanto em barreiras que tais condições encontram nos serviços de saúde, quanto no fato de que a profissão médica tenha tradição em tratar homens e mulheres de maneira diversa.

Para Ribeiro (2011), uma das características da Psicologia da Saúde, para além de focar seu interesse nos aspectos de saúde e de doenças não mentais é, também, o deslocar da atenção do pólo “doença” para o pólo “saúde”, passando a considerá-la como objeto epistemológico diferente das doenças, com definição própria e métodos de intervenção e de avaliação específicos. Compreende-se, com o autor, que as mudanças que ocorreram a partir de 1970 com a concepção de saúde alteraram mesmo o próprio papel da Psicologia no sistema de saúde. A definição atual coloca a saúde num contexto alargado de bem-estar humano em geral.

Já para Almeida e Malagris (2011), a Psicologia da Saúde é a área da Psicologia que estuda o comportamento humano no contexto da saúde e da doença, buscando compreender o papel das variáveis psicológicas sobre a manutenção da saúde, o desenvolvimento de doenças e comportamentos associados à doença. A atuação do psicólogo da saúde, poderia ser, então, centrada na promoção da saúde e da prevenção de doença, nos serviços clínicos a indivíduos saudáveis ou doentes e em pesquisa e ensino. A maioria dos profissionais, conforme os autores, trabalha em hospitais, clínicas e departamentos acadêmicos de faculdades e universidades.

Pode-se depreender que, como Psicologia que pensa a saúde, uma primeira aproximação com a sexualidade/diversidade sexual estaria exatamente pela “ampliação” que se faz da ideia de saúde, a qual passa a ser um conjunto multifatorial e não apenas ausência de doença. Nesse diapasão, a própria sexualidade, quando vivida saudavelmente torna-se promotora (ou não) de saúde, sendo, portanto, um aspecto fundamental do sujeito a ser considerado pela Psicologia da Saúde.

Uma outra possibilidade de aproximação seria exatamente pelas possibilidades da atuação do psicólogo da saúde, que trabalha, conforme pontua Straub (2014) como professor, pesquisador e/ou clínico, necessitando aprofundar-se nas discussões de gênero e diversidade sexual para melhor atender às demandas cotidianas.

Por fim, pensando também na citação de Almeida e Malagris (2011), percebe-se a amplitude da atuação profissional do psicólogo da saúde, o que deve aproximá-lo de todas as formas de promoção de saúde, incluindo uma sadia vivência de sua sexualidade, a partir da autoaceitação e autodeterminação de suas vivências no campo da sexualidade e da expressão de gênero.

Imprescindível, assim, um profissional capacitado para trabalhar com a temática em análise, de uma forma propositiva e crítica, embasado holisticamente nas questões que tangenciam as plurais orientações sexuais e de gênero.

3 I GÊNERO, SAÚDE E DIVERSIDADE SEXUAL: PENSANDO A ORIENTAÇÃO SEXUAL PARA UMA PSICOLOGIA DA SAÚDE

De maneira geral, entende-se, na presente escrita, gênero na perspectiva de Scott (1990), como o saber a respeito das diferenças sexuais – construída culturalmente em um processo histórico e social, o que torna a categoria livre de naturalizações, sendo transformável, maleável, passível de metamorfoses. Saúde aqui é trabalhada na perspectiva ampliada para além de ausência de doenças e atrelada a processos econômicos e sociais, conforme documentos da Organização Mundial de Saúde e demais órgãos internacionais. A diversidade sexual compreende todo o espectro de possibilidades de “ser no mundo” dos diferentes sujeitos e a orientação diz respeito para onde se volta o desejo do sujeito, como uma bússola apontando para determinado norte.

Borges et al (2013), ao revisarem produções acadêmicas dos programas de graduação e pós-graduação do curso de Psicologia da PUC de Goiás que versam sobre gênero, sexualidade, homossexualidade e/ou homossexuais, percebem que o ensino da Psicologia ainda se concentra predominantemente nos estudos das identidades, em uma visão normativa, polarizada e patologizada quanto ao gênero e às sexualidades. Essa constatação é importante no intuito de repensar a prática do profissional de saúde, tendo em vista o papel de autoridade que, conscientemente ou não, é assumido pelo psicólogo e que pode ser um fator de aproximação ou de afastamento.

Ao visitar o tema, as autoras, por meio da revisão bibliográfica empreendida, mostram-nos as duas principais posturas dos estudos de gênero na Psicologia: a abordagem empiricista e a abordagem construcionista. Para a primeira, as diferenças sexuais estariam pautadas na existência de diferenças inatas e estáveis entre os sexos. Já na chamada abordagem construcionista, pós-moderna, tem-se um antiessencialismo e antirrealismo, pressupondo que o mundo social e os indivíduos sejam produtos de um processo social e que não existam essências dentro das coisas que as tornem o que são.

Paiva (2008, p. 643) salienta a associação feita pelo senso comum entre o

psicólogo e a sexualidade. Entretanto, ela salienta que o trabalho desse profissional seria beneficiado se houvesse uma redescoberta desse conceito (sexualidade), por propiciar que se superassem abordagens baseadas em valores pessoais e em outras com pretensões universalistas. A autora enxerga no construcionismo uma alternativa ao modelo clássico de uma sexualidade que se desvincule de valores e noções pessoais. Para ela, o paradigma construcionista “definiu como compreender a sexualidade como fenômeno social, a desigualdade entre os sexos, a subordinação das mulheres, a discriminação sexual; nas últimas três décadas dedicou-se fortemente a compreender a epidemia da Aids e a violação de direitos sexuais”.

Nesse sentido, a Psicologia da Saúde pode aproximar-se do campo da sexualidade, inclusive pensando temas como doenças sexualmente transmissíveis, relações de poder e saúde, potencialidades e vulnerabilidades da sexualidade, entre outros. Importante momento é o dos anos 1970, com a produção feminista destacando o questionamento acerca da inevitabilidade e a naturalidade da desigualdade entre os sexos e da subordinação feminina. A categoria *gênero* surge nesse momento, como relevante categoria de análise social, com destaque para a historiadora Joan Scott (PAIVA, 2008).

Em interessante estudo sobre gênero e saúde, Alves et al (2011) discutem a necessidade de compreender os fatores que influenciam os homens a procurarem menos que as mulheres os serviços de Atenção Primária à Saúde. Como constatado pelos pesquisadores, há uma maior mortalidade e sobremortalidade masculina quando comparadas as causas de morte e, por outro lado, maior procura feminina pelos serviços de saúde. As autoras percebem uma estrita relação entre um modelo culturalmente construído de masculinidade e sua influência nos cuidados com a própria saúde.

Entre os autores parece haver certa unanimidade em superar o que se chama de determinismo biológico para explicar a desigualdade entre os gêneros. Mattos et al (2015), ao investigarem a desigualdade de gênero entre homens e mulheres a partir de um estudo de revisão narrativa de publicações compreendidas entre 1990 e 2012 sobre a temática, concluem pela necessidade de entendimento do processo de construção social das diferenças entre homens e mulheres e de como isto tem contribuído para uma desigual distribuição de poder e, conseqüentemente, de mais geração de desigualdade de gênero, o que impacta diretamente o campo da saúde.

Entender gênero torna-se uma necessidade para o profissional da Psicologia de Saúde, principalmente para aqueles que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme prelecionam Martins, Abade e Afonso (2016), trabalhando no SUS, o psicólogo precisa buscar a perspectiva da integralidade nos diversos locais que compõem a rede, o que requer uma dimensão dialógica, pautada na escuta atenta dos profissionais às necessidades de saúde das pessoas. Isso implicaria compreender as especificidades, as potencialidades e as vulnerabilidades da população em seu contexto de existência, tendo os direitos humanos como norteador e atravessador de todos os processos. Isso incluiria também a perspectiva de gênero, por meio de

políticas públicas voltadas para as singularidades dos diferentes públicos. A perspectiva de gênero, seria, inclusive, um pressuposto da integralidade ao cuidado à saúde.

Ressalta-se que não se pode desvincular a homossexualidade das discussões em torno do gênero, posto que o homossexual (masculino ou feminino) também se encontra inserido nas teias culturais que constroem as diversas expressões do que é “masculino” ou do que é “feminino”, o que certamente influencia como se representa e como representa o outro, seja homossexual ou não. Por isso a discussão empreendida neste tópico, a fim de atentar para a questão debatida.

4 | METODOLOGIA

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cinco homossexuais masculinos, dentro de um enfoque qualitativo de pesquisa. Os sujeitos foram escolhidos por amostra proposital, conforme critérios de Charmaz (2000).

Como critérios de participação, tivemos o reconhecimento do sujeito de ser homossexual (ser assumidamente gay). Não houve pré-requisito em relação a ser homossexual masculino ou feminino, entretanto, os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa eram todos do sexo masculino. Também não houve restrição em relação ao grau de escolaridade (a título de informação, todos possuíam Ensino Médio Completo, sendo um entrevistado estudante de nível superior). Em relação à idade, os sujeitos possuíam entre 18 e 25 anos.

Após realização das entrevistas, estas foram analisadas por meio da análise de conteúdo, consoante proposta de Bardin (1977). Foi escolhida a análise temática para exposição dos resultados, por acreditar-se que torna os dados mais lógicos, tomando como referência a perspectiva do leitor. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas e procurou resguardar todas as instruções preconizadas em resolução pertinente, incluindo assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como garantia do anonimato, os nomes dos entrevistados foram trocados por P1, P2, P3, P4 e P5.

5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

De posse das informações acima expostas, apresentam-se as categorias geradas por intermédio da análise de conteúdo e a discussão. São elas:

5.1 Homossexualidade Como Ambivalência: “Nasci Assim” Ou “Me Tornei Assim”.

“É uma coisa assim que não tem como explicar, né? Porque não é uma coisa que se colocou... Eu já nasci assim” (P1).

Em um primeiro momento, as falas circulam em torno do que os sujeitos acreditam ser a origem da homossexualidade. Para muitos, as primeiras experiências sexuais

se confundem com o que os entrevistados consideram como “início” da orientação sexual, o que traz embutido uma ideologia que vê na atividade sexual sinônimo de identidade sexual. Também se pôde captar nesse primeiro ponto certa contradição, pois em muitos momentos os entrevistados dizem identificar-se como homossexuais como algo “desde sempre”, “não teve influências”, “que dá sinais desde a infância”, porém, em outros momentos, há ligação entre ato sexual e orientação sexual.

Como posto na discussão teórica, é indispensável a realização do debate acerca das construções sociais em torno dos papéis esperados e a serem desempenhados pelo “masculino” e pelo “feminino”. Entende-se, por exemplo, que a ligação estabelecida entre ser gay e manter relação sexual com outro homem diz muito da internalização da ideia de atividade sexual como preponderante na análise da autodefinição, inclusive no campo de gênero/orientação sexual. Em detrimento do que “eu sinto” está o que “foi dito e aprendido”, o que ajuda a explicar a ambivalência captada nas falas.

Essa primeira categoria também atrelou a vivência de ser homossexual a algo “normal”, “muito bom”, “nada de diferente”. Nenhum dos entrevistados revelou qualquer “trauma infantil” ou vivência de abuso sexual, algo ainda muito pensado pelo senso comum. Também se percebeu uma “naturalização do natural” bem como do “normal”, visto que quatro participantes afirmaram ser “naturalmente homossexuais”, mas, ao serem questionados sobre o que significa ser “normal” ou “naturalmente” homossexuais, não souberam explicar tais definições. Talvez essas ideias queiram expressar o que os cinco entrevistados afirmaram em uníssono: a homossexualidade é algo que se manifesta bem antes da vida adulta.

Interessante que os entrevistados também enxergam a homossexualidade como afetividade e vivência. As respostas oscilaram entre “felicidade”, “uma forma de estar no mundo”, “ter tesão por pessoas do mesmo sexo”, “ser igual a todo mundo” e “viver a diversidade, respeitando limites”.

5.2 Homossexualidade Enquanto Construção Social: Fatores Culturais.

“Eu recebo críticas no sentido de que eu sou muito aberto em relação as minhas... as minhas relações, né? Por exemplo, a minha família me critica muito, por ser muito público em relação às minhas relações, né?” (P2)

Nesta categoria estão agrupados os conteúdos ligados ao sujeito em suas relações sociais e como estas impactam a construção de sua sexualidade, dentro de determinado sistema cultural. Muitos dos conteúdos aqui expostos vieram a partir do que os entrevistados chamaram de “críticas”. Em torno desse núcleo pôde-se agrupar como as pessoas, grupos, instituições com quem os entrevistados convivem “moldaram” a construção subjetiva dos diferentes sujeitos.

As falas evidenciaram situações de sofrimento psíquico em diversos contextos: escola, igreja, família. Entretanto, todos os sujeitos que relataram sofrimento trouxeram

uma concepção da vivência homossexual como tão intrínseca, arraigada em si, que as diferentes expressões de sofrimento nunca provocaram mudanças na expressão sexual. Os sujeitos pareceram criar rotas para lidar com o sofrimento, sem necessitarem abandonar quem são. O momento de maior preocupação para o homossexual parece ser o “assumir-se gay”, onde a maioria das violências (físicas, psicológicas e/ou simbólicas) emergiram e são relatadas como difíceis. Isso parece ser um campo onde se podem pensar possibilidades de intervenção do psicólogo da saúde, em sentido preventivo, principalmente aqueles que trabalham na saúde pública.

Ressignificar aspectos relacionados à vivência da sexualidade, para que muitas das suas manifestações não sejam vistas como problemáticas, seria um interessante ponto de intersecção que o entrelaçamento com gênero, orientação e diversidade sexuais pode oferecer ao psicólogo da saúde.

Destaca-se também como promissor pensar na relação sujeito-família e como ela pode ser fortalecida ou enfraquecida dependendo da maneira como o sistema familiar encara a sexualidade, sendo fator de potencialidade ou enfraquecimento psíquico, como demonstra a fala de P4:

Bom, o relacionamento afetivo-familiar, ele já é assim um pouco mais complicado, né? Éééééé, hoje, hoje em dia, é, eu não me dou muito bem com a minha mãe, né, acho que porque nós temos temperamentos muito, muito, muito... fortes, né? Acho que herdei isso dela [...] (para, emocionado, reflete e prossegue, olhos marejados) quando eles souberam, quando eu contei pra eles, é, é, eles ficaram abalados, ficaram tristes [...] foi um choque para eles. Hoje em dia a gente tem um relacionamento ela lá e eu aqui. Nossa família é muito fria, cada um no seu quadrado.

Também se conseguiu perceber em plenitude a potência dos contatos humanos. As pessoas se influenciam, deixam um pouco de si nas outras, gerando registros psíquicos em variadas configurações subjetivas. As relações são significadas, sentidas, internalizadas, “metamorfoseadas”. Essa é uma dimensão muito importante que não pode ser negligenciada pelo profissional de saúde, em especial, o psicólogo.

5.3 Sentidos da Homossexualidade.

“Se não fosse homossexual, seria uma pessoa bem chata” (P3)

Nessa categoria foram agrupadas falas que permitem visualizar o que o sujeito significou subjetivamente sobre a experiência de ser homossexual. De modo geral, os entrevistados alegaram nunca ter parado para pensar a própria vida segregada da própria sexualidade tal como construída. Os sujeitos ligam a homossexualidade a uma expressão feliz, a gostos culturais peculiares que o singularizam. Veem na sexualidade “o que sou” (P1), “parte de mim” (P2), “não consigo me imaginar não sendo gay” (P3).

Para todos os sujeitos, viver a homossexualidade é vivê-la em tudo aquilo que pode oferecer: “Gay tem que ficar com gay” (P5), “Mana, uma gay ‘cata’ outra gay,

porque a gente sabe como é” (P3), “ser gay pra mim é ser como camaleão, a gente vai se camuflando pra melhor passar” (P2).

Um dado interessante foi como os sujeitos historicam o “tornar-se gay”. Afinal, na fala deles as questões de educação sexual formal (privilegiando escola e família, meios de socialização por excelência) que foi levantada como hipótese de aprendizagem esteve ausente na maioria dos discursos. Os entrevistados foram unânimes em falar que em casa e na escola nunca ouviram falar de educação sexual na perspectiva das singularidades homossexuais. A maioria aprendeu com os amigos “como” ser gay e como eram os relacionamentos.

A escola é relatada pelos entrevistados como “descoberta”. A maior parte andava com meninas e teve pouco contato com os professores: apenas um relatou ter conversas com os professores sobre sexualidade. De modo geral, a educação sexual para a diversidade mostrou-se um tabu, gerando uma “perigosa” lacuna: se os pais não falam sobre educação sexual, nem a escola, onde o sujeito aprenderá?

5.4 Homossexualidade é Identidade.

Ao término da entrevista, solicitou-se aos sujeitos que falassem livremente sobre que representação possuem da homossexualidade, ao que se obtiveram algumas falas passíveis de aglutinação.

Bom, a minha primeira experiência sexual foi aos seis anos de idade, como eu disse no início, foi uma pessoa bem próxima a mim, né? [...] eu fiquei com aquilo na cabeça assim, num, vamos dizer, e desde aí eu continuei fazendo, continuei fazendo, [...] então teve várias experiências dessa forma até chegar assim, né, na condição que eu estou agora na fase adulta [...] (P1).

Bem, eu sou feliz. Sou gay e sou feliz. Eu sei da minha condição, não é uma condição fácil, mas a gente procura se encontrar e a gente se acha [...] Eu não acredito de que é encosto como a igreja evangélica prega que é encosto. Acredito que a gente nasce gay e é assim mesmo e a gente tem que aceitar. Ser gay não é a pior coisa do mundo (P2).

Eu acho que ser homossexual, não é ser diferente, e sim ser normal como qualquer pessoa. Todo mundo merece e deve ter seu espaço. Porque tem gente por aí que tem preconceito e tudo mais. Eu acho uma falta de ética isso (P3).

Ser gay é ser babado. Sou bicha mesmo, vou morrer assim (P4).

Eu sou assumido, todos que convivem ao meu redor sabem da minha orientação sexual (P5).

De modo geral, pode-se notar o quanto a indissociabilidade sujeito-sexualidade é presente nos discursos dos entrevistados, corroborando a perspectiva de saúde adotada pelos organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde – saúde como um estado para além da mera negação da doença, pressupondo um

estado de bem-estar subjetivo mais complexo, por atrelar questões biológicas, mentais e sociais. Nesse sentido, esse conceito que pensa as condições econômicas, sociais e históricas precisa ser incorporado pelo psicólogo da saúde, já que aumenta seu campo de visão para melhor atuar, não correndo o risco de invisibilizar configurações subjetivas tão importantes como a sexualidade.

Também pode-se perceber, nas falas dos sujeitos, como a homossexualidade é recheada de sentidos e significados, o que aproxima a necessidade de encarar as sexualidades, diversidade de gênero sob uma perspectiva menos reducionista e determinista e mais interligada ao contexto cultural. Aproximamo-nos, dessa forma, das perspectivas construcionistas aqui descritas, como as apresentadas por Paiva (2008), Borges et al (2013) e demais autores que propugnam pelo extrapolamento da dimensão unicamente biológica, vendo no sujeito um ser ativo, histórico e social.

Na primeira parte da discussão teórica aventamos algumas possibilidades de aproximação da Psicologia da Saúde do gênero, orientação sexual e diversidade sexual. Gostaríamos aqui de retomá-las para corroborá-las, já que o trabalho tende a confirmar nossas hipóteses.

Em um primeiro pólo, confirmamos que, como Psicologia que pensa a saúde, uma primeira aproximação com a sexualidade/diversidade sexual estaria exatamente pela “ampliação” que se faz da saúde como um conjunto multifatorial e não apenas como ausência de doença. Nesse diapasão, a própria sexualidade, quando vivida saudavelmente torna-se promotora (ou não) de saúde, sendo, portanto, um aspecto fundamental do sujeito a ser considerado pela Psicologia da Saúde.

Em um segundo pólo, uma outra possibilidade de aproximação seria exatamente pelas possibilidades da atuação dos psicólogos da saúde, que trabalham, conforme pontua Straub (2014) como professores, pesquisadores e/ou clínicos, necessitando aprofundar-se nas discussões de gênero e diversidade sexual para melhor atender às demandas cotidianas.

Por fim, em um terceiro pólo, pensando também na citação de Almeida e Malagris (2011), percebe-se a amplitude da atuação profissional do psicólogo da saúde, o que o deve aproximar de todas as formas de promoção de saúde, incluindo uma sadia vivência de sua sexualidade, a partir da autoaceitação e autodeterminação de suas vivências no campo da sexualidade e da expressão de gênero.

De posse das categorias em análise, pôde-se perceber que as diferentes sexualidades possuem muito a oferecer ao psicólogo da saúde. Como exposto, com foco na escuta do que o sujeito tem a dizer, o profissional propositivo tem a oportunidade de atuar promovendo saúde física e mental, campo dessa atuação em específico.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Espera-se que o presente estudo tenha levantado a importância de o sujeito ser entendido enquanto construção, para que a atuação psicológica seja pautada pela

ética profissional e não por julgamentos morais e/ou religiosos.

Crê-se também que o relato dessa pesquisa pôde contribuir para pensarmos na importância da transversalidade dos direitos humanos quando da atuação profissional. O sujeito precisa ser respeitado em suas singularidades, para que a constante violação de direitos seja erradicada e/ou minimizada. Nesse sentido, é preciso um profissional que saia de teorias universalistas, entendendo que é a teoria que deve moldar-se ao sujeito, não o contrário.

As diferentes sexualidades possuem muito a oferecer ao psicólogo da saúde. Entretanto, dizer não basta, se não houver espaço para escuta qualificada e acolhimento.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Raquel Ayres de; MALAGRIS, Lucia Emmanoel Novaes. A prática da psicologia da saúde. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, n. 14, v. 2, p. 183-202, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200012&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 2 dez. 2017.

ALVES, Railda Fernandes et al. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, n. 13, v. 3, p. 152-166, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000300012&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 19 out. 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BORGES, Lenise Santana et al. Abordagens de gênero e sexualidade na Psicologia: revendo conceitos, repensando práticas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, n. 33, v. 3, p. 730-745, 2013. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000300016>. Acesso em: 10 out. 2017.

CAPITÃO, Cláudio Garcia; SCORTEGAGNA, Silvana Alba; BAPTISTA, Makilim Nunes. A importância da avaliação psicológica na saúde. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, n. 4, v. 1, p. 75-82, 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712005000100009&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 10 out. 2017.

CHARMAZ, Krauz. Grounded Theory: Objectivist and Constructivist Methods. In: DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. (Eds.), **Handbook of qualitative research**. 2ª. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2000.

MARTINS, Alberto Mesaque; ABADE, Flávia Lemos; AFONSO, Maria Lúcia Miranda. Gênero e formação em Psicologia: sentidos atribuídos por estudantes à saúde do homem. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 22, n. 1, p. 164-184, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1677-11682016000100011. Acesso em: 10 out. 2017.

MATTOS, Amália Ivine Santana et al. Desigualdades de gênero: uma revisão narrativa. **Ver. Saúde. Com.**, Maceió, n. 11, vol. 3, p. 266-279, 2015.

PAIVA, Vera. (2008). A psicologia redescobrirá a sexualidade? **Psicologia em Estudo**, Maringá, n. 13, v. 4, p. 641-651, 2008. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000400002>. Acesso em: 01 nov. 2017.

RIBEIRO, José Luís Pais. A Psicologia da Saúde. In: ALVES, R.F. (org). **Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa** [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. Disponível em SciELO Books <http://books.scielo.org>.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Rio Grande do Sul, v. 16, n. 2, p. 5-22, 1990.

STRAUB, Richard. **Psicologia da Saúde: uma abordagem biopsicossocial**. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 528p.

ALTERAÇÕES EMOCIONAIS DO CUIDADOR FRENTE AO CÂNCER INFANTIL

Liliane Maria da Silva Saraiva

Graduada do curso de Psicologia,
UNILEÃO; Especialização em Saúde Mental-FJN
Formação em Gestalt Terapia.
email: lilimariasaraiva@hotmail.com

RESUMO: Objetiva-se investigar alterações emocionais do cuidador frente ao sofrimento da criança com câncer. Trata-se de uma revisão de literatura, realizada em fevereiro de 2017, nas bases: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Index Psicologia - Periódicos técnico-científicos e na biblioteca Scientific Electronic Library Online, com a pergunta norteadora: como os cuidadores vivenciam o sofrimento ocasionado pelo câncer infantil? Analisou-se estudos publicados de 2003 à fevereiro de 2017 que abordassem a temática e excluiu-se as duplicatas. A amostra foi composta por 11 estudos. A análise ocorreu de forma interpretativa descritiva. Os dados foram expostos em três categorias analíticas. O sofrimento do cuidador relaciona-se à incertezas, experiências dolorosas e desesperadoras, alterações na dinâmica familiar e social e medo da perda. As intervenções realizadas pelos profissionais de saúde devem ocorrer de forma humanizada, desenvolvidas a partir da investigação de aspectos biopsicossociais

e direcionadas a auxiliar o enfrentamento, aconselhar, acompanhar, tratamento, estabelecer vínculo terapêutico, facilitar a compreensão dos fenômenos e significados atribuídos ao tratamento oncológico.

A assistência ofertada deve contribuir para melhor enfrentamento do processo de adoecimento da criança, favorecendo a redução do sofrimento nesse contexto e a promoção do cuidar integral a partir do vínculo terapêutico, escuta qualificada e seguimento clínico.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Criança. Emoções. Oncologia.

1 | INTRODUÇÃO

O câncer constitui uma doença crônico-degenerativa que afeta elevado número de pessoas a nível mundial, sendo considerado um problema de saúde pública (SOUSA et al., 2012). O câncer infanto-juvenil caracteriza-se pela ocorrência de lesões malignas em indivíduos menores de 19 anos, embora seja considerado raro por representar de 2 a 3% de todos os tumores malignos, constitui a segunda causa de morte entre crianças e adolescentes (BRASIL, 2014; BRASIL, 2012).

Essa patologia repercute diretamente nas atividades de vida diária das crianças e familiares que acompanham o processo de diagnóstico,

tratamento e recuperação. O cuidador de uma criança submetida ao tratamento quimioterápico pode apresentar diversos comportamentos, como agressividade, depressão e anseio da morte, o que requer atuação da equipe multiprofissional de saúde no que se refere à avaliação e ao suporte à pessoa e sua família (ANJOS; ESPIRITO SANTO; CARVALHO, 2015; ANGELO; RODRIGUES; MOREIRA, 2010).

Embora possa ser profissional de saúde, parentes e ou amigos, na maioria das vezes o cuidador é a genitora. As mães sofrem tanto quanto devido: o luto antecipado, a modificação brusca nas atividades de vida diária, o abandono

do trabalho, o sofrimento de pacientes vizinhos ao seu leito e por presenciar óbitos. Essas vivências podem desencadear e ou agravar processos dissociativos e alterações do estado mental (SANTOS et al., 2011).

A genitora geralmente é a principal cuidadora da criança e vivencia, principalmente, duas situações conflituosas: o tempo em que a mãe “vive o tempo da doença”, o qual é permeado de incertezas ao mesmo tempo em que “vive um tempo de luta pela vida” emergindo a necessidade de remover ameaças de morte da criança (MOREIRA; ANGELO, 2008, p. 2).

O fato de possuir um filho com câncer instaura uma eminência de perda para a família, provoca dor principalmente psicológica (CASTRO, 2010). A percepção das mães sobre o tema normalmente é rodeada de sentimentos de negação e resignação de maneira a alterar todo o cotidiano da cuidadora. Desse modo, os cuidados não devem ser exclusivos das crianças, mas envolverem a mãe que também vivencia todo o processo (LAWRENZ; PEUKER; CASTRO, 2016).

Uma das experiências marcantes é o momento do diagnóstico, sobretudo devido a comunicação muitas vezes não ser sistematizada, acarretando impactos psicológicos como depressão e ansiedade. Nesse sentido, o papel da equipe de saúde, em especial do psicólogo, torna-se essencial de maneira a minimizar os danos pela realização de acolhimento com uso de tecnologias leves que conduzem a formação de vínculo terapêutico, escuta qualificada e seguimento clínico. O psicólogo deve realizar assistência humanizada, de modo a tentar minimizar o sofrimento psíquico vivenciado pelos cuidadores de crianças diagnosticadas com câncer (QUINTANA et al., 2011).

Nesse sentido, na assistência ao cuidador de criança com câncer, faz-se indispensável novos métodos que auxiliem na comunicação durante as fases do adoecimento ou mesmo nas fases do processo de morte e morrer (QUINTANA et al., 2011).

Diante do exposto, faz-se repensar a necessidade de um estudo que possa compreender esse processo, com o objetivo de contribuir para a reflexão da tomada de decisão diante do processo de adoecimento, bem como, sobre a importância da assistência ofertada pelos profissionais de saúde.

Diante do exposto, questiona-se: Como os cuidadores vivenciam o sofrimento ocasionado pelo câncer infantil?

Além disso, os resultados podem ampliar o conhecimento acerca do sofrimento

vivenciado diante do câncer infantil, bem como formas de enfrentamento. Desse modo, pode subsidiar intervenções dos profissionais de saúde direcionadas as principais alterações emocionais vivenciadas, com vista à atenção integral a saúde.

Assim, objetivou-se investigar as alterações emocionais do cuidador frente ao sofrimento da criança com câncer.

2 | MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura realizada em fevereiro de 2017.

Primeiramente, baseado no tema, elaborou-se a seguinte questão norteadora do estudo: como os cuidadores vivenciam o sofrimento ocasionado pelo câncer infantil?

Realizou-se a busca na literatura com os seguintes descritores em ciências da saúde: “cuidadores”, “mães”,

“criança”, “psicologia” e “neoplasias”, estes cruzados com o operador *booleano* AND.

A busca ocorreu nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Index Psicologia - Periódicos técnico-científicos e na biblioteca Scientific Eletronic Library Online (SciELO).

Após aplicação dos filtros: 1- idioma-português, 2- artigo como tipo de documento, 3- recorte temporal (de 2003 à fevereiro de 2017), 4- disponível para download, obteve-se 274 artigos, os quais foram submetidos a leitura na íntegra.

Utilizou-se como critério de inclusão os estudos que versassem acerca da temática câncer infanto-juvenil e como critério de exclusão: duplicatas em bases ou bibliotecas de dados. A amostra final totalizou 11 artigos.

Os dados obtidos foram analisados de forma interpretativa descritiva, sendo extraídas evidências que respondessem à pergunta norteadora supracitada. Apresentou-se as informações em três categorias analíticas, sendo estas discutidas conforme a literatura científica.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresenta-se as evidências obtidas nos estudos em três categorias: 1- O câncer infantil e suas interfaces; 2- Impactos do câncer para a criança e seus cuidadores, e; 3- Importância da assistência da equipe de saúde frente as alterações emocionais no contexto oncológico.

3.1 O Câncer Infantil e Suas Interfaces

A oncologia é um ramo da ciência que estuda aspectos e características

relacionadas a diversos tipos de câncer e tumores. As alterações celulares são desenvolvidas a partir de um comportamento anormal de células que resultam na formação de tecidos diferenciados, tanto fisiológica quanto anatomicamente do tecido de origem, com potencial reduzido de apoptose celular e elevado crescimento tecidual (SIEGEL; BARROS, 2014).

As células podem se proliferar desordenadamente originando novas formações. A neoplasia pode se desenvolver de maneira benigna com crescimento lento e delimitado, mas as células podem se proliferar rapidamente e avançarem para áreas diferentes das que se originaram (metástase) (WHITAKER et al., 2013).

O desenvolvimento de um câncer tem etiologia multifatorial, pode ocorrer em todas as faixas etárias e desencadeia respostas e desfechos clínicos diferenciados. Dentre os fatores de risco relacionados a etiologia da doença, citam-se: tabagismo, hábitos alimentares não saudáveis, alcoolismo, radiação solar, fatores genéticos, hereditários e exposição ocupacional (AQUINO et al., 2015).

Quando o câncer ocorre na infância pode apresentar efeitos tardios abrangendo aspectos físicos, emocionais e sociais. Além disso, durante este período há uma maior dificuldade na realização de cuidados em decorrência de fatores emocionais, principalmente relacionados a familiares dificuldades na comunicação ou do próprio paciente não entender os significados e implicações do processo de adoecimento (WHITAKER et al., 2013).

Segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA), espera-se um crescimento de mais de 13 mil casos novos de câncer infantil. Estima-se que ocorrerão cerca de 12.600 casos novos de câncer em crianças e adolescentes no Brasil por ano em 2017. Esse crescimento compreende de maneira uniforme a faixa etária mais acometida que varia entre 5 e 10 anos de idade (INCA, 2016).

As neoplasias podem ocorrer nos mais variados órgãos, sendo que os tumores mais frequentes na infância e na adolescência são as leucemias (que afetam os glóbulos brancos) e os do sistema nervoso central e linfomas (sistema linfático). Também acometem crianças e adolescentes o neuroblastoma (tumor de células do sistema nervoso periférico, frequentemente de localização abdominal), tumor de Wilms (tipo de tumor renal), retinoblastoma (afeta a retina, fundo do olho), tumor germinativo (das células que vão dar origem aos ovários ou aos testículos), osteossarcoma (tumor ósseo) e sarcomas (tumores de partes moles) (INCA, 2016; SILVA et al., 2014).

Quando se trata de pacientes pediátricos o tipo de câncer mais comum são as leucemias, que representam aproximadamente 35% dos casos, predominando a Leucemia Linfóide Aguda (LLA) (75%) seguido da Leucemia Mielóide Aguda (LLA), ambas originárias de alterações de células progenitoras hematopoiéticas da medula óssea (SILVA et al., 2014; HAZIN et al., 2015).

No Brasil, o câncer constitui uma das principais causas de óbito de crianças, principalmente nas regiões Norte e Nordeste (HAZIN et al., 2015). Além disso, estima-se que em 2017 as regiões Sudeste e Nordeste apresentarão os maiores números de

casos novos de câncer infantil, 6.050 e 2.750,

respectivamente, seguidas pelas regiões Sul (1.320), Centro- Oeste (1.270) e Norte (1.210) (INCA, 2016).

O desenvolvimento do câncer na faixa etária pediátrica ou infanto-juvenil, além de consequências físicas inerentes a doença, pode desencadear alterações psicológicas e emocionais, diante da necessidade de amadurecimento psíquico frente a uma doença grave. Esse precoce amadurecimento torna-se ainda mais relevante quando associado aos sofrimentos familiares, contínuos ao longo do processo de tratamento, ou mesmo pela expectativa de uma possível óbito (LANZA; VALLE, 2014).

Aspectos do processo de adoecimento e a necessidade de longo período de tratamento, muitas vezes não são bem compreendido entre as crianças, o que pode também contribuir para dificultar a adesão ao tratamento. O acompanhamento e aconselhamento dos pais e ou cuidadores e da criança em relação a essas questões poderiam ajudar no processo que muitas vezes é longo e doloroso, tanto para paciente como para familiares e profissionais que prestam assistência (SILVA; CABRAL, 2015).

As repercussões desse processo são muitas vezes vislumbrados apenas da ótica do paciente, mas sofrimentos emocionais e somáticos são transferidos para familiares, principalmente as genitoras, e cuidadores envolvidos no processo. A exacerbação de emoções surge principalmente do papel materno quando comparada ao papel paterno, que muitas vezes se mostra silencioso, o que pode ser um entrave para enfrentamento e acompanhamento da doença (RECH; LOPES, 2013).

Os tratamentos são ofertados de acordo com tipo de neoplasia e variam conforme estadiamento, localização,

idade e fatores relacionados a condição clínica. O tratamento pode passar por fases de exeresse cirurgia (total ou parcial) do tumor, quimioterapia com a utilização de medicamentos potentes para tentar combater o crescimento de células cancerígenas a nível sistêmico e radioterapia com utilização de raios ionizantes direcionados para determinada região anatômica (NOGUEIRA et al., 2015). Dependendo do grau de expansibilidade do tumor assim como de outras características associadas, o tratamento irá variar em relação a tipo, quantidade e frequências de sessões (MACEDO et al., 2015).

Dependendo do tipo de tratamento a qual irá ser submetida a criança pode realizar o tratamento em casa, com apenas alguns acompanhamentos durante a semana ou mesmo necessitar de internação hospitalar para tratamento e cuidados mais intensivo. Essas variantes de locais de tratamento podem influenciar diretamente em como o paciente, familiares e cuidadores irão lidar com essas interfaces do processo de adoecimento, o que pode ocasionar desgaste físico e emocional e demandar assistência profissional (ANDRADE et al., 2014).

Diante do desenvolvimento de estágios graves da doença surge a necessidade de se trabalhar aspectos relacionados aos cuidados paliativos e ao processo de morte e morrer. A possibilidade de óbito da criança gera uma experiência arrebatadora para

os familiares e para os profissionais que realizam a assistência à saúde. Geralmente é uma das mais complexas interfaces a ser trabalhada, pois envolvem sentimento de quem cuida e de quem é alvo de cuidados (SANCHES; NASCIMENTO; LIMA, 2014).

Diante dessas perspectivas, a atenção a saúde deve pautar-se em uma assistência multiprofissional embasada em

conhecimento e habilidades para compreender e intervir frente aos desafios enfrentados por pacientes, familiares e profissionais envolvidos na assistência na perspectiva de integralidade na atenção à saúde (AMADOR, 2013).

3.2 Impactos do Câncer Para a Criança e Seus Cuidadores

O processo de tratamento oncológico engloba desafios que envolvem desde os aspectos emocionais relacionados ao diagnóstico precoce vivenciados por pais, cuidadores e pela criança a representações sociais de medo relacionado ao déficit de conhecimento das peculiaridades da doença, contudo, os desafios vão além desses aspectos, podendo alterar a dinâmica e a rotina familiar (SIQUEIRA et al., 2015).

Um desafio frequentemente encontrado figura a resistência da criança no seguimento do tratamento por ser um processo, na maioria das vezes, doloroso e que demanda tempo. Essa resistência normalmente é expressa por medo e tristeza que acaba repercutindo na maneira como a criança age e fala em determinadas circunstâncias (RAMOS; ENUMO; PAULA, 2015).

As crianças costumam se espelhar muito nos pais. Logo, posturas de insegurança estabelecidas pelos genitores podem influenciar o modo como a criança enfrenta a situação de doença. Esse processo de insegurança pode estar relacionado diretamente com a vivência de limitações e as mudanças de rotina normalmente impostas pelo tratamento. Uma comunicação adequada entre profissional e familiares pode amenizar esse tipo de situação e proporcionar maior eficiência no processo de cuidar (RUBIRA et al., 2012).

Ocorre o desenvolvimento inevitável de um desgaste físico e psíquico dos envolvidos na assistência a criança nas diferentes etapas do processo de adoecimento. Nesse sentido, faz-se necessário desenvolver estratégias para amenizar e ou enfrentar essas situações, o que pode ser favorecido por intervenções realizadas pela equipe multiprofissional, pautando-se em ações humanizadas e assistência qualificada, com base na identificação das vulnerabilidades em saúde (CHOTOLLI; LUIZE, 2015).

Diversas interfaces e desafios inserem-se no contexto da oncologia pediátrica, pois representa uma temática delicada, tanto para os profissionais de saúde, como para cuidadores e pacientes, contudo, deve ser discutida e trabalhada no contexto da saúde para identificação de falhas e pontos que podem ser melhorados na assistência, com vistas a melhor compreender a visão do paciente e do cuidador (RUBIRA et al., 2012).

Muitos desafios são enfrentados principalmente em relação ao processo de tratamento, conhecimento da doença e dor frente ao sofrimento sentido por uma pessoa próxima. Todas essas características devem ser consideradas no processo de assistência à saúde e inseridas no planejamento e intervenções que devem ser direcionadas e particularizadas (SIQUEIRA et al., 2015).

Os cuidadores englobam não somente os profissionais de saúde envolvidos na assistência, mas também os pais e familiares que estão envolvidos nos cuidados com a criança. Esses cuidadores têm diferentes percepções e vivências sobre o cuidar na oncologia pediátrica frente a diversos desafios terapêuticos e psicoemocionais que acompanham. Medo,

angústia e dor são alguns sentimentos que podem estar presentes (FÄRBER, 2013).

Muitas vezes o diagnóstico de câncer na infância adquire precocemente uma conotação de morte. Nesse período já se inicia o sofrimento familiar, pois muitas vezes expectativas e esperanças de melhora contrastam com o medo do óbito infantil (QUIRINO; COLLET, 2012). Na grande maioria dos casos, as crianças também apresentam esses sentimentos através da observação das vivências dos pais e ou cuidadores, o que pode causar limitação das atividades desenvolvidas tanto no aspecto terapêutico quanto pessoal (AQUINO; CONTI; PEDROSA, 2014).

Apesar de ter que lidar constantemente com a morte, os profissionais de saúde normalmente sentem algumas fragilidades emocionais diante de quadros clínicos graves, especialmente quando se trata de crianças. Administrar esses sentimentos e realizar as intervenções de rotina, por vezes invasivas, talvez seja uma das principais dificuldades no processo de assistência à saúde a criança com câncer relatado pelos profissionais (ROSA et al., 2015).

Durante o processo assistencial pode ser necessário utilizar cuidados paliativos, realizados quando os recursos terapêuticos são esgotados e não há mais possibilidade de cura. Assim, a assistência passa a priorizar o alívio da dor do paciente e a realização de cuidados para manter o paciente o mais confortável possível (PAIVA; ALMEIDA; DAMÁSIO, 2014).

O envolvimento emocional entre o cuidador e a criança é normalmente inevitável, mesmo enquanto profissionais de saúde. Esse fato pode prejudicar em alguns aspectos o processo terapêutico, pois algumas vezes essa sensibilidade é

sentida de forma negativa pelo paciente, ao passo que pode ser benéfica pela manutenção de vínculo, maior entendimento da situação e dos anseios do paciente (SANCHES; NASCIMENTO; LIMA, 2014).

Ressalta-se ainda que os cuidadores, especialmente familiares, desempenham importantes funções durante o cuidado com os pacientes, o que requer ações de educação em saúde capazes de permitir que esses realizem a prestação de cuidados de forma apta (FÄRBER, 2013).

Para os cuidadores a representação do cuidar é prazeroso, mas ao mesmo tempo

causa dor, pois vivenciam, constantemente, sofrimentos e dificuldades apresentadas pelo paciente. Quando se trata de criança essa dor é somatizada (ARAUJO; MENDONCA; SOUSA, 2015). Normalmente é uma dor que vai se tornando branda ao longo do tempo, mas que normalmente não cessa devido ao vínculo emocional estabelecida entre o familiar ou cuidador e a criança (RAMOS; ENUMO; PAULA, 2015).

Os cuidadores percebem como necessidade fundamental para o cuidar a identificação das necessidades e alterações do paciente durante o processo de adoecimento, tratamento e reabilitação. Durante esse processo os pacientes são submetidos a elevados índices de estresse que, muitas vezes, são somatizadas pelos cuidadores e vice-versa (FROSSARD; SILVA, 2016).

Em relação aos sentimentos experienciados, medo e ansiedade são citados pela maioria das mães cuidadoras. São fenômenos que devem ser considerados para que os sentimentos protetores não se transformem em problemas mentais e influenciem diretamente no cuidado ofertado à criança com câncer (DELALIBERA et al., 2015).

Contudo, verifica-se elevada incidência de distúrbios mentais em mães de pacientes oncológicos antes, durante ou após o processo de tratamento. Muitas vezes, características dos cuidadores não são analisados, mas representam aspecto fundamental para o dimensionamento do cuidado a criança com neoplasia (ALVES et al., 2015).

O medo da morte é um dos sentimentos mais frequentes e no contexto do câncer, é algo quase unânime, principalmente entre as mães, ao passo que a esperança de cura surge como expectativa para manutenção dos cuidados. Essa ambivalência de sentimentos faz com que os cuidados sejam realizados diante de incertezas e inseguranças, o que podem repercutir diretamente na qualidade da assistência (VIEGAS; VARGA, 2016).

Grande parte dos cuidadores relataram não realizarem nenhuma estratégia para trabalhar essa ambiguidade de sentimentos durante o cuidado, tanto em relação a si mesmo com em relação a criança. Vislumbra-se assim, uma necessidade em saúde que devem ser analisada pela equipe de saúde para o planejamento de intervenções no contexto da saúde mental (RAMOS; ENUMO; PAULA, 2015).

Estratégias para o cuidado são significativamente importantes e devem ir além das manifestações físicas, para que a assistência não seja pautada em uma lógica reducionista, mas que considere a significância e vivência de cada paciente e cuidador, analisando-os como indivíduos biopsicossociais e repercutam em ações humanizadas, individualizadas e integrais (MOTTA et al., 2015).

Contudo, as características dos cuidadores por vezes não são analisadas, o que pode influenciar negativamente no processo de recuperação do paciente com neoplasia, pois o

cuidador encontra-se mais próximo e ofertam assistência direta por mais tempo do que os profissionais saúde. Os cuidadores em geral têm muitas necessidades e vivenciam alterações emocionais, o que merece atenção no campo da saúde pública

(VIEGAS; VARGA, 2016).

3.3 Importância da Assistência da Equipe de Saúde Frente Às Alterações Emocionais no Contexto Oncológico

Agir com tranquilidade constitui habilidade fundamental para o cuidar em saúde, porém essa atitude não pode ser confundida com negação da doença ou da situação de saúde do paciente. É um aspecto importante que deve ser considerado no planejamento em saúde pelos diferentes profissionais que prestam assistência (CHOTOLLI; LUIZE, 2015).

A empatia, ato de se colocar no lugar do outro, é uma importante característica que os profissionais de saúde devem desenvolver para um eficaz planejamento e direcionamento do cuidado. Não deve ser uma característica essencialmente pragmática, mas deve estar presente na prática assistencial de todos profissionais de saúde (CARVALHO; PETRILLI; COVIC, 2015).

O elo entre paciente e familiar pode gerar algum tipo de alteração do estado mental como a ansiedade e medo exagerado. São características que devem ser percebidas e analisadas pelos profissionais que prestam assistência, pois, muitas vezes sintomas de alterações do estado mental de cuidadores podem ser somatizadas pelas crianças, agravando seu estado saúde (AMORIM et al., 2015).

Inúmeras dificuldades são percebidas e ou vivenciadas frente ao diagnóstico da doença e podem estar relacionada ao déficit de conhecimento, capacitação e ou habilidades e competências para o manejo de situações clínicas. Nesse contexto, entre os profissionais de saúde o psicólogo apresenta atuação essencial para desenvolver intervenções com vistas a reduzir ansiedade, medo do desconhecido, ambivalência afetiva e outras alterações emocionais identificadas (JORDAO et al., 2016).

A oferta de cuidados em psicologia é um processo de construção de relações mútuas entre os seres humanos. Comunicação nesta relação é um dos eixos para o seu desenvolvimento, assim, é concebido por outras categorias como um dos instrumentos mais relevantes em cuidados na oncologia pediátrica (FRANÇA et al., 2013).

O apoio psicológico à genitora e ou cuidador durante o processo de tratamento é essencial tanto para crianças quanto para o/a cuidador/a, pois ambos estão inseridos de maneira significativa no processo de saúde-doença, representando uma perspectiva que deve ser considerada a fim de evitar danos e comorbidades ao paciente (GONCALVES; VALLE; SANTOS, 2016).

O medo do desconhecido é um fator primordial para o desenvolvimento ansiedade, temor pelo óbito e outras alterações emocionais tanto no cuidador como na criança, o que pode prejudicar o processo de tratamento. É um dos principais ponto nos quais os profissionais de saúde devem atuar para minimizar os efeitos desse sentimento

que muitas vezes pode se tornar protetor, mas que pode prejudicar em diferentes contextos (COLLI et al., 2015).

O medo da morte é uma característica que aparece com frequência nos estudos, mas sempre associado a fé e confiança nas diretrizes terapêuticas adotadas para o paciente. É primordial que o paciente e principalmente o cuidador sejam orientados sobre as diversas intervenções e ou terapias complementar que podem ajudar durante o processo de saúde-doença reafirmando uma assistência integral à saúde (SANTOS; SANTOS, 2015; COLLI et al., 2015).

A comunicação eficiente é considerada essencial para oferta de assistência integral e humanizada. Através dela, pode-se empaticamente reconhecer as necessidades do paciente. Quando os profissionais de saúde usam esta ferramenta, seja verbal ou não-verbal, permitem que os pacientes participem na tomada de decisões e no atendimento específico relacionado à doença permitindo uma melhora em diversos domínios (KORHONEN; KANGASNIEMI, 2013).

Quando analisa-se a assistência na perspectiva multiprofissional e interdisciplinar, faz-se essencial o trabalho articulado entre os profissionais para que a assistência à saúde não se torne apenas intervencionista ou curativista, mas que considere o paciente e os envolvidos em seu cuidado de forma integral, de modo a englobar a maioria dos domínios psicológicos e orgânicos durante a definição e oferta da assistência (SIQUEIRA et al., 2015).

4 | CONCLUSÕES

Considerando a análise literária, aponta-se que em decorrência do acompanhamento da criança com câncer os cuidadores podem vivenciar alterações emocionais e

psíquicas nas diferentes fases do tratamento, eminência do óbito e diante da necessidade de reajustes familiares, o que requer estratégias assistências para promover enfrentamento adequado e atenção a saúde mental.

Verificou-se a necessidade de adoção de estratégias de enfrentamento durante as fases de diagnóstico e tratamento consideradas minimizadoras de sofrimento psíquico. Os profissionais de saúde, com destaque para psicólogo, desenvolvem papéis fundamentais nesse contexto, pela realização de ações e estratégias de suporte emocional com vistas a integralidade na atenção a saúde indivíduos e seus familiares.

Ressalta-se a necessidade de assistência psicológica, interdisciplinar e intersetorial com vistas a integralidade da atenção a saúde, contudo, ainda se verificam dificuldades no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde pela utilização do modelo biomédico hegemônico de atenção a saúde.

O recorte temporal, a restrição das bases e ou bibliotecas de dados são consideradas limitações do estudo. Verificou-se necessidade de estudos primários em

diferentes fases do tratamento para ampliar a investigação do objeto de estudo.

REFERÊNCIAS

ANJOS, C.; ESPÍRITO SANTO, F. H. CARVALHO, E. M. M. S.O câncer

infantil no âmbito familiar: revisão integrativa. **REME- Rev Min Enferm.**, v.19, n.1, p. 227-233, 2015.

AMADOR, D. D. et al. Concepções de cuidado e sentimentos do cuidador de crianças com câncer. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 542- 546, Dez. 2013.

ANDRADE, S. F. O. et al . Qualidade de Vida e Sobrecarga de Cuidadores de Crianças com Câncer. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 34, n. 4, p.1014-1031, Dec. 2014 .

AQUINO, A. M.; CONTI, L.; PEDROSA, A. Construções de significados acerca do adoecimento e morte nas narrativas de crianças com câncer. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 27, n. 3, p. 599–606, 2014.

ARAÚJO, R. L.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 387-399, June 2015 .

AMORIM, K. P. C. et al . Mediarte com Amor e Humor: uma Experiência a partir do Olhar dos Participantes. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 294-301, June 2015 .

ALVES, R. F. et al . Cuidados paliativos: desafios para cuidadores e profissionais de saúde. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 165-176, Aug. 2015 .

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de câncer. **Câncer da criança e adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2012.

CASTRO, E.H.B. A experiência do câncer infantil: repercussões familiares, pessoais e sociais. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 971- 994, set. 2010.

CHOTOLLI, M. R.; LUIZE, P. B. Métodos não farmacológicos no controle da dor oncológica pediátrica: visão da equipe de psicologia. **Rev. dor**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 109-113, Jun 2015.

COLLI, M. N. F. et al . A recidiva do câncer pediátrico: um estudo sobre a experiência materna. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 307-314, Aug. 2016 .

CARVALHO, V. A. K. F.; PETRILLI, A.S.; COVIC, A. N. Educação Infantil na Escola Hospitalar: a construção dos saberes escolares. **Educ. Real.**, Porto Alegre, v. 40, n. 4, p. 1209-1233, Dec. 2015 .

DELALIBERA, M. et al . Sobrecarga no cuidar e suas repercussões nos cuidadores de pacientes em fim de vida: revisão sistemática da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2731-2747, Sept. 2015 .

FÄRBER, S. S. Tanatologia clínica e cuidados paliativos: facilitadores do luto oncológico pediátrico. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 267– 271, set. 2013. FRANÇA, J. R. F. S. et al. The importance of communication in pediatric oncology palliative care: focus on Humanistic Nursing Theory. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 780–6, jan.2013 .

FROSSARD, A. G. S.; SILVA, E. C. S.. Experiência da residência multiprofissional em serviço social e

- cuidados paliativos oncológicos. **Rev. katálysis**, Florianópolis , v. 19, n. 2, p. 281-288, Sept. 2016 .
- GONCALVES, S. M.; VALLE, E. R. M.; SANTOS, M. A. Significados da morte de crianças com câncer: vivências de mães de crianças companheiras de tratamento. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas , v. 33, n. 4, p. 613-622, Dec. 2016 .
- HAZIN, I. et al . Desempenho Intelectual Pós Tratamento de Câncer: Um Estudo com Crianças. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 28, n. 3, p. 565-573, Sept. 2015 .
- INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (INCA/MS) PRÓ-ONCO. **Câncer na criança e no adolescente no Brasil**. Disponível em: http://www.inca.gov.br/tumores_infantis/pdf/8_resultados_comentarios_incidencia_por_rcbp.pdf. Acesso em: 19 de maio de 2016.
- JORDAO, K.R. et al . Possíveis fatores estressantes na unidade de terapia intensiva neonatal em hospital universitário. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo , v. 28, n. 3, p. 310-314, Sept. 2016 .
- KORHONEN, A.; KANGASNIEMI, M. It's time for updating primary nursing in pediatric oncology care: qualitative study highlighting the perceptions of nurses, physicians and parents. **European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society**, v. 17, n. 6, p. 732-8, 1 dez. 2013..
- LANZA, L. F.; VALLE, E. R. M. Criança no tratamento final contra o câncer e seu olhar para o futuro. **Estud. psicol.** (Campinas), Campinas, v. 31, n. 2, p. 289-297, Jun 2014. LAWRENZ, P.; PEUKER, A. C. W. B.; CASTRO, E. K. Percepção da doença e indicadores de TEPT em mães de sobreviventes de câncer Infantil. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 427-438, jun. 2016. MACEDO, R. A. P. et al. Uso da clorexidina no tratamento da mucosite oral em pacientes com leucemia aguda: revisão sistemática. **Rev. dor**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 221-226, Set. 2015.
- MOTTA, A. B. et al . Comportamentos de coping no contexto da hospitalização infantil. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas , v. 32, n. 2, p. 331-341, June, 2015 .
- MOREIRA, P. I.; ANGELO, M. Tornar-se mãe de criança com câncer: construindo a parentalidade. **Rev. Latino-Am. Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 355-361, jun. 2008. PAIVA, F. C. L. DE; ALMEIDA JÚNIOR, J. J. DE; DAMÁSIO, A. C. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Revista Bioética**, v. 22, n. 3, p. 550-560, dez. 2014.
- QUINTANA, A. M. et al. Lutos e lutas: reestruturações familiares diante do câncer em uma criança/adolescente. **Psicol. argum**, p. 143-154, 2011.
- QUIRINO, D. D.; COLLET, N. Câncer no lactente: readaptações na vida familiar. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 295-303, jun. 2012.
- ROSA; R., T. L. et al. Relações estabelecidas pelos profissionais de enfermagem no cuidado às crianças com doença oncológica avançada. **Aquichan**, v. 14, n. 4, p. 496-508, 1 jan. 2015.
- RAMOS, F. P.; ENUMO, S. R. F.; PAULA, K. M.P. Teoria Motivacional do Coping: uma proposta desenvolvimentista de análise do enfrentamento do estresse. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas , v. 32, n. 2, p. 269-279, June 2015 .
- RECH, B. C. S.; SILVA, I. M.; LOPES, R. C. S. Repercussões do câncer infantil sobre a relação conjugal. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 29, n. 3, p. 257-265, Set. 2013.
- RUBIRA, E. A. et al. Sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores de criança e adolescentes com câncer em tratamento quimioterápico. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 567-573, 2012.
- SANTOS, L. F. et al. Ser mãe de criança com câncer: uma investigação fenomenológica. **Rev. enferm. UERJ**, p. 626-631, 2011.

SIQUEIRA, H. B. O. M. et al . Expressão da dor na criança com câncer: uma compreensão fenomenológica. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 32, n. 4, p. 663-674, Dec. 2015 .

SIEGEL, P.; BARROS, N. F. **Práticas Integrativas na Oncologia**. Physis, <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572014000600587&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de maio de 2016. SILVA, R. M. M. da et al . A integralidade na assistência à saúde da criança na visão dos cuidadores. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 106, p. 718-729, Sept. 2015 .

SANCHES, M. V. P.; NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A. G. Crianças e adolescentes com câncer em cuidados paliativos: experiência de familiares. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 1, p. 28-35, Fev. 2014. SANTOS, A. F.; SANTOS, M. A. Estresse e Burnout no Trabalho em Oncologia Pediátrica: Revisão Integrativa da Literatura. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 35, n. 2, p. 437-456, June 2015 .

SANTOS, L. F. et al. Ser mãe de criança com câncer: uma investigação fenomenológica. **Rev. enferm. UERJ**, p. 626–631, 2011.

SIQUEIRA, H. B. O. M. et al . Expressão da dor na criança com câncer: uma compreensão fenomenológica. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 32, n. 4, p. 663-674, Dec. 2015 .

SILVA, T. B. C. E. et al. Percepção de causas e risco oncológico, história familiar e comportamentos preventivos de usuários em aconselhamento oncológico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 377–384, abr. 2014.

VIEGAS, D. P.; VARGA, I. V. D. Promoção à saúde da mulher negra no povoado Castelo, Município de Alcântara, Maranhão, Brasil. **Saude soc.**, São Paulo , v. 25, n. 3, p. 619-630, Sept. 2016 .

SÍNDROME DE BURNOUT EM ESTUDANTES DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE INTERNACIONAL TRES FRONTERAS (UNINTER) CIUDAD DEL ESTE, PARAGUAI (2016)

Deisy Yegros

Pablo Casagrande

Didier Mongelos

Montserrat Giménez

Amilcar Miño

Ana Arevalos

Acadêmicos do 3º ano de Medicina. Universidade Internacional Três Fronteiras. Cidade do Leste, Paragua.

Elder Oliveira da Silva

Programa de Pós-doutorado. Universidad Iberoamericana (UNIBE)

Faculdade de Medicina. *Universidadde la Integración de las Américas* (UNIDA)

Assunção, Paraguai

Suelen dos Santos Ferreira

Aluna do programa de Doutorado em Saúde Pública. Universidad Columbia del Paraguay Assunção, Paraguai

Pasionaria Rosa Ramos Ruiz Diaz

Metodologia da Investigação Científica. Faculdade de Medicina. Universidade Internacional Três Fronteiras. Cidade do Leste, Paraguai

RESUMO: Síndrome de Burnout (SB), também conhecida como “Síndrome do esgotamento físico e mental”, “é uma resposta crônica ao estresse no trabalho que se manifesta através de exaustão emocional, despersonalização,

atitudes hostis e agressivas; por isso é um problema de grande repercussão social em nossos dias”, que afeta a população acadêmica. O objetivo é descrever a prevalência da SB em estudantes de medicina do terceiro ano da Universidade Internacional Tres Fronteras Cidade do Leste, Paraguai, durante 2016. Estudo observacional, descritivo, transversal e prospectivo. A população foi composta de 60 alunos do terceiro ano de ambos os sexos. Foi utilizado um questionário auto-administrado, denominado “Escala Unidimensional del Burnout Estudiantil” (EUBE) criada e validada pelo Dr. C. Arturo Barraza e colaboradores, apresentando um nível de confiabilidade 91 no coeficiente alfa de Cronbach, e 90 de fidedignidade a confiabilidade pela metade de acordo a fórmula de Spearman-Brown. A avaliação é composta por 15 itens e mede o nível de exaustão física, emocional e cognitiva nos alunos. A prevalência de SB foi de 80%. 52% apresentaram SB leve, principalmente no sexo feminino. As formas de SB Moderada e Profunda atingiram números de 21% e 7%. Essas duas formas foram frequentes principalmente no sexo masculino (27% e 10%). Ao aplicar o questionário EUBE, as maiores médias foram relacionadas com “eu fico cansado ao assistir às aulas diárias”(1,07), “Eu sinto sono durante as aulas”(1,18) e “Eu me sinto cansado antes de terminar a aula”(1.18), o que indica esgotamento físico.

PALAVRAS-CHAVE: Burnout, estudantes, medicina, Paraguai

RESUMEN: El Síndrome de Burnout (SB), también conocido como “Síndrome de desgaste o agotamiento físico y mental”, “es una respuesta al estrés laboral crónico que se manifiesta a través del agotamiento emocional, despersonalización, actitudes hostiles y agresivas por lo que constituye un problema de gran repercusión social en nuestros días”, afecta a la población académica y estudiantil. El objetivo es describir el SB en estudiantes de medicina del tercer año de la Universidad Internacional “Tres Fronteras” de Ciudad del Este, Paraguay durante el año 2016. Estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo. La población fueron 60 estudiantes del tercer año de ambos sexos. Fue empleado un cuestionario autocumplimentado denominado “Escala Unidimensional del Burnout Estudiantil” (EUBE) creada y validada por el Dr. C. Arturo Barraza y colaboradores que presenta un nivel de confiabilidad de 91 en alfa de Cronbach y de 90 en la confiabilidad por mitades según la fórmula de Spearman-Brown. Consta de 15 ítems y mide el nivel de agotamiento físico, emocional y cognitivo en los estudiantes. La prevalencia del SB fue del 80%. El SB Leve se presentó en un 52%, mayoritariamente en el sexo femenino. Las formas de SB Moderado y Profundo alcanzaron cifras del 21% y 7%. Estas dos formas se presentaron mayoritariamente en el sexo masculino (27% y 10%). Al aplicar el Cuestionario EUBE, los mayores promedios estuvieron relacionados con “me cansa el tener que asistir diariamente a clases” (1.07), “me siento somnoliento durante las clases” (1.18) y “me siento cansado antes de terminar mi horario de clases” (1.18), lo que estarían indicando agotamiento físico.

PALABRAS- CLAVES: Burnout, estudantes, medicina, Paraguai

INTRODUÇÃO

Síndrome de Burnout (SB), também conhecido como “Síndrome do esgotamento físico e mental”, “é uma resposta ao estresse crônico no trabalho que se manifesta através de exaustão emocional, despersonalização, atitudes hostis e agressivas, por isso é um problema de grande impacto social em nossos dias” (ROSALES RICARDO Y ROSALES PANEQUE, 2013). Esta síndrome está associada ao estilo de vida e influências físicas na saúde mental (BRESO, 2005; AFONSO FERREIRA Y DÍAZ, 2015).

SB acadêmica ou estudiantil surge quando os estudantes, mais especificamente universitários, encontram-se com pressão e sobrecarga de trabalho própria das atividades acadêmicas (ROSALES RICARDO, 2012). As Instituições de ensino superior podem ser locais altamente estressantes, já que os estudantes estão enfrentando diariamente a uma série de exigências, sob a sua própria avaliação, isso constitui um grande fator para o estresse. Esta situação, quando prolongada, pode levar à SB (ROSALES & ROSALES, 2013). Isso resulta como consequência o uso de comportamentos de fuga ou evasão como formas de enfrentamento, que

não são necessariamente apropriadas a aquela situação. Os problemas não são resolvidos, crescem e são acompanhados por um processo cumulativo de desconforto prolongado (CABALLERO, HEDERICH & PALACIO, 2010). Estas situações podem levar a sentimentos de incapacidade pessoal, tanto física como psiquicamente, atitude negativa da crítica, desvalorização, perda de interesse de transcendência, do valor em relação aos estudos e dúvidas crescentes sobre a capacidade em fazê-lo. A presença simultânea destas manifestações é conhecida como um SB acadêmico ou estudantil que se tornou uma nova e recente linha de pesquisa (MARTÍNEZ Y MARQUES, 2005). Essa área de estudo teve um amplo desenvolvimento nos últimos anos, contribuindo para a compreensão de processos do estresse assistencial, organizacional e acadêmico, visando melhorar a qualidade de vida dos alunos.

Estudos mostram que entre 12 tipos de trabalho que favoreçam o surgimento da SB nos Estados Unidos, oito estão no campo da medicina; isso sugere que a experiência significativa de SB em médicos, ao longo de sua carreira, pode estar associada a morbidade psicológica e fatores como ansiedade, depressão e uso abusivo de drogas (ARANGO, CASTAÑO, HEANO, JIMÉNEZ, LÓPEZ Y PÁEZ, 2010).

Existe uma importante relação entre depressão, ansiedade e estresse com o rendimento acadêmico, indicando que há uma alta prevalência de transtornos psiquiátricos em estudantes de medicina, e que mais afetam essa classe de acadêmicos do que o resto da população estudantil. Da mesma forma, essas situações levam a um esgotamento nervoso e mental que, conseqüentemente, leva a notas baixas (ARANGO, CASTAÑO, HEANO, JIMÉNEZ, LÓPEZ Y PÁEZ, 2010). Tem sido demonstrado que os estudantes de medicina têm de 2 a 3 vezes mais probabilidade de apresentar uma ideia suicida em comparação com aqueles que não o fazem (DYRBYE LN, 2006). Além disso, os estudantes com alta pontuação na despersonalização, mostraram associação à baixa empatia com os pacientes. Ou seja, a SB em estudantes de medicina está relacionada a problemas de saúde mental que levam ao prejuízo no seu desempenho profissional e no atendimento (VILLA, ROMÁN et al., 2010).

O aumento da conscientização sobre o estresse e a intervenção imediata podem impedir o desgaste e melhorar a prestação dos cuidados de saúde. As escolas de medicina são chamadas para identificar e ajudar seus alunos a gerenciar o estresse por causa das implicações favoráveis ao seu desempenho acadêmico (ARANGO, CASTAÑO, HEANO, JIMÉNEZ, LÓPEZ Y PÁEZ, 2010). Portanto, o objetivo deste trabalho é descrever e avaliar a Síndrome de Burnout em estudantes de medicina da Universidade Internacional Três Fronteiras (UnInter) da Cidade do Leste, no Paraguai, durante o ano de 2016.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma investigação observacional, prospectiva, descritiva e transversal. O âmbito geográfico foi a Universidade Internacional Três Fronteiras, localizada em

Cidade do Leste (Paraguai), fronteira com Foz do Iguaçu, Paraná (Brasil). O âmbito temporal de 1º a 30 de julho de 2016.

A população-alvo foram os estudantes de medicina do terceiro ano da Universidade Internacional Três Fronteiras, durante o ano de 2016, constituindo um total de 60 matriculados.

Os critérios de inclusão foram todos estudantes de medicina do terceiro ano da Universidade Internacional Três Fronteiras que concordaram em participar do referido estudo.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário chamado de “Escala Unidimensional del Burnout Estudantil” (EUBE) criada e validada pelo Dr. C. Arturo Barraza e colaboradores da Universidade Pedagógica de Durango (BARRAZA, 2008).

Este questionário apresenta um nível de confiabilidade 91 no coeficiente alfa de Cronbach, e 90 de fidedignidade a confiabilidade pela metade de acordo a fórmula de Spearman-Brown. Consiste em 15 itens e mede o nível de exaustão física, emocional e cognitiva em estudantes.

Para determinar a validade dos resultados de cada questionário e, portanto, aceitá-los, foi tomada como base a regra de decisão $r > 70\%$ (respondida em percentual maior que 70%). Nesse sentido, considerou-se necessário que no questionário tivesse sido respondido pelo menos 10 itens dos 15 que o compõem, caso contrário foi cancelado. Os dados foram processados através do software SPSS V22 em espanhol.

A participação no estudo foi anônima, individual e voluntária, com a possibilidade de se retirar a qualquer momento. Todos os alunos, a instituição, e os envolvidos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no qual concordam em participar do estudo. Foram respeitados todos os princípios bioéticos descritos na Resolução 196/96 em consonância com a Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, que regulamenta as Diretrizes Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

A população do estudo foi composta de 60 estudantes de medicina do terceiro ano da Universidade Internacional Três Fronteiras. 70% eram brasileiros e 18% eram paraguaios, com idades variando de 19 a 55 anos, e uma média de idade de 26 anos ($S \pm 1,63$). O gênero teve distribuição simétrica; 50% de homens e mulheres. 90% eram solteiros e 88,3% não tinham filhos. 8,3% eram casados e 11,6% tinham filhos. 35% já haviam se formado em uma carreira anterior, dentre elas Enfermagem, Química e Farmácia, Obstetrícia, Fisioterapia, Biomedicina e outros. 85% dos alunos pesquisados não trabalhavam, 55,5% trabalhavam como enfermeiros, e 15% trabalhavam em outras atividades não ligadas à área de saúde.

A prevalência de SB na população estudada foi de 80%. Este valor pode ser

classificado em: Estudantes que tiveram SB leve 52% (31), SB Moderado 21% (13) e SB Profundo 7% (4). Ao relacionar o SB por sexo, vale ressaltar que a forma leve ocorreu predominantemente no sexo feminino (60%), enquanto nas formas moderada e profunda no sexo masculino (27% e 10%) (Tabela N 1).

SEXO	SIN SB	SB LEVE	SB		TOTAL
			MODERADO	PROFUNDO	
Masculino	20 % (6)	43% (13)	27% (8)	10% (3)	30
Feminino	20%(6)	60% (18)	17% (5)	3% (1)	30
TOTAL	20% (12)	52% (31)	21% (13)	7% (4)	60

Tabela 1 – Distribuição Percentual da Síndrome de Bournout, segundo sexo nos estudantes de Medicina. Universidade Internacional Três Fronteiras, Cidade do Leste. Paraguai (2016)

FONTE: Dados da pesquisa (2016).

Ao aplicar o questionário EUBE, as maiores médias foram relacionadas a “*Estou cansado de ter que assistir às aulas diariamente*”(1,07), “*Sinto-me sonolento durante as aulas*”(1,18) e “*Sinto-me cansado antes de terminar a aula.* “(1.18), que indicaria esgotamento físico (Tabela 2).

ITEM	MÉDIA
Eu me canso em ter que assistir às aulas todos os dias	1.07
Eu estou facilmente deprimido pelos meus problemas universitários	0.88
Eu sinto sono durante as aulas	1.18
Eu acho que estudar me faz sentir exausto(a)	1.03
Para mim, é cada vez mais difícil concentrar nas aulas	0.98
Estou desapontado com meus estudos	0.42
Eu me sinto cansado antes de terminar meu horário de aula	1.18
Eu não estou interessado em frequentar aulas	0.73
Para mim, é cada vez mais difícil prestar atenção ao professor	0.93
Assistir às aulas é chato	0.93
Eu sinto que estudar está desgastando-me fisicamente	0.82
Cada vez, mais sinto-me frustrado em ir à universidade	0.68
Não creio que vou terminar meus estudos com sucesso	0.20
Eu sinto que tenho mais dificuldade em lembrar o que eu estudo	0.68
Eu acho que estudar está me desgastando emocionalmente	0.73

Tabela 2 – Média obtida em cada um dos itens do questionário EUBE em estudantes de Medicina. Universidade Internacional Três Fronteiras, Cidade do Leste. Paraguai (2016)

FONTE: Dados da pesquisa (2016).

DISCUSSÃO

Ao definir SB desde o ponto de vista unidimensional como um estado de esgotamento físico, emocional e cognitivo, ocasionado pelo envolvimento prolongado com situações geradoras de estresse, constatou-se um impacto importante sobre a população estudantil mundial, e o Paraguai não é exceção. Em particular, os estudantes de medicina, tendo uma sobrecarga de estudo significativa, e estudar pacientes em condições críticas e doenças complexas, podem ser muito vulneráveis. Após uma busca minuciosa, não foi encontrada nenhuma pesquisa que abordasse essa síndrome de forma unidimensional em estudantes de medicina no Paraguai. Evidentemente, isso ocorre porque no Paraguai e na América Latina, os estudos de prevalência, impacto e consequências da SB estão focados principalmente em profissionais de saúde cujo trabalho está relacionado com a prestação de cuidados a pessoas. Entretanto, os estudantes de medicina (acadêmicos e internos) fazem parte dessa população, mesmo que não estejam incluídos nesses estudos, tendo consequência oriunda de fatores psicológico e físico, de curto, médio e longo prazo, no ambiente de trabalho. Nos Estados Unidos e na Grã-Bretanha, se encontra a maior casuística em relação a esse assunto, o que gera uma estação de alarme, quando se observam os números crescentes. Em nosso trabalho, encontramos uma alta prevalência, o que coincide com os poucos estudos realizados nessa população (RAMÍREZ, MEDEIRO et al., 2012).

Efetivamente, nosso estudo evidenciou uma prevalência moderada, na qual 80% apresentavam SB entre estudantes de medicina no terceiro ano, onde aproximadamente 1 de cada 15 alunos preenchia os critérios para SB profundos. De acordo com (FERNÁNDEZ, 2003), isso está relacionado, por um lado, com os problemas psicológicos mais frequentes vividos pelos alunos, como transtornos de ansiedade, estresse acadêmico e, por outra parte, com o temor à avaliação e tensão associada a situações que requeiram que os estudantes absorvam uma grande quantidade de informações em um tempo limitado; da mesma forma, a insatisfação social, dificuldades econômicas, saudades da família e a falta de espaços para recreação. Todos esses elementos favorecem o aparecimento de SB em estudantes universitários.

No entanto, nos Estados Unidos, um estudo multicêntrico com 4.287 estudantes de 13 faculdades de medicina mostrou uma prevalência de 50%, enquanto outros pequenos estudos apresentam valores semelhantes que variam entre 45 e 56%. Este estudo multicêntrico mostrou, após um ano de acompanhamento, que apenas 27% dos estudantes haviam se recuperado do quadro, enquanto 70% persistiram com os sintomas (RAMÍREZ, MEDEIRO et al., 2012). Dyrbye conclui que “a medicina não apenas queima os médicos; Os estudantes de medicina já estão experimentando alguns dos sintomas do Burnout mesmo antes de começarem a trabalhar” (DYRBYE LN, 2006). Entre os estudantes britânicos, Guthrie encontrou baixos níveis de Burnout (20%) em comparação com os estudos realizados por Dyrbye nos Estados Unidos,

e pode haver influências nos diferentes sistemas de ensino aplicados em ambos os territórios (E GUTHRIE, 1998).

Outro aspecto que enfrenta os estudantes e influencia significativamente na presença de SB é a necessidade de manter o desempenho acadêmico adequado, considerando como o cumprimento das metas, alcançando os objetivos estabelecidos no programa ou na disciplina que cursam (CABALLERO, 2007). Da mesma forma, os jovens que iniciam uma carreira superior têm maior responsabilidade, diante dos cursos e de professores que exigem e atribuem diversas atividades, como apoio ao trabalho em grupo, apresentação de relatórios, realização de trabalhos práticos, pesquisas e com exames avaliativos altamente exigentes. Todos esses elementos constituem situações de avaliação nas quais é importante que sejam bem-sucedidos, pois facilitam a passagem para o próximo semestre ou uma entrada mais rápida para a vida profissional (VÉLEZ, 2005). Isso, por sua vez, torna-se um facilitador para os alunos desenvolverem mais facilmente o SB, pois não conseguem lidar com tais situações.

A SB é um quadro que vem sendo compreendido cada vez mais e melhor; mas, apesar disso, parece necessário, com o apoio da literatura internacional, que se estabeleçam medidas de impacto na prevalência, fatores de risco e consequências em longo prazo que isso pode ocasionar, já que é a futura população de profissionais médicos que está sendo afetada, tanto a um nível particular como a nível das políticas públicas de saúde pública, em benefício de uma melhor saúde para o nosso país.

A partir deste estudo inicial ou exploratório, medidas terapêuticas e profiláticas podem ser tomadas para tratar esta síndrome silenciosa e perigosa que afeta a comunidade médica universitária, pois uma das principais dificuldades é que o diagnóstico correto não é feito para permitir o tratamento adequado.

Além disso, após uma extensa pesquisa bibliográfica, não foram encontrados estudos que dessem ênfase para Síndrome de Burnout em sua abordagem unidimensional onde prevalece a fadiga emocional, nem em estudantes de medicina nem em outra universidade no Paraguai, sendo possivelmente a primeira abordagem a partir deste ponto de vista, e estudo desta complexa situação de saúde.

CONCLUSÃO

Os alunos de medicina do terceiro ano da Universidade Internacional Três Fronteiras têm uma prevalência de SB de 80%, sendo a maioria leve. A SB leve ocorre predominantemente no sexo feminino, e as formas moderadas e graves no sexo masculino. Conclui-se que na maioria das entrevistas apresentaram esgotamento físico e mental.

REFERENCIAS

- ALFONSO, FERREIRA Y DÍAZ, S. M. Y. C. Síndrome de Burnout en residentes de especialidades médicas. Hospital Central Dr. Emilio Cubas del IPS. **Eureka** , 2015.
- ARANGO, CASTAÑO, HEANO, JIMÉNEZ, LÓPEZ Y PÁEZ, S. J. C. D. A. Y. M. Síndrome de Burnout y Factores asociados en estudiantes de I a X semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales (Colombia), 2009. **Archivos de Medicina**, 2010.
- BARRAZA, A. Burnout estudiantil: un enfoque unidimensional., 21 noviembre 2008. Disponible em: <<http://www.psicologiacientifica.com/burnout-estudiantil>>.
- BRESÓ, E. & S. M. Efectos significativos del uso de las creencias de ineficacia como componente del burnout académico en estudiantes universitarios, 2005. Disponible em: <www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi8/32.pdf>.
- CABALLERO, C. A. R. P. J. Relación del Burnout y el rendimiento académico con la satisfacción frente a los estudios en estudiantes universitarios. Universidad Simón Bolívar y Universidad del Norte, Barraquilla, Colombia, 2007. Disponible em: <www.urosario.edu.co/medicina/apl/documentos/Vol25N2/07_RelazBurnout_aplVo25N2.pdf>.
- CABALLERO, HEDERICH & PALACIO, C. C. & J. El Burnout académico: delimitación del Síndrome y Factores asociados con su aparición. **Revista Latinoamericana de Psicología**, 2010.
- DYRBYE LN, T. M. H. J. L. K. N. P. S. J. S. T. Personal life events and medical student burnout: a multicenter study. **Acad Med**, 2006.
- E GUTHRIE, D. B. H. B. C. S. M. C. A. F. C. Psychological stress and burnout in medical students: a five-year prospective longitudinal study. **J R Soc Med.** , 1998.
- FERNÁNDEZ, J. Y. R. J. Economía y Psicología: costes por el bajo rendimiento académico relacionado con la ansiedad ante los exámenes y las pruebas de evaluación., 2003. Disponible em: <<http://www.uoc.edu/dt/20128/index.html>>.
- MARTÍNEZ Y MARQUES, I. Y. A. Burnout en estudiantes universitarios de España y Portugal y su relación con variables académicas. **Aletheia**, p. 21-30, 2005.
- RAMÍREZ, MEDEIRO et al, A. M. Alcances del síndrome de Burnout en estudiantes de medicina. **Revista ANACEM**, 2012.
- ROSALES & ROSALES , R. & P. Burnout estudiantil universitario. Conceptualización y estudio. **Salud Mental** , p. 9, 2013.
- ROSALES RICARDO Y ROSALES PANEQUE, Y. Y. F. R. Burnout estudiantil universitario. Conceptualización y estudio. **Salud Mental**, 2013.
- ROSALES RICARDO, Y. Estudio unidimensional del Síndrome de Burnout en estudiantes de medicina de Holguín. **Asoc. Esp. Neuropsiq.**, 2012.
- ROSALES Y ROSALES, Y. Y. F. Burnout estudiantil universitario. Conceptualización y estudio. **Salud Mental**, p. 9, 2013.
- VÉLEZ, A. Y. R. C. Factores asociados al rendimiento en estudiante de medicina. Universidad de Rosario, Bogotá, Colombia., 2005. Disponible em: <<http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v8n2/original1.pdf>>.
- VILLA, ROMÁN et al, L. C. Prevalencia de Síndrome de Burnout en alumnos del séptimo año de medicina de una universidad privada de Lima, Perú. **Neuropsiquiat**, 2010.

ESTRESSE OCUPACIONAL E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO PSICOLÓGICO DE DOCENTES DO ENSINO SUPERIOR DE GOIÂNIA

Maurício Benício Valadão

Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Departamento de Psicologia, Goiânia-Go, Brasil

Sebastião Benício da Costa Neto

Universidade Federal de Goiás
Goiânia-Go, Brasil

RESUMO: Este estudo teve por objetivo identificar o nível de estresse ocupacional, os estressores e as estratégias de enfrentamento psicológico e correlacionar estresse e estratégias de enfrentamento psicológico de docentes do ensino superior de uma instituição na cidade de Goiânia – Goiás. Participaram do estudo 64 docentes, aos quais foram aplicados a Escala de Estresse no Trabalho, de Paschoal e Tamayo (2004), e o Inventário de Estratégias de Coping, de Folkamn e Lazarus (1985), adaptado por Savóia, Santana e Meijas (1996). Os resultados apresentaram níveis baixo e médio de estresse ocupacional, e os estressores mais frequentes foram: tempo insuficiente para realizar o volume de trabalho; poucas perspectivas de crescimento na carreira; incômodo com a deficiência nos treinamentos; e irritação com as poucas informações sobre as decisões organizacionais. As estratégias de enfrentamento mais utilizadas foram: resolução de problemas; suporte social; fuga-esquiva; reavaliação positiva; e aceitação de

responsabilidade. Constatou-se também uma correlação positiva entre afastamento e estresse e fuga-esquiva e estresse. Concluiu-se que os docentes apresentam níveis baixo e moderado de estresse ocupacional; e, com relação às estratégias de enfrentamento, verificou-se que os esforços cognitivos e comportamentais adotados gerenciam o modo como os docentes percebem o que ocorrem ao seu redor.

PALAVRAS-CHAVE: Docentes. Ensino superior. Estratégias de enfrentamento psicológico. Estresse ocupacional.

ABSTRACT: This study aimed identifying the level of occupational stress, stressors and psychological coping strategies and correlate stress and psychological coping strategies of higher education teachers of an institution in the city of Goiânia – Goiás. Sixty-four teachers took part on of the study, to whom Occupational Stress Scale of Paschoal and Tamayo (2004) and Folkamn and Lazarus's Coping Strategies Inventory (1985), adapted by Savóia, Santana and Meijas (1996) were applied. The results presented low and medium levels of occupational stress, and the most frequent stressors were: insufficient time to achieve the workload; few prospects for career growth; anger with the deficiency in the trainings and irritation with the little information about organizational decisions.

The most used coping strategies were: problem solving; social support; escape-avoidance; positive reassessment; and acceptance of responsibility. There was also a positive correlation between withdrawal and stress and escape-avoidance and stress. It was concluded that teachers present low and moderate occupational stress; and regarding to coping strategies, it has been found that the cognitive and behavioral efforts adopted manage the way teachers perceive what is happening around them.

KEYWORDS: Coping. Higher education. Occupational Stress. Teachers.

INTRODUÇÃO

O trabalho docente está sujeito a diversas transformações. Desse modo, alguns aspectos precisam ser considerados quando se busca compreender as condições de saúde dos professores. Dentre os aspectos mais negativamente impactantes, por vezes considerados estressores, encontram-se: baixos salários; materiais escassos; carga horária alta; tensão entre aluno-professor; e lideranças percebidas como de pouca ajuda para o desenvolvimento das pessoas (BENEVIDES *et al.*, 2003; LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2014).

Além disso, no Brasil, as mudanças ocorridas nas políticas educacionais alteraram as relações de trabalho e, como consequência, a forma de gestão da educação superior e o trabalho docente, com impactos negativos nas condições de trabalho do professor e no seu *status* de valor perante a sociedade (CORAGGIO, 2000; ARAÚJO *et al.*, 2005).

A interação estabelecida entre as pessoas – por exemplo, entre os líderes e os liderados – neste cenário de novas relações e demandas educacionais no nível superior, pautadas por interesses econômicos mercantis (CORAGGIO, 2000; ARAÚJO *et al.*, 2005), contribui para a intensificação e/ou a manutenção de um estado contínuo de estresse.

Lipp (1996) entende como estresse uma situação em que o organismo do indivíduo reage física e psicologicamente a situações que possam irritar, excitar, amedrontar, confundir e até deixar o indivíduo extremamente feliz.

Para Lazarus e Folkman (1984), o estresse, em uma perspectiva psicológica, é um conjunto orquestrado de defesas corpóreas contra várias formas de estímulos nocivos, isto é, contra qualquer evento que demande do ambiente interno ou externo, que taxee ou exceda as fontes de adaptação de um indivíduo ou sistema social. O estresse intenso, e até mesmo prolongado, pode ter impacto (físico e mental) negativo no indivíduo (COOPER; COOPER; EAKER, 1988).

Dentro da organização, o estresse pode variar de acordo com a situação. Assim sendo, é importante verificar o contexto organizacional no qual o colaborador está inserido. É sabido que as organizações buscam melhorar o desempenho e a produtividade dos trabalhadores, e essa busca pode ou não submetê-los a um novo

contrato psicológico e a um novo processo organizacional (MAFFIA; PEREIRA, 2014). Contudo, muitas vezes, tal movimento provoca uma situação estressante no trabalhador (COOPER; MARSHALL, 1976).

O estresse ocorrido dentro de uma organização é denominado estresse ocupacional. Segundo Paschoal e Tamayo (2004, p. 46), esse se caracteriza “como um processo em que o indivíduo percebe demandas do trabalho como estressores, os quais, ao exceder sua habilidade de enfrentamento, provocam no sujeito reações negativas”. Desse modo, faz-se necessário, em uma organização, avaliar quatro variáveis dentro do estresse ocupacional: as fontes de pressão; a personalidade de cada pessoa; e os sintomas físicos e psíquicos frente às situações ocorridas (MORAES; KILIMNIK, 1994). O estresse ocupacional pode acarretar danos na organização, principalmente por envolver afastamentos, *turnover*, redução de produtividade e aumento dos acidentes de trabalho (JEX *et al.*, 2012).

Como resposta ao estresse, os docentes utilizam distintas estratégias de enfrentamento psicológico ou *coping*, de acordo com a literatura anglo-saxônica. O conceito de enfrentamento psicológico é cada vez mais conhecido na área da Psicologia e tem sido compreendido com base em diversos contextos. Em geral, dentro de uma perspectiva cognitivista, é entendido como esforços comportamentais e cognitivos despendidos pelo indivíduo, a fim de amenizar as demandas que o estejam sobrecarregando (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Nesse sentido, o objetivo comum das estratégias de enfrentamento é reduzir, eliminar ou readequar o estresse diante dos eventos que ocorrem na vida; no caso em particular, as condições de trabalho do docente universitário (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; SEIDL; TRÓCCOLI; ZANNON, 2001). Cada docente utiliza recursos para se adaptar aos eventos identificados como estressantes, cabendo ressaltar que, se essas estratégias não forem efetivas, ele poderá entrar em fase de exaustão (MARRAS; VELOSO, 2012).

Portanto, é imprescindível compreender como os docentes do ensino superior percebem e lidam com o estresse no trabalho e as demandas utilizadas para enfrentar as situações estressoras, com vistas à elaboração de medidas de redução do estresse.

Assim, tomando em consideração o exposto, são levantadas as seguintes indagações: Qual o nível de estresse ocupacional do(a)s docentes do nível superior? Que estratégias de enfrentamento são por ele(a)s adotadas? Como o estresse ocupacional e o *coping* estão relacionados?

Diante dessas questões, este estudo tem por objetivo principal avaliar o grau de estresse do(a)s docentes do nível superior e as estratégias de enfrentamento psicológico por ele(a)s adotadas. Os objetivos específicos são: relacionar as características sociodemográficas dos participantes e dos seus principais estressores com o ambiente de trabalho; e compreender a correlação entre o estresse e as estratégias de enfrentamento psicológico.

METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva e quantitativa, que tem como objetivo principal descrever as características ou fenômenos da população em estudo (DIEHL; TATIM, 2004; GIL, 2007; LOPES *et al.*, 2008).

Participantes

Para esta pesquisa, foram selecionados docentes do ensino superior de uma instituição privada na cidade de Goiânia – Goiás. De 100 professores, 64 foram sorteados. A amostra foi composta de forma aleatória, por conveniência não randomizada. Escolheu-se para o cálculo um erro amostral de 5%, com desvio padrão (Z) de 1,645, com nível de confiança de 90%. Como a categoria é bastante conhecida, o nível de variação *Split* é 80/20. A participação ocorreu de acordo com a demanda, sendo as pesquisas com esses professores realizadas durante os intervalos das aulas. A amostra correspondeu a 64% do total dos docentes da instituição.

Critérios de Inclusão

O docente deveria ser ativo na função há mais de doze meses e assinar o TCLE.

Instrumentos

- Questionário Sociodemográfico, de Formação e de Experiência Profissional – constituído por 15 perguntas elaboradas pelo pesquisador, com base na revisão literária, contemplando os seguintes eixos: sexo; idade; estado civil; religião; escolaridade; dependentes; renda familiar; tempo de exercício da profissão docente; quantidade de instituições em que trabalha; existência de outro emprego além do trabalho docente; vínculo empregatício; e horas por semana dedicadas à docência.
- Escala de Estresse no Trabalho (EET), de Paschoal e Tamayo (2004) – constituída por 23 questões, com o objetivo de avaliar o estresse ocupacional, em formato Likert de cinco pontos: 1 (discordo totalmente); 2 (discordo); 3 (concordo em parte); 4 (concordo); e 5 (concordo totalmente). Os itens foram construídos com base na literatura sobre estressores organizacionais psicossociais, sendo que cada um reproduz o agente estressor e a reação a esse mesmo agente. Na pontuação dessa escala, quanto maior o escore, mais indicativo de estresse; quanto menor, menos indicativo de estresse. Na análise dos dados da escala, utiliza-se a estatística descritiva com o cálculo da média dos grupos dos docentes. Quando o valor é maior que 2,5 (média), há indicativo de médio estresse.

- Inventário de estratégias de *coping* de Folkman e Lazarus (1985), traduzido e adaptado por Savóia, Santana e Mejias (1996) – constituído por 66 questões para mensurar as estratégias utilizadas pelos docentes, com escala Likert de quatro pontos, distribuída da seguinte forma: 0 (não usei estratégia); 1 (usei um pouco); 2 (usei bastante); 3 (usei em grande quantidade). Os itens do inventário abordam estratégias que os indivíduos possam vir a utilizar quando se deparam com episódios estressantes.

Procedimento

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob numeração 47317615.6.0000.0037 e parecer nº 1.280.794. Após o consentimento da instituição, o pesquisador entrou em contato, pessoalmente, no horário do intervalo, com cada docente, a fim de lhes explicar os objetivos da pesquisa e o processo de coleta de dados, que ocorreria individualmente. No mesmo encontro, os participantes foram consultados sobre a escolha do melhor local para a realização da pesquisa: se na instituição ou em local a ser definido por cada um deles. Do total dos docentes, 62 preferiram responder aos questionários na instituição de ensino, durante o intervalo das aulas; dois professores optaram por respondê-los fora do ambiente do trabalho. Nesse caso, o pesquisador se deslocou até o local combinado, sem ônus para o pesquisado. Na oportunidade, eles foram devidamente esclarecidos sobre o caráter estritamente acadêmico da pesquisa e sobre todos os itens do TCLE. Não houve dúvidas por parte dos docentes durante o preenchimento de todos os instrumentos.

A coleta dos dados foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2015. Para análise dos dados, foram utilizados os *softwares Excel 2013* e o pacote estatístico SPSS Statistics 23.0, para Windows.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil Sociodemográfico dos Docentes

De acordo com a Tabela 3, a maioria dos docentes é do sexo feminino (57,8%); tem de 30 a 39 anos de idade (53,1%); 68,8% são casados ou vivem com companheiro; e 40,6% são católicos. No que se refere à escolaridade dos docentes da instituição, observa-se que 73,4% são especialistas; 25%, mestres; e 1,6%, doutor. Com relação à renda, apenas 4,7% dos docentes ganham menos de R\$ 1.000,00; 3,1%, de R\$ 1.000,00 a R\$ 1.999,00; 39,1%, de R\$ 2.000 a R\$ 3.999,00; 37,5%, de R\$ 4.000 a R\$ 7.999; e 15,6%, acima de R\$ 8.000,00. A renda dos participantes é, em média, compatível com o valor hora-aula praticado por outras instituições de ensino superior em Goiás; porém, inferior ao valor pago a outras profissões. Demais dados sociodemográficos são apresentados na Tabela 3 (LIANG, 2003; LIMARINO, 2005; SINPRO, 2016).

Questão	f	%
Sexo		
Masculino	27	42,2
Feminino	37	57,8
Idade		
20 a 29	6	9,4
30 a 39	34	53,1
40 a 49	21	32,8
Acima de 50	3	4,7
Estado Civil		
Solteiro	13	20,3
Casado(a)/Vive com companheiro(a)	44	68,8
Divorciado(a)	7	10,9
Religião		
Católica	26	40,6
Evangélica	12	18,7
Espírita	11	17,2
Outros	4	6,3
Não tenho religião	11	17,2
Escolaridade		
Especialização	47	73,4
Mestrado	16	25,0
Doutorado	1	1,6
Dependentes		
Sim	32	50,00
Não	32	50,00
Nº de Dependentes		
1 a 2 dependentes	28	43,8
3 dependentes	4	6,3
Renda Docente		
Menos de 1.000	3	4,7
De 1.000 a 1.999	2	3,1
De 2.000 a 3.999	25	39,1
De 4.000 a 7.999	24	37,5
Acima de 8.000	10	15,6
Tempo Trabalho		
1 ano a 4 anos e 11 meses	43	67,2
5 anos a 7 anos e 11 meses	11	17,2
Acima de 8 anos	10	15,6
Vínculo Empregatício		
CLT – Carteira Assinada	34	53,1
Horista/CLT – Carteira Assinada	30	46,9
Total	64	100,0

Tabela 3 – Perfil sociodemográfico de docentes do ensino superior de Goiânia (n = 64)

No que se refere ao tempo de serviço na instituição de ensino (Tabela 3), observa-se que a maior parte da amostra trabalha na instituição entre 1 e 4 anos e 11

meses. Verifica-se, ainda, que 53,1% são celetistas, com carteira assinada, e 46,9% são horistas, também com carteira assinada. Isso ocorre devido à diferenciação na contratação para ministrar aula nos cursos, sejam estes bacharelados ou tecnológicos. Durante o preenchimento dessa pergunta no questionário, muitos docentes relataram que se sentem inseguros em relação a esse vínculo, principalmente os horistas, pois não sabem ao certo a quantidade de horas-aula que ministrarão no semestre posterior, impossibilitando-os de fazer algum planejamento que compreenda a compra de um determinado bem.

Estressores e Estresse

Com relação aos estressores organizacionais, estes podem ser físicos ou psicossociais. Os primeiros referem-se a barulhos, ao ambiente da empresa, ao local onde ela está inserida, entre outros. Os segundos, por sua vez, dizem respeito aos relacionamentos no trabalho, à autonomia, ao crescimento profissional, ao controle, etc. (PASCHOAL; TAMAYO, 2004). Assim, a EET classifica os estressores físicos e psicossociais segundo a pontuação média do estresse, a saber: baixo (1,00 a 2,00); médio (2,01 a 3,00); e alto (3,01 a 5,00). Ao analisar os 23 itens da escala, obteve-se um Alpha de Cronbach 0,913. Field (2009) defende que, para uma escala se tornar aceitável, deve-se obter um valor acima de 0,7. Nota-se, portanto, que esse instrumento encontra-se em parâmetro superior ao defendido por esse autor.

Na Tabela 4, podem ser observados os agentes estressores, apresentados como alto estressor e médio estressor. A análise do estresse dos docentes baseou-se na média geral das perguntas, na média dos indivíduos e na média geral de cada indivíduo.

Variáveis	Mé- dia	DP
22. O tempo insuficiente para realizar meu volume de trabalho deixa-me nervoso.	3,28	1,22
16. As poucas perspectivas de crescimento na carreira têm me deixado angustiado.	3,25	1,29
13. Tenho me sentido incomodado com a deficiência nos treinamentos para capacitação profissional.	3,16	1,10
5. Sinto-me irritado com a deficiência na divulgação de informações sobre decisões organizacionais.	3,00	1,15
2. O tipo de controle existente em meu trabalho me irrita.	2,97	1,18
3. A falta de autonomia na execução do meu trabalho tem sido desgastante.	2,77	1,21
15. Fico irritado por ser pouco valorizado por meus superiores.	2,73	1,34
12. Fico irritado com discriminação/favoritismo no meu ambiente de trabalho.	2,72	1,16
1. A forma como as tarefas são distribuídas em minha área tem me deixado nervoso.	2,64	0,88
10. Fico de mau humor por ter que trabalhar durante muitas horas seguidas.	2,58	1,12
6. Sinto-me incomodado com a falta de informações sobre minhas tarefas de trabalho.	2,53	0,97
9. Sinto-me incomodado por ter que realizar tarefas que estão além de minha capacidade.	2,33	1,15
20. Tenho estado nervoso por meu superior me dar ordens contraditórias.	2,27	1,14

19. A falta de compreensão sobre minhas responsabilidades neste trabalho tem causado irritação.	2,25	0,95
17. Tenho me sentido incomodado por trabalhar em tarefas abaixo do meu nível de habilidade.	2,25	0,94
7. A falta de comunicação entre mim e meus colegas de trabalho deixa-me irritado.	2,20	0,96
11. Sinto-me incomodado com a comunicação existente entre mim e meu superior.	2,11	0,97
23. Fico incomodado por meu superior evitar me incumbir de responsabilidades importantes.	2,16	0,93
18. A competição no meu trabalho tem me deixado de mau humor.	2,03	0,95
21. Sinto-me irritado por meu superior encobrir meu trabalho bem feito diante de outras pessoas.	2,02	1,06
Total	1,91	0,63

Tabela 4 – Média das variáveis estressoras (média e alta pontuação) de docentes do ensino superior de Goiânia (n = 64)

Estressores dependem da percepção de cada indivíduo. Assim, por meio da avaliação dos participantes, os estressores “O tempo insuficiente para realizar meu volume de trabalho deixa-me nervoso”, “As poucas perspectivas de crescimento na carreira têm me deixado angustiado”, “Tenho me sentido incomodado com a deficiência nos treinamentos para capacitação profissional” merecem atenção especial da instituição, pois esses promovem estresse nos docentes, visto que são os que apresentam médias mais altas entre os participantes. O estressor “Sinto-me irritado com a deficiência na divulgação de informações sobre decisões organizacionais” está praticamente dentro do limite entre médio e alto estresse, devendo também receber atenção da instituição. Nesses escores com médias altas, verifica-se apenas a existência de estressores psicossociais, corroborando a teoria de Paschoal e Tamayo (2004) e Cooper, Cooper e Eaker (1988).

Conforme Tabela 4, dentre os médios, os estressores com as maiores pontuações foram: “O tipo de controle existente em meu trabalho me irrita”; “A falta de autonomia na execução do meu trabalho tem sido desgastante”; “Fico irritado por ser pouco valorizado por meus superiores”, “Fico irritado com discriminação/favoritismo no meu ambiente de trabalho”; e “A forma como as tarefas são distribuídas em minha área tem me deixado nervoso”. Esses também carecem de atenção, pois apresentam pontuações entre média e alta. Por meio da análise dos itens “O tipo de controle existente em meu trabalho me irrita” e “A falta de autonomia na execução do meu trabalho tem sido desgastante”, entende-se que, provavelmente, há uma conduta autoritária do líder/gestor, isto é, este centraliza o poder, não havendo participação do grupo. Esse tipo de conduta é designado de estilo autocrático do líder, o que eleva a tensão e a frustração entre os colaboradores (MAXIMIANO, 2000; CHIAVENATO, 2003). Tais estressores também corroboram o estudo de Kalimo, Mostafa e Cooper (1988), evidenciando que as principais causas de estresse no trabalho são: poucas exigências do cargo; desejos frustrados; e ascensão de cargo ou promoções.

A Tabela 5 apresenta os estressores com baixa pontuação, ou seja, que

potencialmente produzem baixo estresse. Nota-se que os docentes não são destratados pelos seus superiores na frente de outros colegas e que existe uma confiança do superior no trabalho desempenhado pelos professores, além de uma boa relação entre eles, pois não se sentem isolados na organização.

Variáveis	Média	DP
14. Fico de mau humor por me sentir isolado na organização.	1,91	0,95
4. Tenho me sentido incomodado com a falta de confiança de meu superior sobre meu trabalho.	1,78	1,04
8. Sinto-me incomodado por meu superior tratar-me mal na frente de colegas de trabalho.	1,73	1,22
Total	1,80	1,07

Tabela 5 – Média das variáveis estressoras (baixa pontuação) de docentes do ensino superior de Goiânia (n = 64)

Importa destacar que, no ambiente de trabalho dos docentes pesquisados, existe predominância de eventos que são percebidos como estressores em baixa e média intensidade. Mesmo percebendo um evento como estressor alto, o docente pode não apresentar nível alto de estresse laboral, pois utiliza estratégias adaptativas de enfrentamento, o que leva, por conseguinte, a um ambiente organizacional mais saudável (RIBEIRO *et al.*, 2015).

A Tabela 6 mostra a classificação do nível de estresse no trabalho dos docentes que participaram deste estudo. A identificação desses níveis de estresse ocorreu mediante uma normatização para o grupo, por meio do *software* estatístico SPSS e das médias dos indivíduos. Assim, é considerado baixo nível de estresse quando a pontuação média estiver entre 1,00 a 2,00; médio nível de estresse, entre 2,01 a 3,00; e alto nível de estresse, entre 3,01 a 5,00.

	F	%
BAIXO	16	25,0
MÉDIO	38	59,4
ALTO	10	15,6
Total	64	100,0

Tabela 6 – Nível de estresse no trabalho de docentes do ensino superior de Goiânia (n = 64)

Conforme demonstrado na Tabela 6, 25% dos docentes apresentam baixo nível de estresse, e 15,6%, alto nível. Os resultados do indicador do nível de estresse apontam que a maioria dos docentes (59,4%) apresenta nível médio de estresse no trabalho. Esse resultado é bastante preocupante, haja vista que as fontes de tensão excessiva interferem no estado psicofisiológico do profissional, desenvolvendo alguns sintomas, como nervosismo e oscilação de humor. A ocorrência de estresse em nível

médio indica manifestações de estresse. Como consequência disso, pode haver queda de produtividade do docente (ZILLE, 2005). Diante dessa situação, a instituição deve intervir, a fim de minimizar os efeitos do estresse no trabalho, mediante programas de qualidade de vida e melhora do ambiente organizacional.

Estratégias de Enfrentamento

Cada docente lança mão de estratégias de enfrentamento – *coping* – para controle e adaptação frente às situações estressantes. Se as estratégias não forem eficazes, ele poderá agravar sua condição, evoluindo para a exaustão, com a permanência do estressor (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

A Tabela 7 demonstra os valores da consistência interna dos oito fatores de *coping*.

Fatores do Inventário de Estratégias	Quantidade de Itens	Alfa de Cronbach
Afastamento	7	0,44
Autocontrole	5	0,45
Resolução de Problemas	4	0,54
Suporte Social	6	0,60
Fuga-esquiva	2	0,60
Confronto	6	0,63
Aceitação de Responsabilidade	7	0,77
Reavaliação Positiva	9	0,78

Tabela 7 – Consistência interna dos 8 fatores de *coping* de docentes do ensino superior de Goiânia (n = 64)

Observa-se nessa tabela que seis fatores do Inventário de Estratégias apresentaram Alfa de *Cronbach* abaixo de 0,70: confronto; afastamento; autocontrole; suporte social, fuga-esquiva; e resolução de problemas. Esses números são similares aos apresentados na validação e adaptação da escala no Brasil. Posteriormente, realizou-se a medida da consistência interna de todos os 66 itens do inventário, totalizando um Alpha de *Cronbach* de 0,909. O fato de a consistência interna de cada fator ser menor que 0,70 não afeta o resultado dessa escala, uma vez que o instrumento é preciso e válido para os estudos de estratégias de *coping*, segue padrões comumente aceitos em Psicologia e, quando se trata de construto psicológico, tais valores são esperados, considerando a diversidade do que está sendo aferido e a quantidade da amostra, que é menor do que os itens da escala (SAVÓIA; SANTANA; MEJIAS, 1996; FIELD, 2009).

A Tabela 8 descreve as médias dos fatores de *coping*. O fator resolução de problemas (M = 1,33, DP = 0,668) foi o mais utilizado pelos docentes da instituição de

ensino, seguido de suporte social ($M = 1,28$, $DP = 0,628$), fuga-esquiva ($M = 1,23$, $DP = 0,868$) e reavaliação positiva ($M = 1,20$, $DP = 0,622$). O fator confronto ($M = 0,42$, $DP = 0,498$) foi o menos utilizado pelos docentes.

Fatores	Média	Desvio Padrão
Resolução de Problemas	1,33	0,66
Suporte Social	1,28	0,62
Fuga-esquiva	1,23	0,86
Reavaliação Positiva	1,20	0,62
Aceitação de Responsabilidade	1,17	0,65
Autocontrole	1,08	0,57
Afastamento	0,58	0,49
Confronto	0,42	0,49

Tabela 8 – Média dos fatores de *coping* de docentes do ensino superior de Goiânia ($n = 64$)

De acordo com a Tabela 8, o fator resolução de problemas alcançou a maior média entre os docentes ($M = 1,33$; $DP = 0,66$). Para Lazarus e Folkman (1984), resolução de problemas significa definir o que está acontecendo, enumerar ações e implementar um plano de ação. Isso evidencia que o indivíduo pode modificar o ambiente onde está inserido e minimizar os fatores de estresse. Assim, ter a resolução de problemas como um fator que se destaca, demonstra que os docentes enfrentam de forma positiva as demandas do trabalho.

O segundo fator mais utilizado pelos docentes foi o suporte social ($M = 1,28$; $DP = 0,62$). Seidl, Tróccoli e Zannon (2001) consideram o suporte social como uma das estratégias de enfrentamento mais buscadas para lidar com as situações estressoras. Silveira, Enumo e Batista (2014) verificaram que os professores que estavam com estresse buscavam também o suporte social para enfrentar os estressores percebidos; portanto, esse fator está sendo efetivo para os docentes enfrentarem o estresse. Pietrukowicz (2001) afirma que o suporte social envolve apoio afetivo e emocional, o que contribui significativamente para o bem-estar do indivíduo; de forma preventiva, realiza a manutenção da saúde.

O fator confronto ($M = 0,42$; $DP = 0,49$) obteve a menor média entre as estratégias. Isso corrobora os dados dos docentes que se encaixam em médio e alto estresse, pois os indivíduos que mais se confrontam com a demanda estressora apresentam maior tendência em se sentirem fora do controle da situação, aumentando significativamente o estresse (SERRA, 1999).

A Tabela 9 descreve a correlação entre o estresse dos docentes e os fatores das estratégias de enfrentamento utilizadas por eles. Para avaliar a correlação entre as variáveis (*coping* e estresse), utilizou-se o coeficiente de Pearson. Realizou-se também a correlação dos fatores entre si, com o objetivo de verificar a validade convergente, que, nesse caso, resultou em correlação significativa.

Estratégias Categoria		Estresse Categoria
Confronto	r	0,127
	p	0,317
Afastamento	r	0,325**
	p	0,009
Autocontrole	r	0,108
	p	0,396
Suporte Social	r	0,107
	p	0,401
Aceitação de Responsabilidade	r	-0,265
	p	0,034
Fuga-esquiva	r	0,357**
	p	0,004
Resolução de Problemas	r	-0,076
	p	0,551
Reavaliação Positiva	r	-0,272
	p	0,029

Tabela 9 – Correlação estresse e estratégias de enfrentamento de docentes do ensino superior de Goiânia (n = 64)

**Correlação Significativa com $p < 0,05$ ou *correlação significativa com $p < 0,01$.

Observa-se que há uma correlação positiva entre afastamento e estresse, bem como fuga-esquiva e estresse. Isso significa que, quanto mais o indivíduo se afasta dos problemas, maior é o estresse; e quanto mais foge ou se esquiva do estressor presente, maior o estresse vivenciado. A literatura é clara ao evidenciar que, quanto maior o afastamento do docente das situações que o oprimem, mais permanente se torna a vivência do estresse (SANTOS; CARDOSO, 2010), e, não raras as vezes, com efeitos nocivos em sua saúde física e mental, o que influi na qualidade de vida relacionada ao trabalho.

CONCLUSÃO

O trabalho docente no ensino superior é acompanhado de pressões externas e internas, decorrentes da atual ordem capitalista e mercantil e das transformações culturais em curso na sociedade. A reinvenção desse profissional, para que se transforme e atenda às novas exigências do mercado, da sociedade, do aluno e das instituições em geral, provoca uma fragmentação na forma como ele deva se inserir na atual configuração do ensino superior privado (ESTEVE, 1989; MILLER, 1991).

Os principais agentes estressores identificados – o tempo insuficiente para realizar o volume de trabalho; as perspectivas de crescimento na carreira; o incômodo com a deficiência nos treinamentos; e a fraca divulgação de informações organizacionais – mostram que a instituição de ensino precisa intervir em seus processos de desenvolvimento de pessoas, com ênfase em pautas tradicionais. Isso requer reflexão

e ações políticas contínuas, por exemplo: planos de cargos e salários; treinamentos dos docentes; e verificação das formas como são realizadas a comunicação interna na instituição de ensino superior.

Os resultados deste estudo apontaram para níveis baixos e moderado de estresse ocupacional, e a sua crescente vivência com estressores de naturezas distintas. Assim sendo, faz-se necessário inserir, de forma preventiva e proativa, a questão da saúde do trabalhador no debate regular, no seio universitário e nas estratégias de gestão do sistema educativo, inclusive para que sejam realizadas intervenções na implementação/consolidação de programas de qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T. M. et al. Mal-estar docente: avaliação de condições de trabalho e saúde em uma instituição de ensino superior. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p. 6, 2005. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/108/pdf_528>. Acesso em: 10 jan. 2016.

BENEVIDES, A. M. et al. Sintomas de estresse em educadores brasileiros. **Aletheia**, n. 17/18, p. 63-72, 2003. Disponível em: <<http://www.academia.edu/download/30334399/115013455007.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

CHIAVENATO, I. **Introdução à Administração**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

COOPER, C. L.; COOPER, R. D.; EAKER, L. H. **Living with stress**. London: Peguin Books, 1988.

COOPER, C. L.; MARSHALL, J. Occupational sources of stress: A review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health. **Journal of Occupational Psychology**, v. 49, n. 1, p. 11-28, 1976. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2044-8325.1976.tb00325.x/full>>. Acesso em: 09 jan. 2016.

CORAGGIO, J. L. **Da economia dos setores populares à economia do trabalho**. Economia dos setores populares: entre a realidade e a utopia. Petrópolis: Vozes, 2000.

DIEHL, A.; TATIM, D. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas**. São Paulo: Pearson Brasil, 2004.

ESTEVE, J. M. Teacher burnout and teacher stress. In: COLE, M.; WALKER, S. (Ed.). **Teaching and stress**. Open University Press, 1989

FIELD, A. **Descobrendo a estatística usando o SPSS**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2007.

JEX, S. M. et al. Stress e eficácia dos funcionários. In: ROSSI, A. M.; PERREWÉ, P.; MEURS, J. A. (Orgs.). **Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional**. São Paulo: Atlas, 2012.

KALIMO, R.; MOSTAFA, E.; COOPER, C. **Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud**. OMS, 1988.

LAZARUS, R.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984.

- LIANG, X. Remuneração dos professores em 12 países da América Latina: como se compara a remuneração dos professores com a de outras profissões; o que determina, e quem são os professores. **Documentos PREAL**, Washington, n. 27, p. 1-38, 2003. Disponível em: <http://www.preal.org/BibliotecaN.asp?Pagina=3&Id_Carpeta=64&Camino=63IPrealPublicaciones/64IPREAL Documentos>. Acesso em: 15 jan. 2016.
- LIMARINO, W. **Are teachers well paid in Latin America and Caribbean?** Relative wages and structure of returns of teacher. Incentives to improve teaching: lessons from Latin America. Washington: The World Bank, 2005.
- LIMONGI-FRANÇA, A. C.; RODRIGUES, A. L. Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática. In: **Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática**. São Paulo: Atlas, 2014.
- LIPP, M. **Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco**. São Paulo: Papyrus, 1996.
- LOPES, L. et al. **Estatística geral**. Caderno didático. Santa Maria: Editora Santa Maria UFSM, 2008.
- MAFFIA, L. N.; PEREIRA, L. Z. Stress at Work: a Study With Public Managers of State of Minas Gerais. **REAd. Revista Eletrônica de Administração**, Porto Alegre, v. 20, n. 3, p. 658-680, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141323112014000300658&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 10 jan. 2016.
- MARRAS, J.; VELOSO, H. **Estresse ocupacional**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- MAXIMIANO, A. C. **Introdução à administração**. São Paulo: Editora Atlas, 2000.
- MILLER, H. Academics and their labour process. In: SMITH, C.; KNIGHTS, D.; WILLMOTT, H. (Ed.). **White-collar work: the nonmanual labour process**. London: Palgrave Macmillan, 1991.
- MORAES, L. F. R.; KILIMNIK, Z. M. **Comprometimento organizacional, qualidade de vida e stress no trabalho: uma abordagem de diagnóstico comparativo**. Belo Horizonte: Cepead/Face/UFMG, 1994.
- PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Validação da escala de estresse no trabalho. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 1, p. 45-52, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/epsic/v9n1/22380.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2016.
- PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Construção e validação da escala de bem-estar no trabalho. **Avaliação Psicológica**, v. 7, n. 1, p. 11-22, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167704712008000100004>. Acesso em: 18 fev. 2016.
- PIETRUKOWICZ, M. C. **Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde**. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escoa Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4610>>. Acesso em: 09 set. 2015.
- RIBEIRO, R. et al. Estratégias de enfrentamento dos enfermeiros em serviço hospitalar de emergência. **Acta Paul. Enferm**, v. 28, n. 3, p. 216-223, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n3/1982-0194-ape-28-03-0216.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2016.
- SANTOS, A. F.; CARDOSO, C. L. Profissionais de saúde mental: estresse, enfrentamento e qualidade de vida. **Rev. Psic. Teor. Pesq.**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 543-548, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010237722010000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 abr. 2016.
- SAVÓIA, M.; SANTANA, P.; MEJIAS, N. Adaptação do inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. **Psicologia USP**, v. 7, n. 1-2, p. 183-201, 1996. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1678-51771996000100009&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 08 maio 2015.

SEIDL, E. M. F.; TRÓCCOLI, B. T.; ZANNON, C. M. L. C. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 17, n. 3, p. 225-234, 2001.

SERRA, A. **O stress na vida de todos os dias**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 1999.

SILVEIRA, K.; ENUMO, S. R.; BATISTA, E. Indicadores de estresse e estratégias de enfrentamento em professores de ensino multisseriado. **ABRAPEE**, v. 18, n. 3, p. 457, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v18n3/1413-8557-pee-18-03-0457.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2016.

SINPRO. **Calcule seu salário**. 2016. Disponível em: <<http://sinprogoias.org.br/direitos/salario/#calculadora>>. Acesso em: 02 fev. 2016.

SNYDER, C. R.; LOPEZ, S. J. **Oxford handbook of positive psychology**. Oxford University Press, 2009.

ZILLE, L. P. **Novas perspectivas para a abordagem do estresse ocupacional em gerentes**: estudo em organizações brasileiras de setores diversos. Belo Horizonte: CEPEAD/UFMG, 2005.

EXPLORANDO O IMPACTO DO ESTRESSE NO CONSUMO DE ÁLCOOL: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

Isabel Bernardes

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Dependência Química) Departamento e Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - Ipq-HC-FMUSP, São Paulo

RESUMO: Estudos experimentais revelam que estressores ambientais geram impacto importante no consumo de álcool por roedores. O nível de estresse no cotidiano das pessoas na sociedade contemporânea tem aumentado de maneira significativa, sendo um problema de saúde mental importante cujas consequências merecem ser investigadas. Diante destas duas constatações, buscou-se explorar o impacto do estresse no consumo de álcool. Foi realizado um estudo de natureza qualitativa a partir de uma revisão de literatura. Foram utilizadas 2 bases de dados (PUBMED e BVS). Compôs esta revisão de literatura 29 artigos, sendo 11 relacionados a estudos experimentais e 18 a outras modalidades de pesquisa. Embora os aspectos genéticos tenham grande importância no desenvolvimento da dependência química, os artigos apresentados destacam que tal elemento não pode ser analisado de forma isolada. O estresse como um fator ambiental importante revelou-se um preditor significativo no consumo de álcool em roedores nos

estudos experimentais descritos nos artigos analisados, bem como, no desencadeamento de transtornos psiquiátricos que, por sua vez, tinham no consumo prejudicial de álcool uma comorbidade importante.

PALAVRAS-CHAVE: consumo de álcool, estresse, estudo experimental, revisão de literatura.

ABSTRACT: Experimental studies show that environmental stressors generate significant impact on alcohol consumption by rodents. The level of stress in daily life in contemporary society has increased significantly, mental health problem with important consequences that deserve to be investigated. Given these two findings, we sought to explore the impact of stress on alcohol consumption. The qualitative study was conducted from a literature review. There were 2 databases (PubMed and BVS). This literature review was composed of 29 articles, 11 related to experimental studies and 18 to other types of research. Although the genetic aspects have great importance in the development of addiction, the presented articles highlight that this element cannot be isolated analyzed. Stress as an important environmental factor proved to be a significant predictor of alcohol consumption in rodents in experimental studies described in the articles analyzed, as

well as, in the development of psychiatric disorders that, in turn, had the harmful use of alcohol an important comorbid.

KEYWORDS: alcohol consumption, stress, experimental study, literature review.

INTRODUÇÃO

O álcool é uma substância psicoativa que tem ação no sistema nervoso central, alterando a percepção da realidade e provocando sintomas psíquicos, mudanças fisiológicas e comportamentais, podendo promover sua auto administração (CEBRID (2014; OMS, 2014)

De acordo com estudos arqueológicos, há registros do consumo de álcool pela humanidade desde 6000 anos a.C. tendo este se tornando um hábito em diversas sociedades e sido incorporado em rituais religiosos, festivos e culturais (CEBRID, 2014).

Com a Revolução Industrial a produção, distribuição e consumo de álcool aumentou significativamente o que gerou novos impactos na relação estabelecida entre as pessoas e esta substância. Com a ampliação do consumo, foi possível identificar mais registros de uso prejudicial à saúde de seus usuários.

O aumento do consumo de substâncias alcólicas decorre não somente do aumento de sua produção (e aumento de teor alcoólico devido ao processo de destilação), mas também, em consequência a aspectos ambientais, sociais e culturais. Segundo relatório da OMS (2014) a conjunção de fatores sociais (desenvolvimento econômico, cultural, disponibilidade de álcool e efetividade de políticas de saúde) são aspectos relevantes nas mudanças ocorridas no consumo do álcool, ao longo dos séculos.

Nas sociedades ocidentais contemporâneas o consumo de álcool está intimamente relacionado a eventos festivos, celebrações e ocasiões felizes, ou seja, as pessoas fazem uso desta substância na perspectiva de comemorar fatos e conquistas. Portanto, a presença de bebidas alcólicas é presente no cotidiano, estimulado e corroborado pela cultura.

A permissividade e o incentivo de consumo de álcool, observada na sociedade atual explica, portanto, o consumo a partir de situações recreativas relacionando-se a vivências positivas. Todavia, cabe destacar a importância em se estudar o consumo de álcool a partir de aspectos ambientais e sociais tidos como negativos, pois tais circunstâncias também levam a um consumo importante por diversas populações (WALSH et al., 2014; KEYES et al.; 2012; CONNER et al., 2012; ROBERT, M. ANTHENELLI, M.D.,2012; SULLIVAN et al., 2012).

No que se refere ao consumo prejudicial de álcool, alguns estudos experimentais (FERRIS, 2003; SACHARCZUK et al., 2008; LOPEZ et al., 2011; DELIS et al., 2013; PATTERSON-BUCKENDAHL et al., 2014) revelam que fatores ambientais influenciam,

em grande medida, seu consumo e o conseqüente desenvolvimento de um uso nocivo à saúde, bem como, a dependência química.

Os altos níveis de estresse presente na sociedade atual vêm gerando impactos significativos em indivíduos de todas as idades, gênero e classe social, em suas diversas formas de expressão. Estudos (CONNER et al., 2012; SULLIVAN et al., 2012) argumentam que pessoas que sofrem de estresse tornam-se indivíduos mais vulneráveis a outras enfermidades, especialmente aos transtornos psiquiátricos.

De acordo com a definição descrita por Sullivan et al. (2012), o estresse é qualquer experiência adversa que consiste em um estímulo externo ao sujeito que o ameaça ou machuca, gerando medo, ansiedade, raiva excitação e tristeza, tendo um impacto e conseqüências negativas. Estes autores relatam, ainda, que o estresse varia em diferentes níveis: intensidade (brando a severo), momento do ciclo vital em que acontece, ou ainda, se é esperado ou inesperado. Os impactos psicológicos e psiquiátricos do estresse permanecem sendo um importante mecanismo para o indivíduo nas diferentes áreas de sua saúde mental.

Diante da constatação que o estresse gera impactos importantes no âmbito da saúde psicológica, emocional e física dos indivíduos, podendo desencadear transtornos psiquiátricos importantes, como o consumo elevado e prejudicial de álcool, buscou-se no presente estudo explorar e identificar quais os impactos do estresse no consumo de álcool.

Para tanto, foi realizada uma revisão de literatura em duas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde - BVS e PUBMED, no período de novembro de 2014 a janeiro de 2015. Foram selecionados artigos relacionados ao tema, publicados nos últimos 10 anos. Do total de trabalhos identificados, foram utilizados 29 artigos.

Cabe destacar que há um número significativo de artigos que trazem relatos de estudos experimentais que trabalharam com estresse crônico moderado e outro número de trabalhos que correlacionam o consumo de álcool com um estresse crônico/severo, que por sua vez caracteriza o Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

MÉTODOS

O presente trabalho visa explorar e identificar o impacto do estresse no consumo de álcool e, para tanto, foi realizado um estudo de natureza qualitativa a partir de uma revisão de literatura.

A pesquisa de natureza qualitativa trabalha com as experiências e relações humanas, podendo recorrer à amostragem, mas não se baseando no critério numérico para garantir sua representatividade (MINAYO,1994). Portanto, visa obter dados descritivos, com especial olhar ao processo e, não somente, ao produto final (LUDKE MENGA,1986).

A revisão de literatura é um importante instrumento de pesquisa, na medida em que, possibilita uma aproximação com determinado tema, ampliando o conhecimento

a respeito de um assunto, identificando as lacunas existentes que ainda devam ser investigadas e desenvolvidas.

Sabe-se que pesquisas de revisão de literatura têm um grande valor científico, por fornecerem, de forma resumida, um panorama abrangente sobre um determinado tema, ressaltando tanto os temas de pesquisa mais investigados pelos pesquisadores em determinada época, como também os temas que têm recebido pouca atenção dos mesmos. A partir dessa premissa, pode-se também realizar uma investigação mais detalhada sobre a elaboração teórica e a metodologia empregada, o que fornece uma ideia do nível de desenvolvimento da pesquisa e as suas possíveis contribuições ao meio acadêmico (LEVANDOWSKI, 2001, p.2).

Para o presente estudo buscou-se verificar a incidência de estudos sobre o tema “Impacto do estresse no consumo de álcool”.

A revisão de literatura foi realizada em 2 bases de dados, sendo estas: PUBMED e Biblioteca Virtual em Saúde - BVS. Nas tabelas abaixo estão identificados o número de artigos encontrados em cada uma delas, de acordo com o descritor utilizado.

O período de pesquisa foi de novembro de 2014 a janeiro de 2015.

PUBMED	Descritores	N
	Estresse AND Consumo de álcool	0
	Efeito do estresse AND Consumo de álcool	0
	Stress AND Alcohol Consumption	4856
	Crhonic mild stress AND Alcohol use	71

Na pesquisa realizada na PUBMED, verificou-se uma diferença importante na busca feita com termos na língua portuguesa e na língua inglesa. Em português não aparecem resultados, já em inglês identificaram-se 4856 artigos com os descritores “Stress AND Alcohol Consumption” e 71 com os descritores “*Crhonic mild stress AND Alcohol use*”.

Deste total selecionamos os artigos publicados na última década e foi feita, então, uma seleção prévia a partir do título dos trabalhos, uma vez que uma série deles não estava, de fato, relacionada ao tema ao qual o presente estudo se propõe. Foram identificados artigos que tratavam de doenças clínicas relacionadas ao consumo de álcool, a outros transtornos psiquiátricos, oxidação celular no consumo de álcool e outras especificidades envolvendo o consumo de álcool, mas que não estavam relacionados ao estresse. Com base nesta seleção prévia restaram 21 artigos e, portanto, foi feita a leitura dos resumos destes. 11 artigos foram lidos na íntegra e utilizados no presente trabalho.

Já na pesquisa realizada na BVS, foi obtido um resultado satisfatório com os descritores na língua portuguesa “Estresse e Consumo de álcool”. Assim como feito anteriormente, foram aplicados filtros no assunto principal e selecionados artigos publicados na última década, restando 642 artigos e com base nos títulos, alguns artigos foram excluídos da busca por não fazerem referência ao tema ora estudado. Restaram 18 artigos condizentes ao tema que foram lidos na íntegra e fichados para compor o presente trabalho.

BVS	Descritores	N
	Estresse AND Consumo de álcool	1246

Portanto, compôs esta revisão de literatura 29 artigos, sendo 11 relacionados a estudos experimentais e 18 a outras modalidades de pesquisa, ambos com o tema: consumo de álcool e estresse.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme tratado anteriormente, o primeiro grupo de artigos caracteriza-se por uma descrição de pesquisas experimentais. De acordo com Cardoso (2014, p.1):

Estudar modelos experimentais de psicopatologia é a tentativa de reproduzir de forma análoga, em situações específicas e controladas de laboratório, os fenômenos que ocorrem com seres humanos em ambientes não controlados. Esses modelos visam compreender os comportamentos descritos como um distúrbio ou transtorno mental, apresentados pelo sujeito no contexto em que está inserido.

O alcoolismo é um transtorno complexo ainda não compreendido completamente. O ambiente e os fatores de risco inerentes a ele desempenham um papel importante no desenvolvimento desta patologia. A exposição de indivíduos geneticamente suscetíveis aos fatores e condições estressantes aumenta a preferência ao consumo de álcool. Portanto, a dependência é variável entre os indivíduos, podendo ter causa genética e ambiental, ou ainda, da interação entre ambas (SACHARCZUK et al., 2008)

Nos estudos de DELIS et al., (2013) e PATTERSON-BUCKENDAHL et al. (2014) os autores verificaram que o estresse e o receptor de dopamina D2 ocupam um importante papel no alcoolismo sugerindo que na presença de um ambiente estressor, baixos níveis de D2 estão associados a aumento e preferência da ingesta/consumo de álcool, uma vez que o consumo de álcool em tais circunstâncias pode ser utilizado como uma estratégia para aliviar um humor negativo ou ruim.

Sabe-se que o consumo de drogas é feito em situações estressantes para

aliviar a tensão, deste modo, é plausível identificar que a dependência de álcool seria mais provável entre indivíduos com transtornos de humor ou ansiedade. Os autores concluem, ainda, que estresse inesperado e inevitável aumenta o consumo de álcool (DELIS et al., 2013, PATTERSON-BUCKENDAHL et al, 2014).

O estudo intitulado *“Differences in ethanol drinking between mice selected for high and low swim stress-induced analgesia”* buscou verificar o efeito do *Chronic Mild Stress* (Estresse Crônico Moderado) em ratos divididos em 2 sub-grupos: de alta e de baixa exposição à analgésico e submetidos a um consumo de 8% de álcool.

Os autores citam estudos anteriores, tanto com humanos quanto com animais, que sugerem que o sistema opióide estaria envolvido no desenvolvimento da dependência de álcool. As alterações congênitas nas atividades do sistema opióide foram encontradas entre os alcoolistas e, portanto, tais diferenças genéticas no funcionamento do sistema opióide endógeno podem explicar, parcialmente, as diferenças preferências pelo álcool entre homens e animais. Logo, a interação entre o sistema opióide endógeno e estressores ambientais seriam fatores importantes para maior suscetibilidade ao abuso de álcool.

Os resultados identificados no referido estudo revelam que ratos com baixa exposição a analgésicos e, portanto, com baixa atividade do sistema opióide expostos ao Estresse Crônico Moderado manifestaram maior consumo de álcool do que aqueles que não foram expostos a nenhuma condição estressante e, por conseguinte, os indivíduos expostos ao Estresse Crônico Moderado, com baixa atividade do sistema opióide, podem desenvolver abuso de álcool (SACHARCZUK et al., 2008).

Dois estudos experimentais (LOPEZ et al., 2011; FERRIS, 2003) verificaram os efeitos do estresse no consumo de álcool, a longo prazo. Tais trabalhos atribuíram à experiência de situações estressantes durante o desenvolvimento infantil os comportamentos de estresse e ansiedade na vida adulta e que, por sua vez, podem ter favorecido o consumo de substâncias psicoativas.

Os estudos examinaram o efeito de isolamento social crônico e experiências estressantes durante o desenvolvimento (desenvolvimento nessa fase correlata nos ratos) e o subsequente consumo de álcool entre ratos macho e fêmea. Os autores descrevem que o efeito do Estresse Crônico Moderado, durante a adolescência e o consumo voluntário de álcool na vida adulta ainda não foram investigados, mas conseguiram concluir que as condições estressantes (isolamento crônico social e outras modalidades de estresse) durante a adolescência induziram a altos níveis de consumo de álcool durante a vida adulta. A associação entre várias modalidades de estresse aumentou os níveis de consumo do álcool.

Cabe ressaltar, bem como trazem as pesquisas (LOPEZ et al., 2011; FERRIS, 2003) que diversos fatores estão envolvidos na dependência de álcool: início do consumo, frequência, quantidade consumida e resposta ao álcool e que, portanto, ainda não é claro se os fatores genéticos ocupam maior importância no início do consumo de álcool. Até o momento entende-se que os fatores ambientais explicam

a maioria das variáveis para a iniciação da ingestão do álcool e os fatores genéticos estariam mais relacionados com a frequência e a quantidade consumida ao longo do tempo.

Nos trabalhos citados, após a exposição ao Estresse Crônico Moderado, o consumo de álcool aparece quase que imediatamente e persistiu ao longo de 6 semanas após o teste de estresse na adolescência, revelando os impactos de futuros de tal consumo.

Utilizando um modelo animal de experimento longitudinal, Ferris (2003) identificou que os animais que tiveram um histórico de estresse traumático na adolescência, quando adultos, apresentaram comportamento agressivo de forma excessiva e inapropriada. O contexto influenciava o comportamento agressivo.

A exposição ao álcool durante a adolescência, portanto afirma o autor, leva a comportamentos agressivos na vida adulta e eventos traumáticos no início da vida tornam as crianças mais vulneráveis aos futuros estressores e à probabilidade de comportamentos antissociais. E como consequência destes problemas de comportamento na infância tais indivíduos apresentam, muitas vezes, maior risco para abuso de álcool e outras drogas.

O artigo *“Neurocircuitry underlying stress and emotional regulation in animals prenatally exposed to alcohol and subjected to chronic mild stress in adulthood”* (RAINEKI et al., 2014) que também traz registros de uma pesquisa experimental com roedores, aponta que indivíduos expostos ao álcool desde a gestação apresentam maiores níveis de psicopatologias, pois o desenvolvimento fetal seria um processo dinâmico influenciado pela qualidade do ambiente onde este ocorre e, portanto, ambientes pouco saudáveis podem suscitar problemas físicos e mentais com efeitos duradouros ao longo de toda vida.

Ainda de acordo com o artigo, a exposição ao álcool na gestação diminui a atividade neuronal entre a amígdala e o córtex pré-frontal nos machos e a formação do hipocampo nas fêmeas. A exposição ao Estresse Crônico Moderado neste período reduz a atividade neuronal nos machos e fêmeas, mas em áreas diferentes do hipocampo. No grupo controle (sem exposição ao álcool) não houve efeitos significativos do Estresse Crônico Moderado. E, portanto, os aspectos ambientais revelam-se como um fator importante no consumo prejudicial de álcool como estratégia de enfrentamento ao estresse.

Corroborando a discussão trazida por Rainecki et al. (2014), os autores do artigo *“Prenatal Alcohol Exposure and Chronic Mild Stress Differentially Alter Depressive- and Anxiety-Like Behaviors in Male and Female Offspring”* afirmam que a Síndrome Alcólica Fetal (SAF) está associada à inúmeras alterações neuronais e alta incidência de distúrbios de ansiedade e depressão e, que a exposição ao estresse na vida adulta, pode desmascarar o aumento da vulnerabilidade a comportamentos de ansiedade e depressão em animais expostos ao álcool durante seu desenvolvimento intrauterino. Os autores concluem que o estresse pode ser um fator que interfere ou contribui para

o desenvolvimento de psicopatologias nas populações de SAF (HELLEMANS ET AL., 2010).

Segundo Cardoso (2014):

Estudos experimentais mostram que a submissão dos sujeitos a certas condições ambientais ricas de estímulos reforçadores, como inserção de brinquedos, mudanças na gaiola viveiro, fartura de alimento e líquidos e agrupamento de sujeitos no mesmo ambiente logo após o desmame (enriquecimento social) pode reduzir o efeito dos estímulos estressores, diminuindo a autoadministração de certas drogas, como o álcool (ROCKMAN & GIBSON, 1992; ROCKMAN, GIBSON, & BENARROCH, 1989). Exposições a situações aversivas, como choque, pinçamento de cauda, nado forçado, separação materna, restrição de comida, ameaça de ataque, desamparo aprendido e estresse crônico moderado têm sido associados ao uso de álcool e outras drogas (CAPLAN & PUGLISI, 1986; REID, HO, TOLLIVER & WOFOWI, 1998, MCKIM, 1996; MICZEK & MUTSCHLER, 1996; VAN ERP, TACHI & MICZEK, 2001). Sujeitos expostos a estímulos aversivos tendem consumir mais etanol do que aqueles expostos a ambientes enriquecidos (ROCKMAN & GIBSON, 1992; ILVA, BERNARDES & GARCIA-MIJARES, 2005). A diferença entre eles se dá tanto na quantidade de droga ingerida quanto em suas concentrações.

Cardoso (2014) cita estudos anteriores (VOLPICELLI, ULM, e HOPSON, 1990; BECKLEY & FINN, 2006; SMITH, WILLNER & LITTLE, 1996; SMITH, REMY, SCHREIBER & DE VRY, 1996) nos quais se observou que após a submissão ao estímulo aversivo os sujeitos consumiam mais álcool do que os sujeitos do grupo controle e mesmo aqueles sujeitos que apresentavam, inicialmente, baixa preferência por etanol, após serem submetidos a um estímulo aversivo incontrolável aumentavam o consumo dessa substância.

De acordo com o exposto até o presente momento, verifica-se que o estresse é um dos fatores principais que incentivaram o consumo de droga e o comportamento de recaída. A exposição crônica às drogas, por outro lado, afeta o sistema cerebral de resposta ao estresse e um dos receptores do sistema opiáceo constituindo-se como um caminho inicial para a dependência química, na medida em que é essencial no reforço aos efeitos do uso das drogas (ILDIKO RÁCZ et al., 2012).

Cardoso (2014) ressalta a importância de compreender que o álcool age como um depressor do sistema nervoso central, podendo reduzir a sensibilidade a eventos aversivos, diminuindo a influência desses eventos no controle do comportamento. Logo, o aumento do consumo de álcool pode se apresentar a partir de um ambiente estressante como recurso de enfrentamento para tais adversidades o que, em longo prazo, possivelmente contribui para o desenvolvimento da dependência química.

Já Patterson-Buckendahl et al (2012) citam estudos que indicam que o consumo moderado de álcool, para indivíduos não dependentes, aumenta a capacidade para a realização de algumas tarefas, levantando a hipótese de que a capacidade de responder a um estressor agudo pode ser aumentado após o consumo da referida substância.

A partir de um modelo experimental, os autores verificaram que as expressões do

gene adrenérgico vêm sendo caracterizadas por responder a uma série de diferentes estressores, uma vez que a associação entre o estresse e o consumo de álcool envolve os sistemas noradrenérgico, opiáceo e receptores benzodiazepínicos.

No segundo grupo de artigos foi possível identificar uma prevalência de estudos acerca da influência de eventos traumáticos e consequentes transtornos psiquiátricos (como o próprio Transtorno de Estresse Pós-Traumático e a Depressão) e, o consequente consumo prejudicial de álcool.

Alguns artigos localizados na revisão de literatura destacam a interação entre eventos estressores com aumento no consumo de álcool ou, ainda, um consumo prejudicial dessa substância levando a dependência química. Dentre os estudos levantados podem ser citados o processo de aculturação entre imigrantes, militares, policiais, vítimas de violência doméstica e sexual (LEE et al., 2013; FOX et al., 2011; KENNEY et al., 2013; KHOURY et al., 2010; SULLIVAN et al., 2009; CONNER et al., 2012)

No artigo “Comorbidade entre transtorno de estresse pós-traumático e abuso e dependência de álcool e drogas: uma revisão da literatura” (DANTAS, GUERRA, 2008), os autores destacam a maior incidência de TEPT em mulheres não porque elas seriam geneticamente mais vulneráveis, mas porque alguns tipos de trauma ocorrem mais com elas devido à vulnerabilidade de gênero, como: abuso sexual e estupro. Dantas e Guerra (2008) argumentam que sintomas associados ao TEST muitas vezes antecedem o início do uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas, assim como seguem apontando Sullivan et al (2012).

Sintomas severos de transtorno de estresse pós-traumático foram associados com problemas relacionados ao álcool e mulheres que vivem violência do parceiro, estas pessoas apresentaram maior prevalência de problemas com álcool do que à população em geral de mulheres não submetidas à violência doméstica. O uso de álcool, em tais circunstâncias, seria feito como estratégia de enfrentamento entre as pessoas com nível mais elevado de estresse ou outras comorbidades, ou seja, é um recurso utilizado para lidar com o sofrimento psíquico (Sullivan et al., 2012).

No que se refere ao consumo de álcool enquanto estratégia de enfrentamento, Conner et al. (2012) apresentam evidências sugerindo que estudantes com menor qualidade de saúde mental normalmente consomem álcool para reduzir ou regular os aspectos negativos das vivências universitárias, ou seja, consumo de álcool como estratégia de enfrentamento (estados emocionais internos e motivações externas).

A relação entre altos níveis de ansiedade, depressão, percepção negativa de si mesmo estão associados ao consumo de álcool como estratégia de enfrentamento e, por sua vez tais motivações para consumir álcool estariam relacionados ao consumo em si e suas consequências.

Conner et al. (2012) alegam, ainda, que a saúde mental de baixa qualidade é um preditor para uma pior qualidade do sono e entre tais estudantes verificou-se uma piora na qualidade e regularidade do sono e consequente piora no desempenho e

capacidade cognitiva para tomar decisões no que concerne ao próprio consumo de álcool e à comportamentos de autopreservação e cuidado.

Por fim, Conner et al. (2012) destacam que eventos estressantes da vida de um indivíduo ocupam um papel importante dentre aqueles dependentes de álcool com comportamento suicida.

K. Walsh et al. (2014); Keyes et al. (2012); Conner et al. (2012) afirmam que existe um impacto importante do estresse no consumo de álcool e tabaco. E os riscos envolvidos em tal consumo podem levar à dependência enquanto um transtorno psiquiátrico. Cabe ressaltar que a dependência química se desenvolverá de acordo com o tipo do consumo, momento do ciclo vital em que teve início, duração e nível de estresse que a experiência estressante proporcionou e número de eventos traumáticos ao longo da vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do investigado, é possível compreender o estresse como um evento aversivo que causa medo, ansiedade e tristeza, mobilizando de maneira significativa a pessoa por ele acometidas. Todos os indivíduos estão sujeitos a situações estressantes ao longo de suas vidas, porém o estresse pode variar em diferentes níveis de intensidade (brando a severo), pode ser esperado ou inesperado, pode ser crônico moderado ou severo, apresentado diferentes impactos nos sujeitos. O que se sabe, todavia, é que de um modo geral o estresse reverbera de forma importante na saúde mental de uma pessoa.

As reações ao estresse podem variar de acordo com cada pessoa, pois faz parte deste processo uma série de fatores, como: genética, ambiente, etapa do ciclo vital, idade, tipo e duração do evento estressante.

O consumo de álcool contribui tanto para aliviar o estresse como pode ser seu causador. Estudos destacam a relação entre o estresse no cérebro e o sistema de recompensas e, embora o consumo de baixas doses de álcool por não alcoolistas produzam efeitos reforçadores ao consumo que atenuam o estresse, na realidade, tal droga estimula a liberação de substâncias e hormônios que podem causar ou aumentar o estresse no sistema nervoso.

Um indivíduo com histórico (genético, familiar e individual) de dependência de álcool seria mais suscetível a fazer uso de tal substância como estratégia de enfrentamento durante um evento traumático em sua vida.

Quanto mais precoce o consumo de álcool mais prejudicial este pode ser, além de apontar indícios de eventos traumáticos na infância e adolescência, como maus tratos e negligência. Tal dado corrobora as considerações de que grupos de pessoas mais vulneráveis seja pela idade, doença, gênero e classe social apresentam nível maior de consumo prejudicial de álcool do que as demais pessoas, uma vez que sofrem com o estresse da condição de desigualdade e vulnerabilidade social e ambiental.

A presença de estímulo aversivo pode tornar a droga mais reforçadora e por consequência aumentar a vulnerabilidade para o consumo. A exposição a estímulos estressores parece estar associada a um padrão de consumo mais pesado, já que sujeitos experimentais em situação de estresse aumentam o consumo e preferem concentrações mais elevadas de etanol (CARDOSO, 2014).

Até o momento entende-se que os fatores ambientais explicam a maioria das variáveis para a iniciação da ingestão do álcool e os fatores genéticos estariam mais relacionados com a frequência e a quantidade consumida ao longo do tempo.

Embora os aspectos genéticos tenham grande importância no desenvolvimento da dependência química, os artigos apresentados destacam que tal elemento não pode ser analisado de forma isolada, na medida em que, fatores sociais, psicológicos e emocionais influenciam em grande medida no desencadeamento de um consumo prejudicial de álcool.

Logo, o estresse como um fator ambiental importante revelou-se preditor significativo no consumo de álcool em roedores nos estudos experimentais descritos nos artigos analisados.

REFERÊNCIAS

ALI et al., (2013). **Trait Aggression and Problematic Alcohol Use Among College Students: The Moderating Effect of Distress Tolerance**. *Alcohol Clin Exp Res*, 37 (12), p. 2138–2144.

BECKLEY E. H. & FINN D. A (2006). **Unpredictable chronic mild stress and voluntary ethanol consumption in inbred mice**. *UK: Alcoholism: clinical and experimental research*, 30(6), p.186-190.

CARDOSO, T., ALARCÃO, I. & CELORICO, J. **Revisão da literatura e sistematização do conhecimento**. Porto: Porto Editora, 2010.

CARDOSO, L.R.D. (2014). **Modelos experimentais de psicopatologia: uso de substâncias psicoativas**. São Paulo: HC-FMUSP, p. 1-9.

CARDOSO, L. R. D, BANACO, R. A. (2010). **Efeito do esquema de intervalo variável no desenvolvimento de anedonia induzida por Estresse Crônico Moderado**. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento* (no prelo).

CONNER et al. (2012). **Stressful life events and suicidal behavior in adults with alcohol use disorders: Role of event severity, timing, and type**. *New York: Drug, Alcohol Depend*, 120 (1-3), p. 155-161.

DANTAS, H. S, GUERRA, A.A (2008). **Comorbidade entre transtorno de estresse pós traumático e abuso e dependência de álcool e drogas: uma revisão da literatura**. *Rev. Psiq. Clín* 35 (1); p. 55-60.

DELIS et al. (2013). **Chronic Mild Stress Increases Alcohol Intake in Mice With LowDopamine D2 Receptor Levels**. *Washington DC: Behavioral Neuroscience*. 127(1), p. 95–105

EZZY, D. **Qualitative Analysis: Practice and Innovation** *Crows Nest, NSW: Allen &Unwin*, 2002.

FERRIS, C.F. (2003). **Using an animal model to assess the long-term behaviroal and biological consequences of adolescent abuse and alcohol exposure**. *NY: Ann. Acad Sci.*1008, p.69-78.

- FOX et al. (2012). **Mental-Health Conditions, Barriers to Care, and Productivity Loss Among Officers in An Urban Police Department.** Connecticut: Conn Med. 76(9): p. 525–531.
- GUERRA, L. G. G. C & SILVA, M. T. A (2002). **Modelos animais de psicopatologia: fundamentos conceituais.** Capítulo 22. Sobre o comportamento e cognição: contribuição da teoria do comportamento, Org Helio Jose Guilhardi, 1ª edição Ed Santo André: ESETec, vol. 9, p. 232-235.
- HELLEMANS et al. (2010). **Prenatal Alcohol Exposure and Chronic Mild Stress Differentially Alter Depressive- and Anxiety-Like Behaviors in Male and Female Offspring.** UK: Alcohol Clin Exp Res. 34(4), p. 633–645.
- KACHADOURIAN et al. (2014). **Trauma, PTSD, and binge and hazardous drinking among women and men: Findings from a national study.** Connecticut: Journal of Psychiatric Research 55, p.35-43.
- KANG, K., SUNG, J., KIM, C. (2010). **High Risk Groups in Health Behavior Defined by Clustering of Smoking, Alcohol, and Exercise Habits: National Health and Nutrition Examination Survey.** Journal of Preventive Medicine and Public Health 43(1), p. 73-83.
- KENNEY et al. (2013). **Mental Health, Sleep Quality, Drinking Motives, and Alcohol-Related Consequences: A Path-Analytic Model.** New Jersey: Journal of studies on alcohol and drugs. 74(6), p.841-851.
- KEYES et al. (2012). **Stress and alcohol.** San Diego: Epidemiologic Evidence **Research: Current Reviews, Volume 34 (4)**, p. 391–400.
- KHOURY et al. (2010). **Substance use, childhood traumatic experience, and posttrauma stress disorder in an urban civilian population.** *Depress Anxiety.* 27(12), p.1077–1086.
- LEE et al. (2013). **Acculturation Stress and Drinking Problems Among Urban Heavy Drinking Latinos in the Northeast UK: J Ethn Subst Abuse.**12(4): p.308–320.
- LEVANDOWSKI, D.C. (2001). **Paternidade na adolescência: uma breve revisão da literatura internacional.** Natal: Estud. psicol. 6 (2), p.1-13.
- LOPEZ et al. (2011) **Chronic social isolation and chronic variable stress during early development induce later elevated ethanol intake in adult C57BL/6J mice.** Indianapolis: Alcohol. 45(4), p.355-64.
- LUDKE, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- PATTERSON-BUCKENDAHL et al. (2004). **Alcohol Alters Rat Adrenomedullary Function and Stress Response.** Ann. New York: Acad. Sci. 1018, p. 173–182.
- RÁCZ et al. (2012). **Long-term ethanol effects on acute stress responses: modulation by dynorphin NY: Addiction Biology,** 18, p. 678–688.
- RAINEKI et al. (2014). **Neurocircuitry underlying stress and emotional regulation in animals prenatally exposed to alcohol and subjected to chronic mild stress in adulthood.** Lausanne: *Front Endocrinol.* 5 (5), p. 1-14.
- ROBERT, M. ANTHENELLI, M.D. (2012). **Overview: stress and alcohol Use Disorders revisited alcohol research: San Diego: Alcohol Research: Current Reviews,** 34(4), p. 386-39.

SACHARCZUK et al. (2008). **Differences in ethanol drinking between mice selected for high and low swim stress-induced analgesia.** Indianapolis: Alcohol. 42 (6), p.487-92.

SACHARCZUK et al. (2010). **Opposite effects of alcohol in regulating stress-induced changes in body weight between the two mouse lines with enhanced or low opioid system activity.** Physiology & Behavior 99, p. 627–631.

SULLIVAN et al. (2012). **Risk Factors for alcohol problems in victims of partner violence.** Connecticut: Subst Use Misuse. 47(6), p. 673–685.

WILLNER, P. (2005). **Chronic Mild Stress (CMS) revisited: consistency and behavioral-neurobiological concordance in the effects of CMS.** UK: Neuropsychobiology, 52, p. 90-110.

WALSH et al. (2014). **Trauma exposure, posttraumatic stress disorder and risk for alcohol, nicotine, and marijuana dependence in Israel.** NY: Comprehensive Psychiatry 55, p. 621–630.

Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Disponível em: http://www.cebrid.epm.br/folhetos/alcool_.htm. Acesso em 2 de dezembro de 2014.

Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/>. Acesso em 2 de dezembro de 2014.

ENSINO COM FEEDBACK INSTRUCIONAL EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA): EFEITOS SOBRE CATEGORIZAR

Daniel Carvalho de Matos

Universidade CEUMA, Departamento do curso de Psicologia. Professor titular de graduação em Psicologia
Universidade Federal do Maranhão, professor colaborador do Mestrado em Psicologia. São Luís- MA

Mônica Cristina Marques de Aragão

Universidade CEUMA, discente do curso de Psicologia São Luís – MA

Pollianna Galvão Soares de Matos

Universidade CEUMA, Departamento do curso de Psicologia. Professora titular de graduação em Psicologia
Universidade Federal do Maranhão, professora colaboradora do Mestrado em Psicologia. São Luís - MA

RESUMO: É comum crianças com TEA apresentarem déficits em repertórios não verbais e verbais. O primeiro caso pode ser ilustrado por tarefa de seleção de objetos e imagens a partir de instruções que especificam seus nomes (ex: Toque o golfinho) ou que especificam as categorias a que pertencem (ex: Toque o animal marinho). No caso dos verbais, uma criança pode demonstrar tatos dos estímulos (ex: Dizer “cachorro” diante de sua imagem) e tatos de suas categorias (ex: Dizer “animal terrestre” diante da imagem do

cachorro). Outros repertórios referem-se a descrever (intraverbal) membros de categorias sob demanda (ex: “Diga-me nomes de animais que voam”) e parear figuras de categorias (ex: Relacionar a imagem de um cachorro com a de um gato). A presente pesquisa foi conduzida com duas crianças com TEA de 3 e 5 anos, tendo sido aprovada por CEP (parecer 2.145.293). Foi programado o ensino de tato de nove estímulos da categoria transportes (terrestres, aquáticos e aéreos) e o ensino da identificação como ouvinte de nove estímulos pertencentes à categoria animais (terrestres, marinhos e voadores). Consequências diferenciadas consistiram em elogios e na apresentação dos nomes das categorias por uma experimentadora (ex: “Muito bem! O cachorro é um animal terrestre). Com a exposição às intervenções foi verificada a emergência de outros repertórios não ensinados e que consistiram na identificação das categorias como ouvinte; na função de tato; intraverbais; e parear imagens pertencentes a uma mesma categoria.

PALAVRAS-CHAVE: TEA; responder como ouvinte; tato; intraverbal; pareamento; categorizar.

ABSTRACT: It is common that children with ASD present deficits in non-verbal and verbal repertoires. The first case may be demonstrated through a task consisting in the selection of

objects and pictures through instructions, which specify their names (e.g. Touch the dolphin) or that specify the categories to which they belong (e.g. Touch the marine animal). In verbal case, a child may demonstrate tacts of stimuli (e.g. Saying “dog” facing the picture) and category tacts (e.g. Saying “terrestrial animal” facing the picture of a dog). Other repertoires refer to the description (intraverbals) of category members under demand (e.g. “Say names of animals that fly”); to the pairing of pictures within the same category (ex: Pairing the picture of a dog to the picture of a cat). This research was conducted with two children (3 and 5 years old), and was approved by an ethics committee in research with humans (authorization No. 1.189.331). The teaching of the tacts of nine stimuli from transportation category (terrestrial, aquatic and flying) and the teaching of identification of nine stimuli from animal category (terrestrial, aquatic and flying) were implemented. Differential consequences consisted of praise and the presentation of the category names (e.g. “Very good! The dog is a terrestrial animal”). With exposure to the interventions, it was verified the emergence of other repertoires and which consisted of the identification of categories as listener; as tacting; as intraverbals; and the pairing of pictures within the same category.

KEYWORDS: ASD; listener responding; tact; intraverbal; pairing; categorize.

1 | INTRODUÇÃO

Crianças e jovens com diagnóstico de TEA costumam apresentar déficits de repertórios verbais e não verbais importantes para um desenvolvimento social e acadêmico competente. Dentro de uma perspectiva analítico-comportamental (SKINNER, 1978), comportamento verbal ou linguagem representa um tipo de operante modelado e mantido por reforçadores mediados. Um falante é responsável por sua emissão e um ouvinte opera na mediação do reforço ao falante. O trabalho de profissionais, quanto ao tratamento de indivíduos com TEA, compreende o arranjo de contingências visando em parte o ensino de operantes verbais elementares, destacando-se ecoico (imitação vocal), mando (fazer pedidos), tato (nomeação oral), intraverbal (interação verbal), textual, transcrição por cópia e transcrição por ditado (SUNDBERG, 2016). Profissionais também se dedicam ao ensino de diversos operantes não verbais e dentre os quais se destacam casos como repertórios de ouvinte a partir de tarefas em que os aprendizes podem selecionar estímulos não verbais como imagens e objetos mediante seus nomes ditados; e também o repertório de parear imagens e objetos semelhantes (SUNDBERG; PARTINGTON, 1998; MATOS, 2016).

Repertórios verbais e não verbais podem também ser estabelecidos pelo ensino de discriminações que compreendem a identificação de categorias. Nesse sentido, contingências podem ser arranjadas visando a aprendizagem de tatos de categorias (ex: diante da imagem de um cachorro e da pergunta “o que é um cachorro”, alguém diz “animal”); identificação de categorias como ouvinte (ex: diante de um arranjo com imagens pertencentes a diferentes categorias, uma instrução verbal sobre indicar

o animal leva alguém a selecionar a imagem de um cachorro); pareamento visual-visual arbitrário (ex: relacionar a imagem de um gato à imagem de um cachorro como estímulos pertencentes à mesma classe); intraverbais de categorias (ex: diante de uma instrução verbal como “diga-me nomes de meios de transporte”, alguém responde “carro, avião, moto, ônibus e caminhão”). Na Análise do Comportamento Aplicada ao TEA, pesquisas têm sido conduzidas com o propósito de ensinar um ou mais dos repertórios mencionados e medir efeitos sobre a emergência de outros não diretamente ensinados. Miguel e Kobari-Wright (2013), por exemplo, ensinaram duas crianças com TEA a tatearem os nomes das categorias de nove figuras pertencentes a três diferentes categorias. Os efeitos desse ensino foram medidos sobre o pareamento visual arbitrário de figuras de acordo com a categoria e sobre a seleção de categorias como ouvinte. Como resultado foi verificado que esses repertórios emergiram para ambas as crianças e que, no caso de uma delas, os pareamentos de figuras aconteceram depois que as crianças foram demandadas para a emissão dos tatos dos modelos apresentados nas tentativas de pareamento.

Kobari-Wright e Miguel (2014) mediram os efeitos do treino de identificação de categorias como ouvinte sobre a possível emergência de pareamentos visuais arbitrários de figuras de acordo com a categoria e de tatos dos nomes das categorias. Isso aconteceu para três de quatro crianças com TEA que participaram na pesquisa. No caso da criança para a qual não houve emergência, quando o ensino dos tatos dos nomes das categorias foi implementado, os pareamentos visuais das figuras de acordo com as categorias emergiram.

Grannan e Rehfeldt (2012) trabalharam com duas crianças com TEA de 5 anos, ensinando tatos simples (ex: dizer “carro” diante da imagem do mesmo), de categorias (ex: dizer “transporte” diante da imagem de carro e da pergunta “o que é um carro?”) e pareamentos visuais de acordo com categoria (ex: juntar a figura do carro com a de uma moto). Foram utilizadas nove figuras de cada uma de quatro categorias, sendo as mesmas, meios de transporte, itens de banheiro, partes do corpo e instrumentos musicais. Os efeitos foram testados sobre intraverbais, havendo emergência dos intraverbais de relatar membros das categorias do estudo. Matos e Lima (2018) trabalharam com quatro crianças de 3 a 6 anos sob suspeita de TEA com intervenções semelhantes, mas com tarefa de ouvinte no lugar de pareamentos visuais das categorias. Os intraverbais foram testados após critério em cada intervenção e emergiram para duas crianças (uma, com algum repertório de entrada de intraverbais, após ensino do tato de categoria e, a outra, após tarefa de ouvinte).

Matos et al. (2018) (no prelo) conduziram um experimento semelhante ao de Matos e Lima (2018), mas uma nova intervenção foi inserida e de modo que eram demandadas respostas de tatos simples e de identificar imagens pelos nomes como ouvinte que, quando emitidas, resultavam em um tipo de consequência (feedback instrucional) em que um experimentador relatava o nome da categoria (ex: quando uma criança dizia “carro” diante da imagem de um carro ou apontava para a figura do

carro quando fosse demandada para isso, o experimentador dizia “Muito bem! O carro é um meio de transporte”). Com isso, o que se buscava avaliar era se intraverbais de categorias emergiriam como alvos secundários. Como resultado, nem essa e nem as outras intervenções programadas produziram a emergência dos intraverbais em quatro crianças com suspeita de TEA participantes. Vale destacar que nenhuma das crianças apresentava repertório de entrada em relação a essa habilidade.

Ainda a respeito do feedback instrucional, outra pesquisa conduzida por Loughrey et al. (2014) compreendeu o ensino da identificação de figuras como ouvinte e, como consequências diferenciais, um experimentador apresentava os nomes das categorias a que as figuras pertenciam. O efeito dessa variável foi medido sobre a possível emergência de tatos de categorias. Os resultados sugeriram que isso aconteceu com as duas crianças com TEA participantes.

A literatura revela que o ensino de repertórios de categorizar, como os que foram mencionados, pode implicar na emergência de outros não treinados diretamente, embora em um dos casos isso não tenha acontecido com o intraverbal para nenhuma criança (MATOS et al., 2018, no prelo). Os participantes dessa pesquisa não apresentavam repertório prévio de intraverbais e foi discutido que a existência de algum repertório de entrada poderia facilitar a emergência de intraverbais. A presente pesquisa se propôs a um tipo de trabalho em que, dentre as variáveis dependentes, destacou-se a frequência de respostas intraverbais, consistindo na identificação de membros de categorias, além de outros repertórios como o tato de categorias, identificação de categorias como ouvinte e pareamentos visuais arbitrários de estímulos de acordo com categoria. A principal variável independente consistiu no feedback instrucional referente às descrições dos nomes das categorias de estímulos durante tarefas de ensino de tatos simples e identificação dos estímulos como ouvinte.

2 | OBJETIVO GERAL

Avaliar se o ensino de repertórios de tatos simples (ex: dizer “carro” diante da imagem de um carro) e respostas de ouvinte simples (ex: apontar para a imagem de cachorro dentre outras e mediante o modelo de seu nome) com feedback instrucional (ex: O experimentador diz “muito bem! O carro/cachorro é um transporte terrestre/ animal terrestre.”) produz a emergência de repertórios referentes a categorizar e que não foram diretamente ensinados para duas crianças com TEA.

3 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar qual procedimento de ensino é o mais eficiente no sentido de determinar em qual deles o cumprimento de critério demandou o menor número de blocos de tentativas.

Avaliar se o ensino de tatos e respostas de ouvinte simples com feedback

instrucional produz emergência de tatos de categorias (ex: dizer “animal terrestre” diante da imagem de um cachorro e da pergunta “o que é um cachorro?”).

Avaliar se o ensino de tatos e respostas de ouvinte simples com feedback instrucional produz a emergência da identificação de categorias como ouvinte (ex: tocar na figura de cachorro diante da instrução verbal “animal terrestre”).

Avaliar se o ensino de tatos e respostas de ouvinte simples com feedback instrucional produz a emergência de pareamentos visuais arbitrários de figuras por categoria (ex: relacionar a foto do cachorro com a de um gato).

Avaliar se o ensino de tatos e respostas de ouvinte simples com feedback instrucional produz a emergência de intraverbais consistindo em listar membros de categorias (ex: dizer “gato, cachorro e cavalo” diante da instrução verbal “diga-me nomes de animais terrestres”).

4 | MÉTODO

PARTICIPANTES

Participaram da presente pesquisa dois meninos de 3 e 5 anos de idade e com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Os mesmos recebem atendimentos fundamentados em Análise do Comportamento Aplicada (ABA) duas vezes por semana no Laboratório de Avaliação, Pesquisa e Intervenção em Transtorno do Espectro Autista (LAPITEA) de uma Universidade privada em São Luís/MA (Universidade CEUMA). Cada atendimento dura 1 hora e meia. Currículos individualizados são organizados com programas de intervenção visando o estabelecimento de repertórios verbais e não verbais. As crianças (P1 de 5 anos e P2 de 3 anos) são aprendizes em parte de nível 2 e em parte nível 3 segundo os critérios de avaliação de marcos de desenvolvimento do *Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program* (VB-MAPP) de Sundberg (2008).

Nesse sentido, P1 e P2 já apresentavam, no início da pesquisa, centenas de tatos e respostas de ouvinte. Demonstravam repertórios de imitação e seguir instruções generalizados e se destacavam em tarefas de ouvinte a partir das quais deveriam selecionar estímulos não verbais como objetos e figuras mediante instruções sobre função, característica ou categoria a que pertenciam. Ambos já demonstravam diversas respostas intraverbais, consistindo em completar frases (ex: “você dorme na...” e “cama” como resposta) e responder perguntas (ex: “Como você se chama?” e “Fulano” como resposta). Entretanto, apenas P1 já apresentava algum repertório (mas com limitações) no sentido de descrever membros de categorias de estímulos intraverbalmente.

AMBIENTE

A coleta de dados foi realizada no Laboratório LAPITEA da Universidade CEUMA. A sala de coleta foi equipada com uma mesa e duas cadeiras. Cada criança participante sentou em frente a um experimentador e um assistente de pesquisa, que sentaram nas duas cadeiras à frente. O experimentador foi responsável pela apresentação dos estímulos e registro de respostas relevantes e, o assistente, também pelo registro de respostas para obtenção de medidas de concordância entre ele e o experimentador. A concordância foi avaliada em todas as sessões de coleta de dados realizadas com cada criança e que compreenderam tentativas discretas de avaliação e intervenção. Em cada tentativa poderia ser sinalizada uma concordância ou discordância a depender do registro da resposta por cada observador. Para o cálculo do percentual de cada criança, o número de concordâncias entre observadores foi dividido pela soma de concordâncias e discordâncias e o resultado foi convertido para porcentagem. O percentual de concordância para ambas as crianças foi de 100% em todos os blocos de tentativas da pesquisa.

MATERIAIS E INSTRUMENTOS

Em relação aos materiais de avaliação e intervenção com as crianças da pesquisa, foram utilizados cartões plastificados medindo 6 X 3 cm e com imagens retratando categorias e subcategorias. As mesmas consistiram em animais (terrestres, marinhos e voadores) e transportes (terrestres, marinhos e aéreos) e foram empregados três membros de cada uma das subcategorias dentro de cada uma das duas categorias (ex: golfinho e baleia para animais marinhos; carro e avião para transportes terrestres). Durante o ensino de tatos e respostas de ouvinte foram concedidos para cada criança, como consequências diferenciais, elogios, além de terem sido fornecidas informações sobre os nomes das subcategorias. Após cada bloco de tentativas, as crianças tinham acesso a brinquedos e jogos eletrônicos em situação de intervalo de 2 minutos. Foram também utilizadas folhas de registro com o propósito de medir os desempenhos das crianças nas atividades de avaliação e intervenção programadas.

VARIÁVEIS INDEPENDENTES E VARIÁVEIS DEPENDENTES

As variáveis independentes (VI) da pesquisa consistiram no ensino de tatos simples e respostas de ouvinte simples, ambos com manipulação de feedback instrucional (descrição dos nomes de subcategorias pelo experimentador) como consequência do responder correto ou com correção nas tarefas mencionadas. As variáveis dependentes (VD) corresponderam aos seguintes repertórios, que foram medidos ao longo da manipulação das VIs: Identificação das subcategorias como ouvinte; tatos das subcategorias; pareamentos visuais arbitrários dos estímulos pertencentes às mesmas subcategorias; intraverbais consistindo em descrever membros das subcategorias.

Detalhes a respeito de cada tipo de repertório e intervenções são apresentados a seguir.

PROCEDIMENTO

Os dois participantes da pesquisa (P1 e P2) passaram por avaliações das VDs previamente especificadas, e vale destacar que, em relação às intervenções, foram ensinados os repertórios de tatos simples das subcategorias de transportes e identificações das subcategorias de animais como ouvinte. As condições da pesquisa foram as seguintes:

PRIMEIRA CONDIÇÃO

Avaliação dos repertórios de (1) identificar subcategorias como ouvinte; (2) tatos das subcategorias; (3) pareamentos visuais arbitrários dos estímulos pertencentes às mesmas subcategorias; (4) intraverbais consistindo em descrever membros das subcategorias.

As avaliações de cada tipo de repertório mencionado aqui foram conduzidas por meio de blocos com 18 tentativas discretas para cada uma das duas categorias (animais e transportes). No caso do repertório (1), cada tentativa compreendeu um arranjo com três ou quatro figuras. O experimentador apresentava uma instrução verbal a partir da qual a criança deveria identificar como ouvinte o membro de uma subcategoria (ex: Tocar na figura de cachorro diante da instrução “toque no animal terrestre”). O repertório (2) foi avaliado a partir da apresentação, por tentativa, de uma figura representando um membro de uma das subcategorias e uma pergunta que fornecia contexto para o tato da categoria (ex: Dizer “animal terrestre” diante da figura de um cachorro e da pergunta “o que é um cachorro?”). No caso do repertório (3), em cada tentativa, cada criança teve a oportunidade de parear uma figura de um membro de uma subcategoria com uma figura de outro membro da mesma subcategoria (Ex: diante de um arranjo com várias figuras incluindo a de um carro, uma criança selecionava a mesma após ser mostrado o modelo da figura de uma moto junto com a instrução “toque o semelhante”). Por fim, no caso do repertório (4), cada tentativa de avaliação consistiu na apresentação de uma instrução a partir da qual cada criança deveria relatar membros de uma determinada subcategoria (ex: Dizer cachorro, gato e porco diante da instrução verbal “diga-me nomes de animais terrestres”).

Para nenhum dos repertórios mencionados houve a manipulação de consequências diferenciais. Após a constatação de que cada participante não demonstrava nenhuma das habilidades, foi programada a condição seguinte de intervenção.

SEGUNDA CONDIÇÃO

(1) Ensino de tatos simples (para subcategorias de transportes) e (2) ensino de respostas de ouvinte simples (para subcategorias de animais) com feedback instrucional. No caso do repertório (1), uma tentativa discreta envolveu a apresentação de uma figura que a criança deveria tatear da forma simples (ex: dizer “carro” diante da figura de um carro e da pergunta “o que é isto?”). Para o repertório (2), uma tentativa compreendeu a apresentação de um arranjo de três figuras e deveria ser feita a seleção de uma delas mediante a apresentação do nome por um experimentador (ex: Tocar na figura de cachorro após a instrução “toque no cachorro”). Ambos os ensinos de tatos e respostas de ouvinte simples foram realizados com nove tentativas. Acertos nas duas tarefas implicaram em elogio e na apresentação da descrição do nome da subcategoria do estímulo da tentativa (ex: “Muito bem! O cachorro é um animal terrestre.”; “muito bem!, o carro é um transporte terrestre.”). Além disso, havia o acesso a brinquedos e jogos ao final de cada bloco de tentativas por 2 minutos. Um critério nesta condição era alcançado quando cada criança demonstrava 100% de acertos em dois blocos de tentativas.

TERCEIRA CONDIÇÃO

Novas avaliações dos repertórios de categorizar, semelhante ao caso da primeira condição, foram conduzidas. As avaliações eram feitas sempre que o critério das habilidades ensinadas na segunda condição era alcançado. A segunda e terceira condição permaneceram em vigor até que a emergência de repertórios de categorizar por parte das crianças fosse verificada.

DELINEAMENTO EXPERIMENTAL

Foi empregado um delineamento intra-participante com tratamentos alternados e com rápida alternância entre as duas intervenções (COOPER et al., 2006). O propósito era o de verificar qual procedimento de ensino (tatos simples de transportes com feedback instrucional ou respostas de ouvinte simples de animais com feedback instrucional) era o mais eficiente e no sentido de qual compreenderia cumprimento de critério com menor número de tentativas discretas, além da verificação da estabilidade no dado com o máximo de acertos ao longo de vários blocos de tentativas.

Foi ainda utilizado um delineamento de linha de base múltipla concorrente entre diferentes participantes (COOPER et al., 2006) para medir os efeitos das VIs consistindo nas intervenções de ensino de tatos simples e respostas de ouvinte simples sobre a emergência das VDs referentes a repertórios de categorizar (tatos de categorias; identificação de categorias como ouvinte; pareamentos visuais arbitrários das categorias; intraverbais de categorias). O controle experimental seria verificado na medida que a emergência dos repertórios de categorizar fosse demonstrada para

cada participante apenas mediante a introdução das intervenções.

5 | RESULTADOS

Para a apresentação dos dados coletados referentes aos dois participantes do estudo, foram construídos gráficos das avaliações e intervenções, que são apresentados a seguir. A Figura 1 revela os desempenhos de P1 e P2 durante as intervenções de ensino de tatos simples de transportes e de identificação de animais como ouvinte com feedback instrucional.

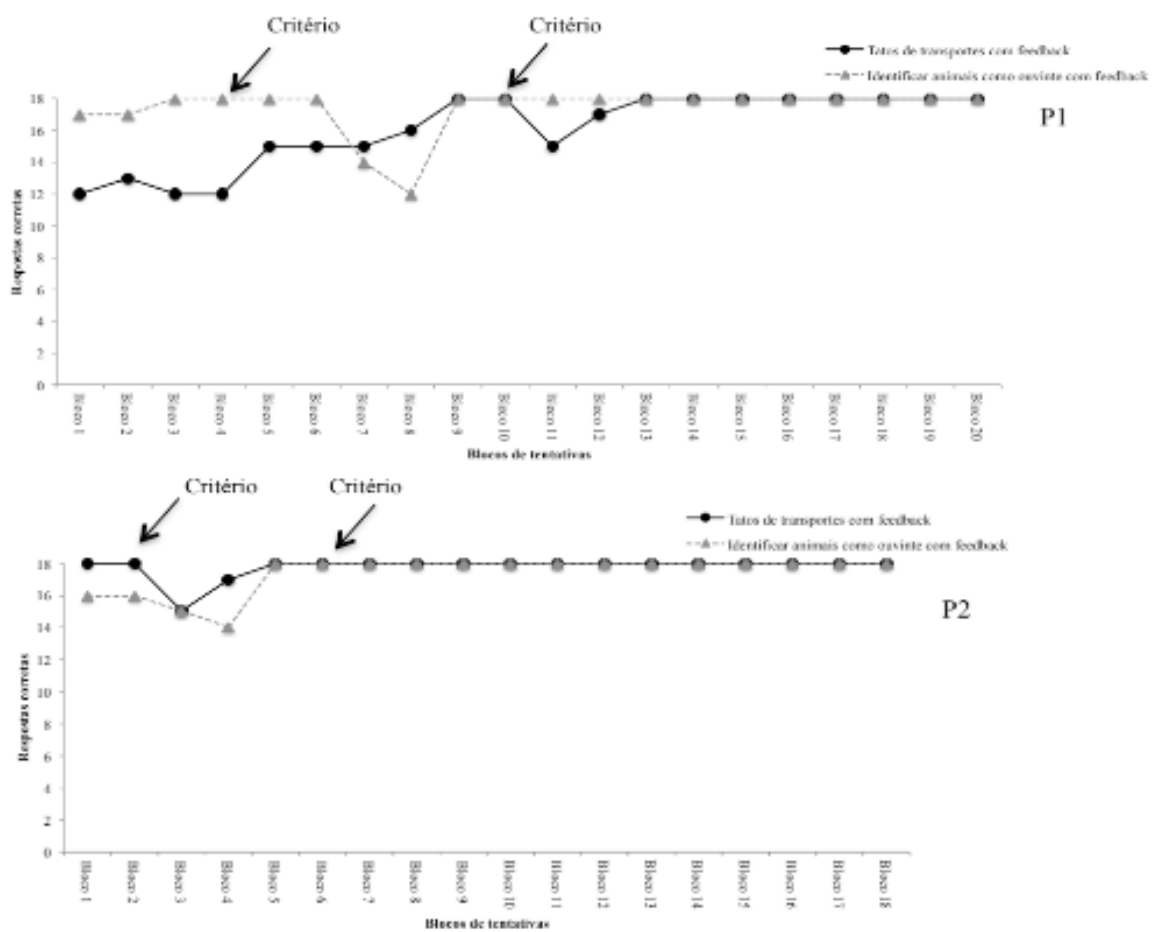


Figura 1 - Ensino de repertórios de tatos simples de membros de subcategorias de transportes e ensino de identificação de subcategorias de animais como ouvinte, ambos com feedback instrucional. O gráfico superior apresenta os dados de P1 e, o gráfico inferior, os de P2.

Conforme pode ser visto na Figura 1, os dados das duas intervenções revelaram que, ao longo de vários blocos de tentativas, ambas foram eficazes quanto ao estabelecimento dos repertórios de tatos e respostas de ouvinte, referentes a membros de subcategorias de transportes e de animais, respectivamente para P1 e P2. Entretanto, considerando os critérios por meio dos quais o ensino foi estruturado,

é possível identificar que houve diferenças em relação ao repertório em que o primeiro cumprimento de critério foi verificado. No caso de P1, a primeira verificação de critério em relação ao repertório de responder como ouvinte foi no quarto bloco de tentativas. O primeiro critério cumprido, no caso do repertório de tatos, aconteceu apenas no décimo bloco. Embora tenha sido identificada alguma variação de responder ao longo de vários blocos para ambos os repertórios, pode-se observar que, a partir do bloco 13, o desempenho em ambas as tarefas estabilizou em 18 acertos, correspondendo a 100% das oportunidades para responder.

Em se tratando de P2, a verificação de critério aconteceu primeiro para o repertório de tatos no segundo bloco de tentativas. O primeiro critério, no caso do responder como ouvinte, aconteceu no sexto bloco. A partir daí, o desempenho estabilizou em 18 acertos, correspondendo a 100% de acertos até o final da coleta de dados de intervenção. A Figura 2 apresenta os dados coletados em relação às variáveis dependentes da pesquisa (tatos de categorias, identificação de categorias como ouvinte, pareamento visual-visual de categorias e intraverbal de categorias) antes e após o ensino do repertório de tatos de membros de subcategorias de transportes para P1 e P2.

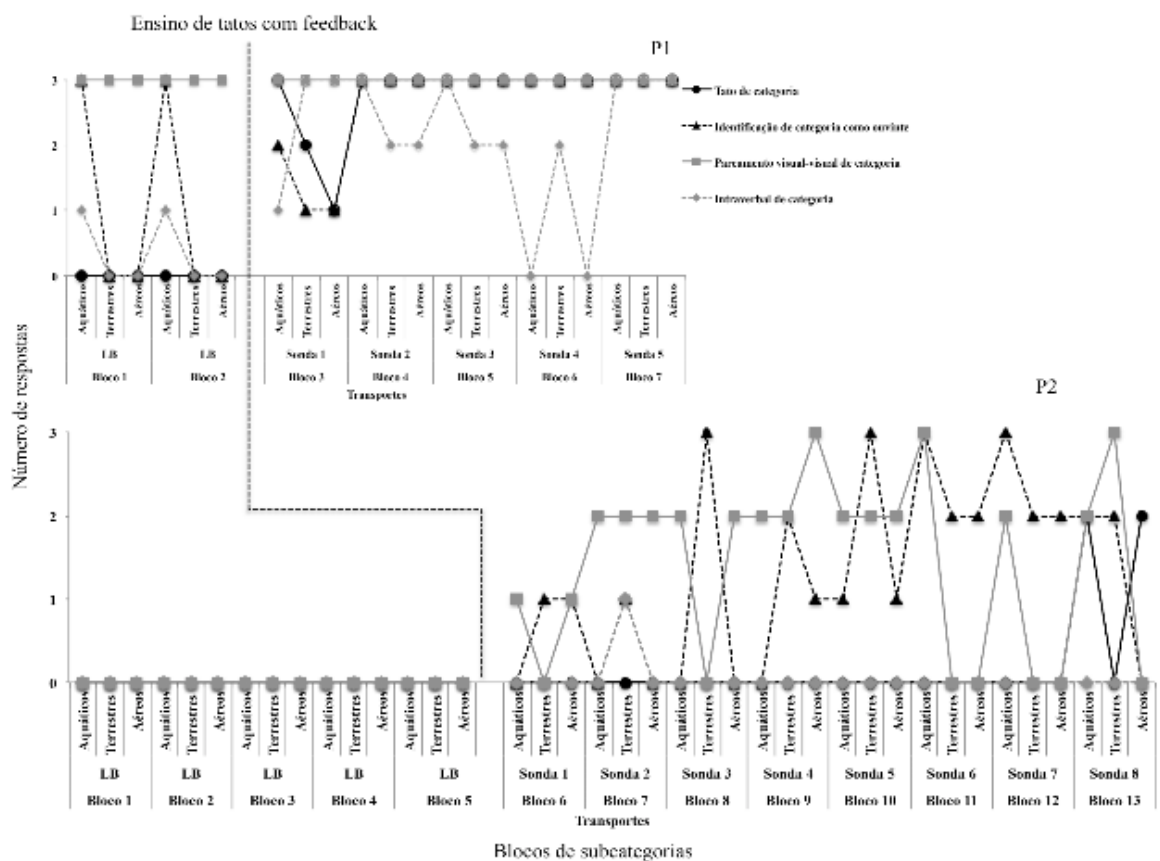


Figura 2 - Resultado das avaliações das variáveis dependentes (tatos de categorias; identificação de categorias como ouvinte; pareamento visual-visual arbitrário de categorias; intraverbal de categorias) antes e após o ensino de tatos de membros de subcategorias de transportes com feedback instrucional para P1 e P2.

De acordo com a Figura 2, P1 já apresentava, na primeira avaliação de linha de base, o repertório de realizar pareamentos visuais arbitrários de acordo com a subcategoria de transportes e, embora demonstrasse algum repertório de identificar categorias como ouvinte e intraverbalmente, não era estável. Além disso, ele não demonstrava o repertório de tatear de acordo com a categoria. Após a introdução do ensino da tarefa de tatos simples com feedback instrucional, pôde-se constatar a emergência do repertório de ouvinte e do tato de categoria, além da manutenção do desempenho correto na tarefa de pareamento visual arbitrário sem reforçamento. No caso do intraverbal de subcategorias, foi observada uma evolução no desempenho, sendo que, embora com variabilidade, chegou a 100% de acertos em quatro ocasiões.

A Figura 2 revela ainda que, no caso de P2, o mesmo não demonstrava nenhum dos repertórios de categorizar avaliados antes da introdução do ensino da tarefa de tato com feedback instrucional. Após isso houve evolução no desenvolvimento dos repertórios, exceto os de intraverbais de subcategorias e tatos de subcategorias, embora tenha sido uma evolução com variabilidade. Ainda no caso do intraverbal e tato de subcategorias, a criança chegou a demonstrar uma resposta e duas respostas, respectivamente, em uma única ocasião durante a coleta de dados para cada repertório. A Figura 3 revela os dados de avaliação dos repertórios de categorizar antes e após o ensino da tarefa de respostas de ouvinte com feedback instrucional, envolvendo animais para P1 e P2.

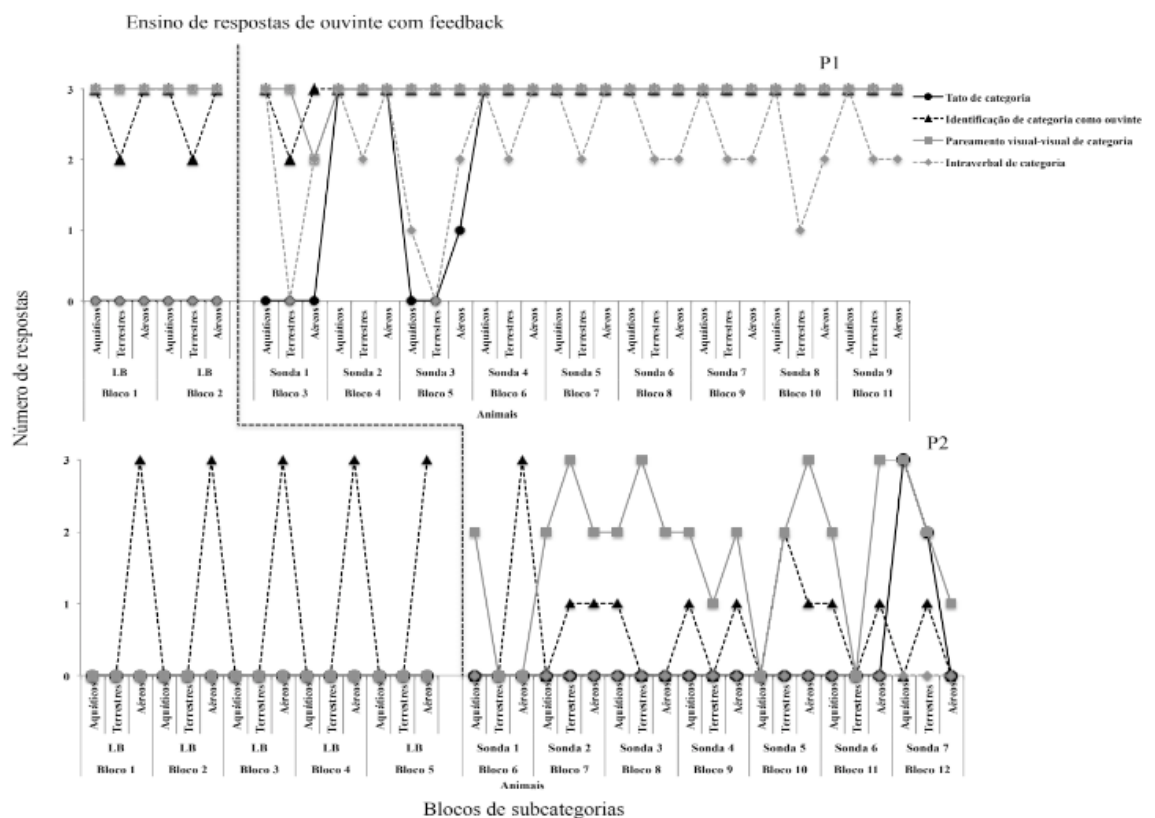


Figura 3 - Resultado das avaliações das variáveis dependentes (tatos de categorias; identificação de categorias como ouvinte; pareamento visual-visual arbitrário de categorias; intraverbal de categorias) antes e após o ensino do repertório de respostas de ouvinte com feedback instrucional, envolvendo animais para P1 e P2.

Conforme pode ser visto na Figura 3, P1 também já demonstrava o repertório de parear estímulos visuais de acordo com suas subcategorias. Demonstrava também o repertório de identificar subcategorias de animais como ouvinte, embora não com 100% de acertos para a subcategoria de animais terrestres. Não apresentava os repertórios de tatos de categorias e de intraverbais de categorias. Com a introdução do ensino da tarefa de respostas de ouvinte com feedback instrucional, houve melhora nos repertórios de categorizar, de modo que os tatos e a identificação das subcategorias de animais emergiram; os intraverbais das subcategorias emergiram com variabilidade; os pareamentos visuais foram mantidos em relação ao desempenho da linha de base inicial. Quanto a P2, ele apenas demonstrava inicialmente repertório de identificar subcategorias de animais aéreos (voadores) como ouvinte. Após a intervenção de respostas de ouvinte com feedback, houve emergência apenas do repertório de pareamentos visuais de acordo com as subcategorias com variabilidade e, o de identificar como ouvinte, piorou em relação à linha de base inicial, embora P2 tenha demonstrado melhora em outras subcategorias.

5 | DISCUSSÃO

Os repertórios ensinados para os dois participantes, P1 e P2, foram ambos aprendidos por eles. O cumprimento do primeiro critério aconteceu no quarto bloco quanto a tarefa de responder como ouvinte para P1 e, para o mesmo participante, houve o primeiro cumprimento de critério do repertório de tato apenas no décimo bloco. Vale destacar que a referida criança apresentou, em diversas ocasiões durante a coleta de dados, comportamentos de oposição à realização das atividades e acredita-se que isso podia ter relação com o valor dos reforçadores utilizados, que oscilava entre alto e baixo. Além disso, diversos comportamentos indesejados de P1 eram reforçados em outros contextos fora de um trabalho em ambiente estruturado. Entretanto, isso não impediu a estabilização do desempenho 100% correto para ambos os repertórios, após uma determinada quantidade de blocos de tentativas.

A variável feedback instrucional parece ter influenciado o desenvolvimento de alguns repertórios de categorizar que nunca foram diretamente ensinados. Por outro lado, tendo em vista que a criança (P1) em questão frequenta outros contextos, inclusive escola regular em que o conceito de classes de estímulos é explorado, não se pode descartar a possível influência de variáveis alheias à pesquisa. Por outro lado, o delineamento de linha de base múltipla com diferentes participantes sugeriu que os ganhos de repertórios de categorizar não ensinados diretamente aconteciam na medida que as intervenções (fosse de ensino de tatos ou respostas de ouvinte com

feedback instrucional) eram implementadas. Os ganhos de repertórios de categorizar observados para P2 apenas foram verificados mediante a introdução do ensino dos repertórios de tatos e respostas de ouvinte com feedback instrucional, embora os ganhos para P2 tenham sido mais discretos em comparação a P1. Por outro lado, P2 não apresentava nenhum ou quase nenhum repertório de entrada referente ao categorizar, diferente do caso de P1.

Os dados da presente pesquisa corroboram os achados de estudos anteriores que sugerem que o ensino de um ou mais repertórios produz a emergência de outros não ensinados diretamente (GRANNAN; REHFELDT, 2012; MIGUEL; KOBARI-WRIGHT, 2013; KOBARI-WRIGHT; MIGUEL, 2014; LOUGHREY et al., 2014; MATOS; LIMA, 2018). Tais tipos de efeitos podem ser considerados importantes para o desenvolvimento de crianças com TEA, pois procedimentos que promovem ganhos de repertórios, para além do que foi diretamente ensinado, favorecem um melhor funcionamento dos aprendizes e também são mais econômicos. Acredita-se ainda que isso possa ter implicações para uma melhor adaptação em contextos sociais como os das escolas, que apresentam demandas de planejamento e implementação de práticas de inclusão (MITIJÁNS-MARTÍNEZ, 2005; MATOS; MATOS, 2017). Por fim, os dados sugeriram que a variável feedback instrucional pode produzir um efeito de emergência de repertórios tanto para um participante com algum repertório de entrada, em relação às variáveis dependentes, como para um participante sem nenhum ou quase nenhum repertório de entrada. É importante que pesquisas futuras ampliem a amostra de participantes, com e sem repertório de entrada, com o propósito de testar os efeitos do feedback instrucional e verificar se os dados replicam ou não os do presente estudo.

REFERÊNCIAS

COOPER, J.O.; HERON, T.E.; HEWARD, W.L. **Applied Behavior Analysis**. New Jersey: Pearson Education, 2006.

GRANNAN, L.; REHFELDT, R.A. Emergent intraverbal responses via tact and match-to-sample instruction. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v.45, n.3, p.601-605, 2012.

GREER, R.D., ROSS, D.E. **Verbal Behavior Analysis: Inducing and expanding complex communication in children with severe language delays**. Boston: Allyn & Bacon, 2008.

KOBARI-WRIGHT, V.V.; MIGUEL, C.F. The effects of listener training on the emergence of categorization and speaker behavior in children with autism. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v.47, n.2, p.431-436, 2014.

LOUGHREY, T.O.; BETZ, A.M.; MAJDALANY, L.M.; NICHOLSON, K. Using instructive feedback to teach category names to children with autism. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v.47, n.2, p.425-430, 2014.

MATOS, D.C. **Análise do comportamento aplicada ao desenvolvimento atípico com ênfase em autismo**. Porto Velho: AICSA, 2016.

MATOS, D.C.; ARAÚJO, C.X.; SILVA, K.R. Ensino de tatos, respostas de ouvinte e efeitos sobre intraverbais em autistas. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, 2018. No prelo.

MATOS, DC.; LIMA, A.B.R. Ensino de tatos e respostas de ouvinte e os efeitos sobre a emergência de intraverbais. In: VILAS BOAS, F.; GUSSO, H.L.; MAYER, P.C.M. **Comportamento em Foco**. São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental – ABPMC, 2018. p. 140-153.

MATOS, D.C.; MATOS, P.G.S. Assessment, intervention and consulting in school psychology in children with autism: LAPITEA laboratory in Brazil. **Psychology**, v. 8, p. 1774-1801, 2017.

MIGUEL, C.F.; KOBARI-WRIGHT, V.V. The effects of tact training on the emergence of categorization and listener behavior in children with autism. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v.46, n. 3, p.669-673, 2013.

MITIJÁNS-MARTINEZ, A. Inclusão escolar: Desafios para o psicólogo. In: MITIJÁNS-MARTINEZ, A. **Psicologia escolar e compromisso social: Novos discursos, novas práticas**. Campinas: Alínea, 2005. p. 95-114.

SKINNER, B.F. **O comportamento verbal**. São Paulo: Cultrix, 1978.

SUNDBERG, M.L. Verbal stimulus control and the intraverbal relation. **The Analysis of Verbal Behavior**, v.32, p.107-124, 2016.

SUNDBERG, M.L. **The verbal behavior milestones assessment and placement program: the VB-MAPP**. Concord, CA: AVB Press, 2008.

SUNDBERG, M.L., PARTINGTON, J.W. **Teaching language to children with autism or other developmental disabilities**. Danville, CA: Behavior Analysts, Inc, 1998.

SÍNDROME DE BURNOUT: DOENÇA OCUPACIONAL PRESENTE DESDE A FORMAÇÃO ATÉ A ATUAÇÃO DO MÉDICO ESPECIALISTA

William Volino

Faculdades Souza Marques, Rio de Janeiro - RJ

RESUMO: A Síndrome de Burnout, ou Síndrome do Esgotamento Profissional, é um fenômeno de adoecimento psicossocial relacionado ao estresse laboral crônico, sendo por isso uma doença ocupacional. Se caracteriza pela exaustão emocional, despersonalização e falta de realização profissional, mais comum em profissões que estabelecem uma relação constante e direta com outras pessoas. Este trabalho teve como objetivo fazer uma breve revisão bibliográfica sobre o tema, e identificar a sua ocorrência em diferentes momentos e atuações do médico, além de caracteriza-la como uma doença ocupacional comum ao médico. Foi observado que os médicos são profissionais altamente vulneráveis à SB, pois lidam a todo momento com fatores de estresse ao longo de sua vida profissional, relacionados à organização e estrutura do trabalho e a maneira de enfrentamento ao estresse, sendo algumas especialidades médicas mais sujeitas ao desenvolvimento de SB do que outras. Observa-se ainda que a SM pode ser desenvolvida por médicos em diferentes momentos profissionais, que vai desde a sua formação universitária até a atuação nas especialidades escolhidas. Dessa forma, informações sobre SB na classe médica

é importante para elaboração de estratégias de enfrentamento do problema.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Burnout, doença ocupacional, médicos

ABSTRACT: Burnout Syndrome, or Occupational Exhaustion Syndrome, is a phenomenon of psychosocial illness related to chronic work stress, and is therefore an occupational disease. It is characterized by emotional exhaustion, depersonalization and lack of professional achievement, more common in professions that establish a constant and direct relationship with other people. This work aimed to make a brief bibliographic review on the subject, and to identify its occurrence in different moments and actions of the physician, besides characterizing it as an occupational illness common to the doctor. It was observed that physicians are highly vulnerable professionals to the SB, because they deal with stress factors throughout their professional life, related to the organization and structure of the work and the way to cope with stress, being some medical specialties more subject to the SB development than others. It is also observed that MS can be developed by doctors in different professional moments, ranging from their university education to acting in the chosen specialties. Thus, information about SB in the medical class is important for the elaboration of coping strategies.

1 | INTRODUÇÃO

Burnout é um termo inglês que se tornou conhecido no ano de 1974, a partir da publicação de um estudo sobre os problemas sofridos por profissionais da área de saúde, cujo sentido literal significa estar queimado completamente. A partir destas observações foi então caracterizada a Síndrome de Burnout, que no Brasil também é conhecida como Síndrome do Esgotamento Profissional (MENEGOL, 2017, p. 2).

A Síndrome de Burnout (SB) possui características peculiares que lhe faz ser um fenômeno psicossocial relacionado ao estresse crônico relacionado ao trabalho, caracterizado pela exaustão emocional, despersonalização e falta de realização profissional (PÊGO; PÊGO, 2016, p. 173). Os sintomas da doença são mentais e físicos, podendo o indivíduo apresentar isolamento, desinteresse pelo trabalho e pelo lazer, pode ser irônico, sentir-se impotente e outros. No diagnóstico a personalidade do indivíduo tem grande relevância (MENEGOL, 2017, p. 2).

Considera-se a SB como um dano laboral de caráter psicossocial mais importante da sociedade atual, sendo assim considerada uma doença ocupacional. A SB está no Livro de doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde, em seu capítulo 10 que trata sobre os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho (Grupo V da CID-10) como Z73.0 (PONTES, 2015).

A SB é mais comum em profissões que estabelecem uma relação constante e direta com outras pessoas, como professores, médicos, enfermeiros, policiais, bombeiros e outras, com efeitos negativos para as organizações, para o indivíduo e para a sua profissão (PÊGO; PÊGO, 2016, p. 175).

Muitos profissionais apresentam fortes indícios para desenvolver a SB e o fator emocional é um dos maiores vilões (GONÇALES; GONÇALES, 2017, p. 62). Estudos como o de Favero, Fabbri e Almeida (2018, p. 80) mostram que isto se deve ao fato dos profissionais de saúde, dependendo da área em que atuam, enfrentarem diariamente situações de sofrimento, dor e perda, além dos diversos estressores ocupacionais.

Os médicos são profissionais altamente vulneráveis à SB, pois lidam a todo momento com fatores de estresse ao longo de sua vida profissional, relacionados à organização e estrutura do trabalho e a maneira de enfrentamento ao estresse. Algumas especialidades médicas estão mais sujeitas ao desenvolvimento de SB do que outras (MOREIRA et al., 2018, p. 9).

Este trabalho tem como objetivo realizar uma breve revisão bibliográfica sobre a ocorrência da Síndrome de Burnout na atividade médica, considerando seus diferentes momentos, que vão desde a sua formação universitária até a sua atuação nas diferentes especialidades médicas. Desta forma, objetiva-se também caracterizar

a Síndrome de Burnout como uma importante doença ocupacional que afeta a classe médica na atualidade.

2 I A SÍNDROME DE BURNOUT E A PROFISSÃO DE MÉDICO

2.1 Caracterização Clínica da Síndrome de Burnout

De acordo com Benevides-Pereira (2002, p. 38) a SB possui sintomas que são divididos em físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos. Dentre os sintomas físicos destacam-se a fadiga, dores musculares e osteomusculares, distúrbios do sono, cefaleias e enxaquecas, perturbações gastrointestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares e respiratório, disfunções sexuais e alterações menstruais em mulheres.

Os sintomas psíquicos são a falta de atenção e de concentração, alterações de memória, lentificação do pensamento, sentimento de alienação e de solidão, impaciência, sentimento de impotência, labilidade emocional, dificuldade de auto aceitação e baixa autoestima, astenia, desânimo, disforia e depressão, além de desconfiança e paranoia (BENEVIDES-PEREIRA, 2012, p. 38).

Para esta mesma autora os sintomas comportamentais são a negligência ou escrúpulo excessivo, irritabilidade, incremento da agressividade, incapacidade para relaxar, dificuldade de aceitação de mudanças, perda da iniciativa, aumento do consumo de substâncias, comportamento de alto risco e até suicídio, que tem maior incidência em profissionais da área de saúde.

Por fim a autora cita como sintomas defensivos a tendência ao isolamento, sentimento de onipotência, perda de interesse pelo trabalho, e até pelo lazer, absenteísmo justificado ou não, ímpetos de abandonar o trabalho e ironia e cinismo frequentes.

No entanto, a pessoa não deverá manifestar todos estes sintomas ao mesmo tempo, estando o grau, o tipo e o número de sintomas dependerá de fatores individuais, como predisposição genética e experiências socio-educacionais, fatores ambientais (como locais de trabalho e poluição ambiental e a etapa em que o indivíduo se encontra no curso do desenvolvimento da síndrome (BENEVIDES-PEREIRA, 2012, p. 44).

2.2 Síndrome de Burnout como doença do trabalho

As doenças do trabalho são enfermidades desencadeadas por condições especiais em que o trabalho é realizado e se relacionam diretamente a ele (MONTEIRO; BERTAGNI, 2012, p.46). Para Oliveira (2013, p. 184) a doença do trabalho, apesar de igualmente ter origem na atividade do trabalhador, não está vinculada necessariamente a esta ou aquela profissão. Seu aparecimento decorre da forma como o trabalho é

prestado ou das condições específicas do ambiente do trabalho.

As enfermidades ocupacionais de natureza psíquica que mais afetam os trabalhadores são o Transtorno do Estresse, a Síndrome de Burnout e a Neurose Profissional (ARAÚJO JÚNIOR, 2013, p.117). O transtorno do estresse e a Síndrome de Burnout são apontados como fenômenos tipicamente laborais que decorrem das pressões excessivas da sociedade atual (FONSECA, 2013, p.148).

Com a edição do Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999, que regulamentou o artigo 20 da Lei 8.213/91, criou-se um amplo rol de doenças ocupacionais, passando a legislação brasileira a reconhecer que os esforços no trabalho podem propiciar desequilíbrio de ordem mental (FONSECA, 2013).

A portaria nº 1339 do Ministério da Saúde, de 18 de novembro de 1999, instituiu a lista de Doenças relacionadas ao Trabalho, e incluiu a Sensação de Estar Acabado (Síndrome de Burnout ou Síndrome do Esgotamento Profissional), nos transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho, tendo como agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional o Ritmo de trabalho penoso (CID10 Z56.3) e Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (CID10 Z56.6).

O Decreto nº 6.042, de 12 de fevereiro de 2007, que alterou o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999, em seu anexo II que trata sobre agentes patogênicos causadores de doenças profissionais ou do trabalho, conforme previsto no art. 20 da lei no 8.213, de 1991, inseriu na lista B, no título sobre transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho (Grupo V da CID-10), o item XII, a Sensação de Estar Acabado (Síndrome de Burnout ou Síndrome do Esgotamento Profissional).

Como a Síndrome de Burnout é uma doença psíquica considerada doença ocupacional, é considerada por muitos um acidente de trabalho. O artigo 19 da Lei nº 9.213/91 conceitua o que caracteriza acidente de trabalho: (PONTES, 2015)

Define-se como acidente do trabalho aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados especiais, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, permanente ou temporária, que cause a morte, a perda ou a redução da capacidade para o trabalho (art. 19 da Lei n. 8.213/1991).

2.3 Síndrome de Burnout na Classe Médica

Sendo uma profissão que está muito susceptível ao desenvolvimento da SB, pela demanda de alto nível de estresse no dia a dia, mundialmente esta síndrome apresenta níveis críticos: está presente em um a cada dois médicos, sendo um terço deles afetados de forma considerável e em um décimo de forma tão grave que se torna irremediável (MOREIRA et al.; 2018, p. 2). Estes autores citam que de acordo com o Conselho Federal de Medicina, no Brasil, 23,1% dos médicos apresentam SB

em alto grau em uma amostra de 7.7 mil profissionais em todos os Estados.

A SB em médicos pode ser desencadeada pela presença de estresse emocional contínuo, como o constante cuidar dos pacientes e as responsabilidades do profissional médico, a pressão cada vez maior para incorporação de condutas e procedimentos que visam o melhor desempenho dos médicos na produção e a desvalorização profissional que a profissão vem sofrendo, tendo em vista a hostilidade ocorrida no cotidiano de trabalho dos médicos, com constantes processos judiciais por descontentamento (LIMA et al., 2013, p. 1054).

Além disso existem outros fatores emocionais desencadeantes de estresse no médico, como a dor, o medo e a angústia, que podem envolver o profissional no trabalho com um paciente grave ou mesmo com seus familiares (DIAS, et al., 2010, p. 19). Existe ainda a sensação de frustração ou impotência quando ocorrem evoluções negativas de quadro clínico de um paciente grave. Existem outros agentes geradores de estresse relacionados ao trabalho: divisão da carga trabalhista por turnos, salário insatisfatório e ambiente ocupacional de emoções negativas. Também a alta carga horária dos profissionais, o número reduzido de trabalhadores durante o expediente e o contato do médico com riscos biológicos, químicos e físicos no ambiente de trabalho (ROSA; CARLOTTO, 2005, p. 10).

2.4 Síndrome de Burnout em Acadêmicos de Medicina

Assim como os médicos formados, estudantes de medicina também estão sujeitos ao desenvolvimento de SB, assim como a ocorrência de sintomas depressivos, que são mais prevalentes do que na população em geral. Essa alta prevalência está associada a uma série de fatores inerentes à escola médica e ao próprio indivíduo (AGUIAR et al., 2009, p. 37).

Vieira et al. (2017, p. 3) realizou um estudo sobre a prevalência da SB em acadêmicos do último ano do curso de medicina de uma faculdade de Montes Claros, MG. Foram analisados dados de uma população de 53 acadêmicos e foi constatado que nenhum deles apresentavam SB, embora num estudo realizado por Furtado et al. (2003), 91% dos estudantes de medicina já haviam experimentado diferentes períodos de alta tensão, que aumentava a medida que passavam dos períodos do curso. As principais queixas eram as exigências acadêmicas excessivas e a falta de tempo para desenvolver outras atividades efetivas e espirituais, devido à quantidade de material a ser estudado e as provas e exames.

2.5 Síndrome de Burnout em residentes de Medicina

A residência médica é uma modalidade de pós-graduação em que há o acréscimo de habilidades técnico-científicas, autoconfiança e segurança, uma época estressante

para o médico, pois requer mudanças importantes no ritmo e estilo de vida, sendo a SB um dos distúrbios comportamentais que costumam acometer estes profissionais (TEMPSKI et al. 2010).

Fabichak et al. (2014) realizou um estudo com 24 médicos do programa de residência médica em clínica médica de um hospital público de São Paulo, e verificou que em metade deles haviam critérios diagnósticos para SB. A exaustão emocional foi relatada por 75% dos participantes, assim como a despersonalização, e os níveis de realização profissional foi de 70,8%, considerados baixos pelos autores. Estes autores citam e discutem outros trabalhos realizados que mostram resultados mais em torno de 63% e de 78,4% de prevalência de SB em residentes de diferentes áreas. Estudo semelhante foi realizado com 37 residentes de três hospitais de Montes Claros, MG, revelando a ocorrência de SB em 75,2% deles (FERREIRA et al., 2017).

Hoelz e Campello (2017) fez um estudo com base em artigos publicados entre 2004 e 2014 sobre o tema, e verificaram que a longa jornada de trabalho foi um fator contributivo importante para o desenvolvimento de SB em residentes de medicina e mostraram ainda que a ocorrência de erro médico apresentou maior associação em residentes com SB. Estas sugerem que devem-se incentivar mudanças nesse modelo de capacitação médica, a fim de melhorar a saúde e bem-estar dos residentes e a qualidade do atendimento.

2.6 Síndrome de Burnout Em Médicos Docentes Universitários

Professores universitários e médicos estão no grupo dos que possuem maior probabilidade de desenvolver a SB e, partindo deste princípio, as duas profissões sendo exercidas por médicos docentes, presume-se que a prevalência possa ser ainda maior ou mesmo com um risco aumentado de SB. Partindo deste princípio, Gonçalves et al. (2011) realizou um estudo com professores médicos que atuam no primeiro e quarto período de um curso de medicina do Pará.

Os autores constataram que a SB estava presente em metade dos médicos docentes, considerada alta, em que a despersonalização foi a dimensão mais afetada entre os portadores da síndrome (25%), seguido pela exaustão emocional e por último a realização profissional. A maioria deles afirmaram que há prejuízos na dupla jornada e esta alta prevalência foi atribuída a associação de fatores estressantes que são comuns às duas profissões isoladas que, quando exercidas por uma pessoa só, exacerbam o aparecimento de sinais das três dimensões desta síndrome.

De acordo com Mendonça et al (2012), com base num estudo realizado com 60 médicos docentes de uma instituição pública de Maceió-AL, existe uma estreita relação entre o estresse no trabalho e o desenvolvimento da SB, pois:

“Conciliar atividades de ensino, pesquisa e extensão, atendendo questões relacionadas à produção científica, além de ter que executar atividades administrativas, são fatores desencadeadores de demanda de trabalho.

2.7 Síndrome de Burnout em Diferentes Especialidades Médicas

Diferentes estudos realizados sobre a SB em médicos mostraram que cada especialidade médica está exposta à diferentes fatores desencadeadores e facilitadores que influenciam no desenvolvimento da SB. Os fatores desencadeadores são fatores extenuantes contínuos no ambiente de trabalho e os fatores facilitadores são situações relativas à pessoa que podem agir como preditores ou inibidores da atividade do estresse sobre ela (MOREIRA et al., 2018).

Uma revisão sistemática sobre a SB em médicos, realizada por Moreira et al. (2018) revelou que em 22 especialidades médicas que foram avaliadas, as cinco especialidades com maior prevalência de SB foram, em ordem decrescente: medicina de unidade de terapia intensiva, medicina de família, medicina de emergência, medicina interna e ortopedia. Para os autores os fatores associados em destaque foram aqueles relacionados à organização e estrutura do trabalho e a maneira de enfrentamento do estresse.

As especialidades que mostraram ter menor prevalência de SB, em ordem decrescente, foram: psiquiatria, onco-hematologia pediátrica, dermatologia, anestesiologia e oncologia. Os fatores organizacionais, o contexto regional do trabalho e as recompensas emocionais foram relacionados nestes casos (MOREIRA et al., 2018).

A alta prevalência de SB em médicos intensivistas (de unidades de terapia intensiva) está relacionada com fatores desencadeantes como a idade avançada e muitos anos de experiência profissional em UTI, além da exaustão emocional relacionada aos conflitos éticos e profissionais que acarretam estresse. Além disso, conflitos pessoais com colegas ou com a família do paciente (TEIXEIRA et al., 2013).

Por outro lado, a baixa prevalência de SB em oncologistas foi atribuída à prática de exercícios físicos, de atividades recreativas ou o fato de trabalhar exclusivamente em instituições públicas, que levam a uma menor exaustão emocional (MOREIRA et al., 2018).

3 | CONSIDERAÇÃO FINAIS

As características da Síndrome de Burnout que foram mostradas neste trabalho não deixam dúvida quanto à existência de sua estreita relação com as condições de trabalho do indivíduo e a forma com que ele reage aos fatores estressantes do trabalho, sendo por isso considerada uma doença ocupacional e reconhecida na legislação trabalhista e previdenciária como tal.

O médico é um profissional especialmente vulnerável ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout, uma vez que precisa lidar a todo momento com questões estressantes relacionados ao seu ambiente e regime de trabalho, além de estar submetido ao estresse emocional contínuo na atenção à saúde das pessoas.

Esta exposição do médico aos fatores desencadeantes e facilitadores para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout ocorre em diferentes momentos de sua atuação, que vai desde a sua formação acadêmica nos cursos de graduação em medicina, passando pelo estressante período de especialização através da residência médica, até a sua atuação na especialidade médica escolhida, que como foi demonstrado, possui particularidades que tornam o médico mais ou menos propício ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout.

Os estudos que são feitos nestas diferentes áreas de atuação do médico, longe de serem esgotados, são extremamente importantes, não só para que se entenda a dimensão da Síndrome de Burnout na classe médica, mas também para que os diferentes fatores desencadeadores e facilitadores possam ser identificados.

Dessa forma, estratégias de enfrentamento podem ser elaboradas para a sua prevenção, evitando assim a repercussão da Síndrome de Burnout na qualidade do serviço médico assistencial que é oferecido à população.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, S.M.; VIEIRA, A.P.G.F.; VIEIRA, K.M.F.V.; SABRINE MUSTAFA AGUIAR, S.M.; NÓBREGA, J.N. Prevalência de sintomas de estresse nos estudantes de Medicina. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 58, n. 1, p. 34-38, 2009.

ARAÚJO JUNIOR, Francisco Milton. **Doença Ocupacional e Acidente de Trabalho - Análise Multidisciplinar**. 2. ed. São Paulo: LTR, 2013.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. **Bournout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

DIAS, S.; QUEIRÓS, C.; CARLOTTO, M.S. Síndrome de burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. **Aletheia**. v. 32, p. 4-21, 2010.

FABICHAK, C.; SILVA-JUNIOR, J.S.; MORRONE, L.C. Síndrome de burnout em médicos residentes e preditores organizacionais do trabalho. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. v. 12, n. 2, p. 79-84, 2014.

FERREIRA, E.C.N.; RIBEIRO, F.V.; NETO, R.P.S.; SANTOS, B.N.; SANTO, L.R.E.; PRINCE, K.A.; OLIVEIRA, M.V.M. Síndrome de burnout em residentes médicos de Montes Claros/MG. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 15, n. 53, p. 44-49, jul./set., 2017

FAVERO, T.; FABBRI, L.; ALMEIDA, M.C. Síndrome de Bournout em profissionais de saúde: revisão da literatura. **Medicina e Saúde, Rio Claro**, v. 1, n. 1, p. 73-82, 2018.

FONSECA, R.T.M. 2013. **Saúde Mental para e pelo Trabalho**. Disponível em: <<http://bibliotecaprt21.files.wordpress.com/2013/09/livro-saude-mental-no-trabalho-2013-prt18.pdf>>. Acesso em: 28/10/2018.

FURTADO, E.; FALCONE, E. M. O.; CLARK, C. Avaliação do estresse e das habilidades sociais na experiência acadêmica de estudantes de medicina de uma universidade do Rio de Janeiro. **Interação em Psicologia**. v. 7, n. 2, 2003.

GONÇALES, C.A.; GONÇALES, R.A. Síndrome de Bournout: causas e consequências em diversos profissionais. **Revista Brasileira de Psicologia**, v. 3, n. 2, p. 49-65, 2017.

GONÇALVES, T.B.; LEITÃO, A.K.R.; BOTELHO, B.S.; MARQUES, R.A.C.C.; HOSOUME, V.S.N.; NEDER, P.R.B. Prevalência de síndrome de burnout em professores médicos de uma universidade pública em Belém do Pará **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. v. 9, n. 2, p. 85-89, 2011.

HOELZ, L.; LAURA CAMPELLO, L. Relação entre Síndrome de Burnout, erro médico e longa jornada de trabalho em residentes de medicina. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. v. 13, n. 2, p. 126-134, 2015.

LIMA, R.A.; SOUZA, A.I.; GALINDO, R.H.; FELICIANO, K.V. Vulnerabilidade ao burnout entre médicos de hospital público de Recife. **Ciências e Saúde coletiva**. v. 18, n. 4, p. 1051-1058, 2013.

MENDONÇA, V. L. G.; COELHO, J. A. P. M.; JÚCA, M. J. Síndrome de Burnout em Médicos Docentes de uma Instituição Pública. **Psicologia em Pesquisa | UFJF** |. v. 6, n. 2, p. 90-100, 2012.

MENEGOL, A. 2017. **A síndrome de Bournout como doença ocupacional e a concessão do benefício (b91) pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS)**. Disponível em: <<https://jus.com.br/1593391-alessandra=menegol/publicações>>. Acesso em 27/09/2018.

MONTEIRO, A.L.; BERTAGNI, R.F.S. **Acidentes do trabalho e doenças ocupacionais: conceitos processos de conhecimento e de execução e suas questões polêmicas**. São Paulo: Saraiva, 2012.

MOREIRA, H.A.; SOUZA, K.N.; YAMAGUCHI, M.U. Síndrome de Bournout em médicos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. v. 43, n. 3, p. 1-11, 2018.

OLIVEIRA, S.G. **Indenizações por acidente do trabalho ou doença ocupacional**. 7. Ed. Rev. E atual. São Paulo: LTr, 2013.

PÊGO, F.P.L.; PÊGO, D.R. Síndrome de Bournout. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. v. 14, n. 2, p. 171-176, 2016.

PONTES, C. S. Caracterização da síndrome de Burnout como doença do trabalho: uma visão ampliada. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 20, n. 4220, 20 jan. 2015. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/35655>>. Acesso em 28/10/2018.

ROSA, C.; CARLOTTO, M.S. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. **Revista SBPH (online)**. v. 8, n. 2, p. 1-15, 2005.

TEIXEIRA, C.; RIBEIRO, O.; FONSECA, A.M.; CARVALHO, A.S. Burnout in intensive care units – a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicenter study. **BMC Anesthesiology**, v. 13, n. 1, p. 31-38, 2013.

TEMPSKI, P.; ASAIAG, P.E.; PEROTTA, B.; MARTINS, M.A. Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e burnout em Médicos Residentes. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 34, n. 3, p. 422-429, 2010.

QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES RENAIIS CRÔNICOS EM HEMODIÁLISE: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Fernanda Elisa Aymoré Ladaga
Murilo dos Santos Moscheta

RESUMO: A avaliação da qualidade de vida tem sido um importante fator de medida na análise da efetividade das intervenções terapêuticas, no planejamento e avaliação de serviços de saúde. Este estudo é uma revisão de literatura sobre qualidade de vida em doentes renais crônicos em hemodiálise. Tem como objetivo identificar os discursos que organizam o conceito de qualidade de vida para esta população na literatura científica brasileira de 1990-2014. Para a busca foram utilizadas as palavras chaves qualidade de vida, hemodiálise e doença renal crônica nas bases de dados Scielo, BVS e PUBMED. Os critérios de exclusão foram duplicidade de artigos nas bases de dados; não fazer referência à qualidade de vida; estar relacionado à fisioterapia e atividades físicas; hemodiálise em casa e estudos estrangeiros. Foram encontrados quinze artigos. A análise do material seguiu três etapas: 1) fichamento dos artigos encontrados, 2) leitura e síntese dos artigos, 3) discussão do material. A partir desse estudo, observou-se que a maioria dos estudos são de cunho quantitativos (93,3%), isto é, utilizaram-se de questionários (SF-36; WHOQOL-bref; KDQOL-SF). E, apenas um deles de caráter qualitativo (6,7%), ao realizar

entrevistas. Isso aponta para a necessidade de uma avaliação de qualidade de vida ampliada, de modo que, haja uma interlocução das pesquisas quantitativas com qualitativas, uma vez que cada uma dessas estratégias de pesquisa demonstra limitações em suas investigações sobre o tema.

PALAVRAS-CHAVE: qualidade de vida; doença renal crônica; hemodiálise.

ABSTRACT: The evaluation of quality of life has been an important measure factor in the analysis of the effectiveness of therapeutic interventions in the planning and evaluation of health services. This study is a review of the literature on quality of life in chronic renal patients on hemodialysis. It aims to identify the discourses that organize the concept of quality of life for this population in the Brazilian scientific literature of 1990-2014. Key words: quality of life, hemodialysis and chronic kidney disease were used in the search in the databases Scielo, BVS and PUBMED. The exclusion criteria were duplication of articles in the databases; not to refer to quality of life; being related to physiotherapy and physical activities; hemodialysis at home and foreign studies. Fifteen articles were found. The analysis of the material followed three stages: (1) listing the articles found; (2) reading and summarizing the articles; (3) discussing the material. From this study, it was observed that most of the studies

are quantitative (93.3%), that is, questionnaires were used (SF-36; WHOQOL-bref; KDQOL-SF). And, only one of them of qualitative character (6.7%), when conducting interviews. This points to the need for an extended quality of life assessment, so that there is an exchange of quantitative and qualitative research, since each of these research strategies demonstrates limitations in their research on the subject.

KEYWORDS: Quality of life; Chronic kidney failure; hemodialysis.

1 | INTRODUÇÃO

O interesse em avaliar a qualidade de vida em pacientes renais crônicos tem crescido nos últimos anos (Duarte et al., 2003). Segundo Almeida (2003), a Insuficiência Renal Crônica (IRC) era vista há quatro décadas como uma sentença de morte eminente. Atualmente, esse horizonte se modificou e com tratamentos substitutivos se conquistou o prolongamento da vida de pacientes portadores da doença renal crônica e aumentou-se a preocupação com a qualidade de vida dessas pessoas. A avaliação da qualidade de vida tem sido um importante fator de medida na análise da efetividade das intervenções terapêuticas e no planejamento e avaliação de serviços de saúde.

Nobre (1995) afirma que avaliar a qualidade de vida possibilita visualizar melhor os impactos da doença e do tratamento na vida cotidiana dos pacientes. “A qualidade de vida além de ser importante para uma vida satisfatória do paciente, está relacionada à morbidade e à sobrevida (Almeida, 2003, p. 210)”. Duarte et al. (2003) pontuam que por um tempo a avaliação de qualidade de vida em pacientes renais crônicos era realizada com a finalidade apenas de verificar a sobrevida e os sinais da doença, sem ao menos levar em consideração os aspectos, psicológicos, do tratamento e os sociais. “Uma adequada avaliação da adequação do tratamento dialítico, bem como da evolução de um paciente, deve incluir a avaliação da QV, além das habituais taxas de morbidade e mortalidade (Almeida, 2003, p. 210)”.

Almeida (2003) refere que a percepção de qualidade de vida não está apenas relacionada com o estado funcional objetivo apresentado pelo paciente. Pelo contrário, no caso da insuficiência crônica renal, a qualidade de vida “muitas vezes parece ser influenciada mais pelos níveis de ansiedade, depressão e suporte social que pela adequação da diálise, gravidade da IRC e das comorbidades físicas (Almeida, 2003, p. 2010)”.

De acordo com Schipper (1984), em uma avaliação de qualidade de vida com pacientes, devem ser considerados os seguintes aspectos: o estar livre da dor, a sociabilidade, a satisfação, e o “impacto” da doença. A avaliação de qualidade de vida deve incluir além dos impactos dos sintomas da doença e do tratamento, dados referentes à condição e funcionamento social, psicológico e físico (Duarte et al., 2003). Neste sentido, qualidade de vida se torna importante não somente no processo de amenizar os efeitos da doença, mas também na promoção da saúde, ao fornecer informações que possibilitarão às pessoas envolvidas, melhorar os cuidados com sua

própria saúde. A melhora desses cuidados pode ser, por exemplo, na mudança de alguns hábitos, ou na busca por melhores condições dos serviços de saúde pública (Conte e Souza, 2011).

No caso de doentes renais crônicos, Kusumoto et al. (2008) pontuam que existem vários instrumentos que avaliam a qualidade de vida, sendo o *Kidney Disease and Quality of Life Short-Form (KDQOL-SF™)* o mais completo e disponível em português. Ele inclui o *MOS 36 Item Short-Form Health Survey (SF36)* como uma medida genérica que avalia a saúde geral do indivíduo, em oito domínios sobre saúde física e mental. Sendo eles: capacidade funcional, percepção da saúde geral, função social, limitações causadas por problemas de saúde física, bem-estar emocional, dor, vitalidade e limitações causadas por problemas de saúde mental/emocional. Diferente do WHOQOL-100, este instrumento foi construído com a finalidade de avaliar a qualidade de vida do doente renal crônico. É um instrumento autoaplicável com 80 itens, divididos em 19 escalas, que levam aproximadamente 16 minutos para serem respondidos.

O KDQOL-SF™ além de incluir a medida genérica do *Item Short-Form Health Survey (SF36)* tem suplementado escalas do tipo multi-ítems que são voltadas para as preocupações que são peculiares dos pacientes renais crônicos, cujos itens são: sintomas/problemas físicos; efeitos da doença renal em sua vida diária; sobrecarga imposta pela doença renal; situação de trabalho; função cognitiva; qualidade das interações sociais; função sexual e sono; bem como dois itens de suporte social, que procuram saber sobre o apoio da equipe profissional de diálise e a satisfação do paciente (Kusumoto et al., 2008).

Tal instrumento foi desenvolvido pelo grupo *Kidney Disease Quality of Life (KDQOL) Working Group / RAND* e subsidiado pela Universidade do Arizona (EUA), em 1994, que se deparou com a necessidade de criar um instrumento psicométrico que avaliasse a qualidade de vida relacionada à saúde, especialmente, dos doentes renais crônicos. Este instrumento foi aceito pela comunidade acadêmica, no momento em que foi publicado no *U.S. Renal Data System - Annual Data Report (1999)*, que realiza registros epidemiológicos anuais sobre pacientes renais crônicos nos EUA (Cunha et al., 2011).

Almeida (2003) sinaliza que um grande desafio para as próximas décadas é melhorar a qualidade de vida dos pacientes portadores desta doença crônica. Bueno (2007) entende que a melhora da qualidade de vida e da saúde está intrinsecamente relacionada com a qualidade dos serviços de saúde, qualidade do meio ambiente e a qualidade de vida relacionada com o nível de prosperidade geral do país. “Entender o conjunto de necessidades da pessoa é um desafio permanente para todos os segmentos da sociedade, não só os profissionais ligados à saúde, mas também os governantes e cidadãos em geral” (Conte e Souza, 2011, p.375).

Neste contexto, este estudo tem como objetivo revisar a literatura científica brasileira sobre qualidade de vida em doentes renais crônicos.

2 | METODOLOGIA

Para o levantamento dos artigos foram utilizadas as palavras chaves qualidade de vida, hemodiálise e doença renal crônica nas bases de dados Scielo, BVS e PUBMED, utilizando o intervalo de tempo de 1990-2014. A busca foi direcionada pela pergunta: “Como a literatura científica brasileira discute a relação entre doença renal crônica e qualidade de vida nos pacientes em hemodiálise no período de 1990-2014?”. Foram encontrados ao todo, setenta e oito artigos científicos, sendo que destes, sessenta e três, após passar por uma verificação rigorosa, foram considerados inapropriados e excluídos do presente estudo, pelas seguintes razões: reunião das três bases e exclusão de duplicidade; não fazer referência à qualidade de vida; estar relacionado à fisioterapia e atividades físicas; hemodiálise em casa (CAPD), estudos de qualidade de vida realizados em outros países. Sendo assim, selecionaram-se quinze artigos, os quais se apresentaram apropriados para este estudo, apresentados no quadro abaixo.

Nº	1ª autor	Ano	Título	Revista/ Instituição	Instrumentos
1	SILVEIRA	2010	Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise em um hospital público de Belém – Pará.	Jornal Brasileiro de Nefrologia	KDQOL-SFTM
2	CAVALCANTE	2013	Fatores associados à qualidade de vida de adultos em hemodiálise em uma cidade do nordeste do Brasil.	Jornal Brasileiro de Nefrologia	KDQOL-SFTM
3	SILVA	2011	Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise.	Revista Brasileira de Enfermagem	ENTREVISTA
4	COSTA	2010	Qualidade de vida: paciente com insuficiência renal crônica no município de Caruaru, PE.	Fisioter, Mov.	KDQOL-SFTM
5	MARTINS	2005	Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico.	Rev Latino-am Enfermagem	SF-36

6	KUSUMOTO	2008	Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde.	Acta Paul Enferm.	<i>KDQOL-SFTM</i>
7	SANTOS	2011	Qualidade de vida de clientes em hemodiálise e necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado	Escola Anna Nery	<i>KDQOL-SFTM</i>
8	CASTRO	2003	Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico sf-36	Rev. Assoc. Médica Brasileira.	SF-36
9	CORDEIRO	2009	Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica	Revista Eletrônica de Enfermagem	<i>KDQOL-SFTM</i>
10	FRAZÃO	2011	Qualidade de vida de pacientes submetidos a hemodiálise	Revista de Enfermagem UERJ	SF-36
11	FERREIRA	2011	A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo	Jornal Brasileiro de Nefrologia	WHOQOL-bref.
12	LOPES	2007	Comparações de medidas de qualidade de vida entre mulheres e homens em hemodiálise	Rev. Assoc. Médica Brasileira.	<i>KDQOL-SFTM</i>
13	SANTOS	2007	Mudança do nível de qualidade de vida em portadores de insuficiência renal crônica terminal durante seguimento de 12 meses	Rev. Assoc. Médica Brasileira.	SF-36

14	ROMÃO	2006	Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica terminal em hemodiálise de alta eficiência.	Rev Gaúcha Enferm	SF36
15	SANTOS	2006	Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados.	Rev. Assoc. Médica Brasileira.	SF-36

Quadro 1. Caracterização dos artigos utilizados no estudo.

3 | RESULTADOS

Primeiramente, foi possível verificar que as pesquisas relacionadas com a avaliação da qualidade de vida dos doentes renais crônicos são em sua maioria estudos de cunho quantitativo (93,3%). Dos quinze artigos, apenas um deles tinha desenho metodológico qualitativo (6,7%), o qual fez uso de entrevistas com seus participantes, enquanto os demais recorreram a questionários genéricos de qualidade de vida SF-36 (40%), um (6,7%) ao WHOQOL-bref e sete (46,6%) a questionários específicos como Quality-of-Life Short-Form (KDQOL- SF). Além disso, observou-se que houve grande incidência de pesquisadores das áreas de medicina, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia e enfermagem.

Os estudos apontam que a qualidade de vida destes pacientes sofre influências da idade, gênero, tempo de tratamento, grau de escolaridade, religião, a presença ou não de um companheiro fixo, se reside sozinho ou não e pelo trabalho (Cordeiro et al., 2009). Dessa forma o entendimento de qualidade de vida é diferente de paciente para paciente, já que há inúmeras variáveis que interferem na sua percepção.

Frazão et al. (2011), Santos et al. (2011), Santos & Pontes (2007), Martins & Cesarino (2005) e Costa et al. (2010) referem que os pacientes de hemodiálise são com frequência acometidos por dores, sintomas e intercorrências (contraturas musculares, dor abdominal, vômitos, depressão, problemas do sono, anemia, cardiopatia, etc.) durante ou após a sessão de hemodiálise. Tais aspectos influenciam negativamente na qualidade de vida das pessoas que são portadoras da doença renal crônica, assim como as comorbidades: insuficiência cardíaca, diabetes, hipertensão, doença cerebrovascular e doença vascular periférica (Kusumoto et al., 2008; Lopes et al., 2007).

Santos, et al. (2011) descrevem que a pessoa que sofre de doença renal crônica apresenta limitações físicas para andar, levantar e/ou carregar peso, correr, subir escadas, entre outras. Há também uma mudança no funcionamento ocupacional, que compreendem a organização do tempo, mudanças na rotina, flexibilidade e expectativas

para o futuro. Destarte, somando-se as transformações físicas e emocionais, a maioria dos pacientes apresenta uma vida sedentária e um elevado índice de mortalidade. Doravante, essas alterações não impossibilitam totalmente as pessoas de realizarem suas tarefas no dia-a-dia (Costa et al., 2010; Santos et al., 2007).

Um fator que interfere na qualidade de vida, segundo Cordeiro et al. (2009) é a alteração na atividade sexual, apesar de na sua pesquisa não ter observado isso. Os autores concebem que o resultado não foi fidedigno, uma vez que há uma dificuldade em abordar o assunto sexualidade. Demonstram preocupação com o escore elevado em seu estudo, já que a literatura revela que há grande comprometimento da função sexual nesses pacientes, afetando, especialmente, o sexo masculino. Algumas pesquisas retratam que a doença renal crônica atinge tanto homens quanto mulheres indistintamente, isto é, não existe incidência maior em um dos gêneros (Cordeiro et al., 2000; Ferreira et al., 2011).

Ao avaliar a qualidade de vida em cada gênero, partes das pesquisas afirmam não haver diferença no nível de qualidade de vida entre homens e mulheres (Santos et al., 2007; Costa et al., 2010; Martins & Cesarino, 2005). Em contrapartida há pesquisas que evidenciaram notória diferença da qualidade de vida entre os gêneros. Lopes et al. (2007) e Romão et al. (2006) retratam que as mulheres apresentaram níveis baixos de qualidade de vida, tanto no aspecto físico quanto no mental.

Ainda, Lopes et al. (2007) afirmam que essa diferença pode ser explicada por fatores não biológicos (como frustrações devido às expectativas não atendidas, experiências prévias, e à falta de suporte social) já que não encontraram correlação significativa que justificasse a interferência do funcionamento biológico entre os gêneros na qualidade de vida. (Lopes et al., 2007).

Lopes et al. (2007) entendem que as mulheres aparentam ser afetadas psicologicamente com mais facilidade por estressores ambientais do que a população masculina. Acredita-se que as mulheres, mesmo em tratamento hemodialítico, precisam manter suas funções tradicionais, como cuidar da casa e dos filhos, o que de certa forma as expõe a uma maior carga de estresse tanto físico como mental. Todavia, em outro estudo realizado em um Hospital Público de Belém no Pará, foi possível observar que a população masculina apresentou piores escores que a feminina quanto a aspectos físicos, capacidade funcional, vitalidade e saúde mental, o que pode ser justificado devido à maioria dos pacientes desta pesquisa ser “[...] de baixa renda, cujo ambiente social culturalmente associa o papel do homem ao trabalho pesado ou esforço físico” (Silveira et al., 2010, p.42).

A população de pacientes em hemodiálise é representada em sua maioria por idosos. Esse número de indivíduos com idade mais avançada em tratamento hemodialítico é atribuído ao envelhecimento populacional, ao aumento das doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes mellitus), à realização de transplante e à possibilidade de sobrevida proporcionada pela terapêutica hemodialítica. A idade avançada e as complicações referentes a ela intensificam e aumentam as dificuldades

dos pacientes em hemodiálise, uma vez que se tornam mais fragilizados fisicamente (Frazão et al. 2011; Cordeiro et al 2009, Kusumoto et al. 2008; Santos et al. 2007; Castro et al. 2003). De acordo com Castro et al. (2003) quando os pacientes já encontram-se com uma idade avançada é possível verificar maior comprometimento nas atividades físicas e funcionais dos mesmos.

Outro ponto elencado pelos pesquisadores com forte influência na qualidade de vida é o nível de escolaridade. A maioria das pesquisas apontaram que o baixo nível de escolaridade está relacionado de forma negativa na qualidade de vida dos doentes renais crônicos (Cavalcante et al., 2013; Martins & Cesarino, 2005, Santos et al., 2011; Castro et al., 2003; Cordeiro et al., 2009; Frazão et al., 2011; Ferreira et al., 2011).

Martins & Cesarino (2005) e Castro et al. (2003) sugerem que os pacientes com maior nível de escolaridade podem apresentar recursos intelectuais capazes de favorecer a uma melhor adaptação emocional frente às consequências provocadas pela doença renal e o tratamento, ou seja, quanto maior o grau de escolaridade, maior é a qualidade de vida. No entanto, Romão et. al (2006) não descreveram diferenças significativas em relação aos diferentes níveis de instrução com a qualidade de vida dos pacientes.

Ainda, um aspecto observado por Kusumoto et al. (2008), Frazão et al. (2011) e Santos et al. (2007) é que a maioria dos pacientes possuem baixa renda mensal, devido à falta de vínculo com trabalho formal, aposentadoria, auxílio-doença e doações. De maneira que essa baixa renda acaba sendo associada a outras dificuldades (nutrição adequada, transporte, etc), o que contribui com uma sobrevida com dificuldades (Frazão et al. 2011).

Além de tais dificuldades Silva et al. (2011) afirmam que o contexto do tratamento hemodialítico, o qual é composto por inúmeras máquinas, denota certa mecanicidade, que reflete nas relações humanas entre pacientes e equipe. De acordo com Castro et al. (2003) quando os pacientes já encontram-se com uma idade avançada é possível verificar maior comprometimento nas atividades físicas e funcionais dos mesmos. É por isso que o profissional de enfermagem responsável pelo cuidado de paciente submetido a este tratamento precisa valorizar os aspectos humanos na relação cuidador/cuidado (Silva et al., 2011). O ambiente e o serviço pouco humanizado reforçam uma vida com pouca chance de ter qualidade.

Cavalcante et al. (2013) descrevem em sua pesquisa, que a necessidade de deslocamento para pacientes que residem em regiões circundantes ao centro de diálise também é um fator que interfere negativamente na satisfação do paciente, e conseqüentemente, influencia no nível baixo de qualidade de vida. O deslocar-se de uma cidade a outra, exige do paciente maior tempo diário para seu tratamento.

Outro fator controverso na literatura científica é a relação do tempo de hemodiálise. Questiona-se se o tratamento hemodialítico mais prolongado está diretamente relacionado com menor qualidade de vida do paciente. De acordo com Silveira et al. (2010), Silva et al. (2014), Cordeiro et al. (2009) e Santos et al. (2007), quanto

maior o tempo de terapia hemodialítica melhor apresentar-se-á a qualidade de vida dos pacientes. Silveira et al. (2010) e Cordeiro et al. (2009) afirmam, a partir de suas pesquisas, que pessoas com tempo de diálise menor que doze meses apresentam maiores dificuldades e menor qualidade de vida, ao passo que pessoas com tempo maior que um ano de diálise, têm maiores escores que os com tempo inferior a esse período.

Entende-se que o impacto da terapia dialítica é reduzido devido à adaptação psicológica que, geralmente, o paciente vai adquirindo conforme o tempo vai passando (Santos et al., 2007). Ou seja, quanto maior for a permanência do indivíduo em tratamento hemodialítico, maiores serão as chances de ele desenvolver estratégias racionais para o enfrentamento tanto da doença como de seu tratamento. Eles passam a perceber a vida cotidiana com mais valor (Cordeiro et al., 2009, Santos et al., 2007).

Já Martins & Cesarino (2005) sinalizam que os avanços tecnológicos foram importantes no que se refere ao tratamento dialítico e no aumento da sobrevida dos pacientes, porém ressaltam que por ser ainda um tratamento de tempo indeterminado, este acaba afetando significativamente a qualidade de vida dos doentes renais crônicos, que por sua vez, se tornam dependentes das máquinas para sobreviver. Devido ao longo tempo de permanência no tratamento, os pacientes começam a apresentar níveis maiores de depressão, conforme o aumento de anos hemodialisando (Frazão et al., 2011; Santos & Pontes, 2007).

Para Frazão et al. (2011), Castro et al. (2003), Ferreira et al. (2011) e Martins & Cesarino (2005), é perceptível que quanto mais tempo de tratamento dialítico, maior é a resignação à doença, tanto pior o estado físico e emocional, além de observar-se um aumento progressivo de comprometimento nas relações sociais e familiares. “Assim, uma sobrevida longa em hemodiálise exige que o paciente possua não só uma boa reserva de saúde, como também uma compreensão, adaptação e participação no tratamento (Frazão et al., 2001, p. 580)”.

Estudos revelam que modificações e limitações em suas rotinas diárias, hábitos alimentares e restrição hídrica, assim como alterações no funcionamento social e ocupacional, limitações físicas, psicológicas e sociais, afetam significativamente a qualidade de vida dos doentes renais crônicos em hemodiálise (Silveira et al., 2010; Silva et al., 2011; Costa et al., 2010; Martins e Cesarino, 2005; Kusumoto, et al., 2008; Santos, et al., 2011; Cordeiro et al., 2009; Ferreira e Filho 2011; Frazão et al., 2011).

Em relação aos aspectos psicossociais Frazão et al. (2011), Santos et al. (2011) e Ferreira e Filho (2011) pontuam que o tratamento hemodialítico interfere na vida social dos pacientes, e conseqüentemente, na qualidade de vida, uma vez que limita viagens, reduz visitas de amigos, vizinhos, além de gerar sentimentos de invalidez e dificuldades em falar sobre outra coisa que não seja a doença.

Os pacientes podem ainda apresentar diminuição da autoestima; resistência ao tratamento; perda dos seus sonhos e aspirações; mudança no estilo de vida; alterações na imagem corporal; perda das escolhas e opções na vida; bem como

tristeza, isolamento social e a vivência de sentimentos conflitantes entre morrer e viver (Santos et al., 2011; Frazão et al., 2011). A alteração da autoimagem ocorre devido à instalação de uma via de acesso para que o paciente possa dialisar. Essa via de acesso pode ser uma fístula arteriovenosa localizada no braço, ou a inserção de um cateter, muitas vezes colocado na região do pescoço (ou virilha, etc.) (Santos et al., 2011; Frazão et al., 2011). Esses fatores acabam por alterar significativamente o funcionamento global do paciente e a sua qualidade de vida, interferindo na evolução da doença e seu tratamento.

Junto com todas essas contingências um aspecto que interfere significativamente no emocional é a sensação de dependência, seja ela da família, equipe de saúde, amigos, medicamentos e de uma máquina. Uma dependência que não foi escolhida pelos pacientes, mas sim imposta pelas condições de saúde e sobrevivência. Isso cria uma sensação de perda da liberdade, já que se é obrigado a aceitar esta alternativa como única forma de manter a própria vida (Santos et al., 2011).

Frazão et al. (2011) sinalizam que essa situação de dependência provoca desgaste no paciente, familiares e amigos. Acrescentam que a ociosidade por parte do paciente causa sentimento de inutilidade e desvalorização. Esses aspectos acabam interferindo diretamente nas relações interpessoais e intrapessoais, ou seja, na relação consigo mesmo, com os outros e até mesmo com a vida (Frazão et al., 2011). Segundo Santos et al. (2007) e Costa et al. (2010) os pacientes em tratamento de hemodiálise têm a sua qualidade de vida afetada negativamente, apresentando um importante rebaixamento da mesma. Ferreira e Filho (2011) afirmam que o conjunto de perdas, estressores, limitações, mudanças acabam por alterar significativamente o funcionamento global do paciente e a sua qualidade de vida, interferindo na evolução da doença e seu tratamento.

No que refere ao desempenho profissional aliado ao desempenho físico foi descrito o quanto as reduções deles interferem de forma negativa na qualidade de vida dos doentes renais. Quando os pacientes recebem o diagnóstico, este se torna sinônimo de incapacidade, o que provoca a interrupção abrupta de seus trabalhos e da busca por melhores condições de vida. Essa redução das atividades físicas e laborais, provocadas devido ao quadro da doença crônica renal, tem um impacto negativo em como a pessoa percebe sua própria saúde e sua vitalidade. Ao atingir tais áreas, é bem provável que a pessoa tenha dificuldades nas interações sociais, e em alguns casos desenvolva problemas relacionados à saúde mental (Silveira et al., 2010; Cavalcante et al., 2013; Silva et al., 2014; Costa et al., 2010; Martins & Cesarino, 2005; Kusumoto et al., 2008; Santos et al. 2011; Castro et al., 2003; Cordeiro et al., 2009; Frazão et al., 2011; Ferreira et al., 2011; Santos et al., 2007; Romão et al., 2006).

O tratamento hemodialítico e o tempo que lhe é dedicado provocam algumas alterações no organismo do paciente, que ao término da realização da hemodiálise, apresenta algumas queixas físicas de fraqueza, cansaço, indisposição, enjoo, vômito, ou seja, um mal-estar geral. Esse mal-estar que com frequência ocorre na maioria dos

pacientes, acaba impossibilitando-o de estabelecer e/ou manter um trabalho (Silveira et al. 2010; Cavalcante et al., 2013; Silva et al., 2014; Costa et al., 2010; Martins & Cesarino, 2005; Kusumoto et al., 2008; Santos et al., 2011; Castro et al., 2003; Cordeiro et al., 2009; Frazão et al., 2011; Ferreira et al., 2011; Santos et al., 2007; Romão et al., 2006).

Além disso, esse tipo de tratamento exige frequência, assiduidade e o dispêndio de três dias da semana, sendo essa uma rotina obrigatória e que não pode ser violada. Esse estilo de vida imposto pelo tratamento, que estabelece o afastamento do trabalho três vezes na semana para frequentar as sessões de hemodiálise. Segundo Cordeiro et al. (2009) também dificulta manter um vínculo empregatício e o auxílio com a renda familiar. Em muitos casos o doente renal crônico é considerado como a principal fonte de renda da família (Santos et al., 2011).

Cordeiro et al. (2009) afirmam que o fato de não trabalhar incomoda muito as pessoas, uma vez que acabam se sentindo marginalizadas, excluídas da sociedade, e um “peso” para seus familiares e pessoas de seu convívio. Ferreira et al. (2011) e Santos et al. (2011) destacam que a doença renal crônica não caracteriza um impedimento direto e absoluto ao trabalho, contudo causa limitações significativas às pessoas, sendo que a maior parte dos pacientes não trabalham, e por isso são considerados inativos, ou seja, são aposentados ou encontram-se em licença-saúde.

As atividades laborais reprimidas, conforme Ferreira et al. (2011) contribuem para a deterioração dos aspectos físicos, além de provocar insatisfações, e conseqüentemente, transtornos pessoais e familiares. Frazão et al. (2011) acrescentam que a inexistência de uma atividade remunerada gera conflitos psicológicos, que podem interferir na evolução do quadro clínico desses pacientes. Para Cordeiro et al. (2009) é uma necessidade humana, o sentir-se útil e produtivo. Santos et al. (2011) afirmam que o trabalho representa, especialmente, para as pessoas adultas, sua própria vida, uma vez que lhes permite uma autonomia financeira para o custeamento dos gastos pessoais e familiares e possibilita a uma autorrealização profissional.

Como foi referido anteriormente, grande parte não consegue trabalhar devido à doença renal crônica, embora tenha uma parcela pequena de pacientes que exercem algum tipo de trabalho, prestando serviços como autônomos e a locais privados (Cordeiro et al., 2009). Criar esse vínculo com o trabalho possibilita aos pacientes serem mais independentes e autônomos, favorecendo um maior desenvolvimento da autoestima e da autorrealização. Os pacientes passam a ter mais satisfação com o apoio e o tempo que recebem de seus amigos e familiares. Em contrapartida aqueles que não conseguem trabalhar, são mais dependentes, demonstram experimentar a sensação de frustração e impotência, o que reflete na insatisfação com os seus amigos e familiares (Santos et al., 2011).

Santos et al. (2011) recordam que no Brasil as oportunidades oferecidas pelo mercado de trabalho para pessoas com limitações dessa natureza são escassas. No entanto, os referidos autores deixam claro que após a fase aguda, ou seja, a fase inicial

do tratamento, o paciente pode realizar atividades laborais ou de estudo, embora não seja possível que consiga dar continuidade às atividades que antes realizava. Por isso, é preciso incentivar e estimular o paciente a adaptar-se à situação atual, de tal modo que ele consiga vislumbrar novas alternativas, e buscar soluções adequadas à sua situação atual (Santos et al., 2011). Entende-se que a busca pela qualidade de vida “[...] não está em fazer tudo que era feito antes da doença, e sim em adaptar-se à atual situação e buscar satisfação dentro das atividades realizadas” (Santos et al., 2011, p.35).

Um recurso que auxilia os pacientes na relação com o adoecimento e a melhora da qualidade de vida é a religiosidade. Nos estudos, observou-se que a maioria dos pacientes tinha uma religião definida (Cordeiro et al., 2009; Frazão et al., 2011). A fé é percebida como uma propulsora no enfrentamento do adoecimento (Cordeiro et al 2009). A crença em algo sagrado ajuda os indivíduos nos momentos de dor e incerteza, ao contribuir com o alívio das angústias e a renovação da esperança, assim como resgata o sentido para suas vidas. “É notório que pessoas religiosas possuem capacidade para enfrentar de maneira mais confortável e menos traumática os problemas crônicos, e que o envolvimento religioso proporciona bem-estar associado a um elevado nível de qualidade de vida (Cordeiro et al 2009, p.789)”.

No lidar com a situação de doente renal crônico e reaprender a viver, o suporte social aos pacientes ajuda a melhorar a qualidade de vida dos mesmos. O convívio e o apoio familiar dão suporte no enfrentamento dos danos físicos, psicológicos e socioeconômicos, suavizando o processo de adoecimento. Ao receber esse apoio das pessoas queridas, os pacientes encontram recursos emocionais e melhoram seus estados de humor depressivo. A família, amigos e companheiros formam uma rede de apoio que, geralmente, contribui para a melhora das condições de saúde mental e física dos doentes acometidos pela insuficiência renal crônica (Santos et al., 2011; Ferreira e Filho, 2011; Cordeiro et al. 2009; Silva et al., 2011; Kusumoto et al., 2008; Frazão et al., 2011).

A existência de uma rede de apoio *informal*, isto é, ter um(a) companheiro(a) e residir com familiares pode contribuir para ajudar nas atividades cotidianas, no cuidado em domicílio – já que a doença renal crônica contribui para perdas funcionais com comprometimento da independência e autonomia. No caso de alguma eventualidade ou intercorrência, ter uma pessoa por perto é fundamental para prestar algum auxílio àqueles mais debilitados (Kusumoto et al., 2008; Frazão et al., 2011; Santos et al., 2011).

Para Silva et al. (2011) esse suporte familiar é decisivo na percepção que as pessoas têm a respeito da sua própria doença, na manutenção e adesão ao tratamento. A notícia do diagnóstico é impactante, podendo desestabilizar e provocar angústias tanto nos familiares como nos pacientes. Todavia, a família precisa logo recuperar o equilíbrio, uma vez que ocupa um lugar importante, no qual o doente precisa se sentir protegido, amado, menos inseguro e significativo. Esse lugar torna-se

fonte de estímulos positivos para o enfrentamento da doença e tratamento (Kusumoto et al., 2008; Silva et al., 2011; Cordeiro et al., 2009).

E para que a família tenha essa consciência da importância que tem no tratamento e no auxílio ao paciente é preciso o envolvimento com a equipe de saúde (médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, e etc.). Cabe aos profissionais de saúde incluir os companheiros, familiares e/ou cuidadores em seu plano de cuidados “[...] tanto como colaborador no atendimento ao paciente, quanto como objeto de suas ações profissionais (Cordeiro et al., 2009, p.790)”.

Auxiliar no processo de adaptação das várias mudanças na vida dos doentes renais crônicos em hemodiálise e seus familiares, favorece na aceitação e adesão ao tratamento. A ajuda de profissionais no planejamento de tarefas, na construção de projeto é primordial, uma vez que estimula os pacientes na reconstrução e ressignificação do cotidiano (Santos et al., 2011). Isso ameniza o impacto do tratamento na vida do paciente e da própria família, encoraja a independência e o lidar com a doença renal.

CONCLUSÃO

Os aportes teóricos científicos, abordados anteriormente, são relevantes e trazem grandes contribuições sobre o tema, porém, assim como todas as pesquisas científicas demonstram suas limitações. Com base nesses estudos científicos foi possível perceber a necessidade de se ampliar as investigações sobre os sentidos de qualidade de vida nos doentes renais crônicos em hemodiálise, como forma de complementar e aprofundar as discussões que permeiam este tema.

Para, além disso, o desenvolvimento de mais estudos qualitativos poderia ajudar a explorar as questões apontadas pelos estudos quantitativos, como por exemplo: “como” essa vida de qualidade de vida é conquistada e vivida. Isso direciona para a necessidade de uma avaliação de qualidade de vida ampliada, de modo que, haja uma interlocução das pesquisas quantitativas com qualitativas, uma vez que cada uma dessas estratégias de pesquisa demonstra limitações em suas investigações sobre o tema.

REFERÊNCIAS

CASTRO, Mônica de et al . Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 49, n. 3, p. 245-249, Sept. 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000300025&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302003000300025>.

CAVALCANTE, Milady Cutrim Vieira et al . Fatores associados à qualidade de vida de adultos em hemodiálise em uma cidade do nordeste do Brasil. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo , v. 35, n. 2, p. 79-86, June 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002013000200001&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20130014>.

CORDEIRO J. A. B. L., BRASIL V. V., SILVA A. M. T. C., OLIVEIRA L. M. A. C., ZATTA L. T., SILVA A. C. C. M. Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica. **Rev. Eletr. Enf.**, 11(4), 785-93, 2009. Available from <https://projetos.extras.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a03.pdf>. Access on 08 Oct. 2018.

COSTA, Patrícia Bezerra da; VASCONCELOS, Karla Fabiana da Silva; TASSITANO, Rafael Miranda. Qualidade de vida: pacientes com insuficiência renal crônica no município de Caruaru, PE. **Fisioter. mov. (Impr.)**, Curitiba, v. 23, n. 3, p. 461-471, Sept. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502010000300013&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502010000300013>.

FERREIRA, Ricardo Corrêa; SILVA FILHO, Carlos Rodrigues da. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 129-135, June 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002011000200003&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002011000200003>.

FRAZÃO, C. M. F. de Q., RAMOS, V. P. & LIRA, A. L. B. de C. Qualidade de vida de pacientes submetidos a hemodiálise. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro out/dez; 19(4), 577-82, 2011. Available from <http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a12.pdf>. Access on 08 Oct. 2018.

KUSUMOTO, Luciana et al. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 21, n. spe, p. 152-159, 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000500003&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000500003>.

LOPES, Gildete Barreto et al. Comparações de medidas de qualidade de vida entre mulheres e homens em hemodiálise. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 53, n. 6, p. 506-509, 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000600017&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302007000600017>.

MARTINS, Marielza R. Ismael; CESARINO, Claudia Bernardi. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 670-676, Oct. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500010&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000500010>.

ROMÃO M. A. F., ROMÃO JUNIOR J. E., BELASCO A. G. S. & BARBOSA D. A. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica terminal em hemodiálise de alta eficiência. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), 27(4), 593-8, 2006. Available from <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4645/2561>>. Access on 08 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302007000400018>.

SANTOS, Paulo Roberto. Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 52, n. 5, p. 356-359, Oct. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302006000500026&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302006000500026>.

SANTOS, Paulo Roberto; PONTES, Lúgia Regina Sansigolo Kerr. Mudança do nível de qualidade de vida em portadores de insuficiência renal crônica terminal durante seguimento de 12 meses. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 53, n. 4, p. 329-334, Aug. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000400018&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302007000400018>.

SANTOS, Iraci dos; ROCHA, Renata de Paula Faria; BERARDINELLI, Lina Márcia Miguéis. Qualidade de vida de clientes em hemodiálise e necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 31-38, Mar. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100005&lng=en&nrm=iso>

so>. access on 08 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000100005>.

SILVA, Alessandra Silva da et al . Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n. 5, p. 839-844, Oct. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500006&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000500006>.

SILVEIRA, Cíntia Botelho et al . Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise em um hospital público de Belém - Pará. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo , v. 32, n. 1, p. 39-44, Mar. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000100008&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002010000100008>.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM ESCLEROSE MÚLTIPLA

Ana Maria Canzonieri

Psicóloga coordenadora do departamento de pesquisa ABEM - Associação Brasileira de Esclerose Múltipla São Paulo – São Paulo

Daniele Batista de Sousa

estagiário de psicologia
ABEM - Associação Brasileira de Esclerose Múltipla São Paulo – São Paulo

Thais Mira Simandi

estagiário de psicologia ABEM - Associação Brasileira de Esclerose Múltipla São Paulo – São Paulo

Beatriz Maciel Sodre

Psicóloga ABEM - Associação Brasileira de Esclerose Múltipla São Paulo – São Paulo

Lucas Felipe Ribeiro dos Santos

Psicólogo ABEM - Associação Brasileira de Esclerose Múltipla São Paulo – São Paulo

Priscila da Silva Santos

Assistente Social ABEM - Associação Brasileira de Esclerose Múltipla São Paulo – São Paulo

RESUMO: A esclerose múltipla (EM) é uma doença degenerativa e progressiva que acomete a bainha de mielina no Sistema Nervoso Central. Os sintomas dependem da área lesionada comprometendo a qualidade de vida. **Objetivos:** Avaliar a qualidade de vida de pacientes com esclerose múltipla. **Métodos:** Foram avaliadas 35 pessoas, de ambos os

sexos, com EM, em Instituição Social Civil, no Brasil, com a escala de qualidade de vida para esclerose múltipla (MSQOL-54). **Resultado:** Amostra com 68,6% mulheres e 31,4% homens, idade máxima 60 anos e mínima 23, média 44,49 ($DP = 11,34$), sendo, 42,9% casados, 74,3% com nível superior, 48,5% afastado e ou aposentado, 40% com tempo de diagnóstico entre 10 a 20 anos, 82,9 % do tipo remitente recorrente, 74,3% com EDSS (escala de sistemas funcionais) até 3,5, com fadiga física 88,6 % e com fadiga mental 54,3 %, com sono bom 77,1%, com disfunção motora 62,9%, que usa apoio para locomoção 37,1%, no MSQOL – 54, estão acima da média no quesito saúde física 82,9% e 74,3% acima da média no quesito saúde mental. Nas correlações o único dado estatisticamente significativo foi o tempo de diagnóstico. **Conclusão:** Há percepção da realidade da qualidade de vida entre os pacientes nos quesitos saúde física e saúde mental. Estatisticamente, apenas a correlação tempo de diagnóstico e percepção da qualidade de vida é que foram significativos.

PALAVRAS-CHAVE: qualidade de vida, esclerose múltipla, socio demográfico.

ABSTRATS: Multiple sclerosis (MS) is a degenerative and progressive disease that affects the myelin sheath in the Central Nervous

System. The symptoms depend on the injured area compromising the quality of life. **Objectives:** To evaluate the quality of life of patients with multiple sclerosis. **METHODS:** We evaluated 35 people of both sexes with MS, in Civil Social Institution, Brazil, with the quality of life scale for multiple sclerosis (MSQOL-54). **Results:** Sample with 68.6% women and 31.4% men, maximum age 60 years and minimum 23, mean 44.49 (SD = 11.34), 42.9% married, 74.3% with level 48.5% retired, 40% with a diagnosis time between 10 and 20 years, 82.9% of the recurrent remitting type, 74.3% with EDSS (functional systems scale) up to 3.5, with Physical fatigue 88.6% and with mental fatigue 54.3%, with good sleep 77.1%, with motor dysfunction 62.9%, who used support for locomotion 37.1%, in MSQOL - 54, are above average in terms of physical health, 82.9% and 74.3% above the average for mental health. In the correlations, the only statistically significant data was the time of diagnosis. **Conclusion:** There is perception of the reality of the quality of life among the patients in the physical health and mental health. Statistically, only the correlation time of diagnosis and perception of quality of life was that they were significant.

KEYWORDS: quality of life, multiple sclerosis, demographic partner.

1 | INTRODUÇÃO

A esclerose múltipla (EM) é uma doença crônica, degenerativa, auto-imune, progressiva, inflamatória e desmielinizante que acomete a bainha de mielina no Sistema Nervoso Central. Os sintomas são em decorrência da área lesionada, comprometendo a qualidade de vida das pessoas pela necessidade de redefinições no estilo de vida, principalmente, em função da faixa etária de maior prevalência que é 20 a 40 anos. (MENDES, 2004; RUSSO, 2011). É uma das principais causas de incapacidade física em adultos jovens no Brasil (COMPSTON e COLES, 2002).

As pesquisas nos mostram que a prevalência da doença é o sexo feminino, caucasianos, residentes em países frios e o tipo de EM remitente recorrente. (O'CONNOR, 2000; RUSSO, 2011).

Estima-se que atualmente 2,5 milhões de pessoas no mundo possuam a doença (LOPES et al., 2010). No Brasil, sua prevalência é de uma estimativa de 15/100.000 habitantes (CALLEGARO et al., 2001).

Em decorrência da prevalência dos casos de EM, a qualidade de vida é um ponto importante a ser avaliado no paciente devido aos déficits motores, cognitivos e psíquicos que podem impactar direta ou indiretamente na vida pessoal, profissional e relacional, além de afetar a estrutura familiar, principalmente, levando-se em consideração a predominância da faixa etária de acometimento, que incide mais nos adultos jovens. (MENESES et al, 2010; AKBAR, 2011; BRUCE E LYNCH, 2011).

De modo geral, as pessoas acometidas pela EM precisarão de auxílio para marcha em algum momento da vida para reorganizarem a forma de locomoção ou de

autonomia, enfrentarão mudança de hábitos, inclusive, alimentares e profissionais, entre outros. Sendo muito significativo que o maior percentual de pessoas acometidas por EM, estão na fase produtiva da vida, trabalhando, estudando, constituindo família, o que poderá afetar o estado emocional da pessoa que adoeceu bem como de sua família e o que estiver em seu entorno. (PEDRO et al, 2011).

A EM pode se manifestar em quatro formas distintas, sendo elas a remitente recorrente que se apresenta em forma de surtos com posterior remissão; a primária progressiva em que não há presença de surtos, com progressão da doença desde o início; secundária progressiva que caracteriza-se por início na forma recorrente remitente, seguida pela progressão da doença; progressivo-recorrente que apresenta progressão da doença e surtos com nítido avanço das incapacitações (RUSSO, 2011).

Dentre os sintomas neurológicos da EM podemos destacar a fadiga, que é caracterizada por sensação de cansaço físico ou mental profundo (LOPES et al, 2010), perda de energia ou mesmo sensação de exaustão, afetando 75 a 90% dos casos. A maior parte das pessoas com EM está inserida em programas contínuos de reabilitação com o objetivo de melhorar a funcionalidade e qualidade de vida. (KHAN et al, 2014).

Acreditamos que quanto mais rápido houver o diagnóstico, tratamento e reabilitação a pessoa poderá se conscientizar mais rapidamente do adoecimento e das mudanças necessária para a vida, portanto, aumentam as possibilidade de enfrentamento (*coping*). Entendemos que o adoecimento passa por diversas fases até o paciente e seus familiares atingirem o grau de enfrentamento da doença, como explicadas por Kubler Ross (1998).

Dentre estas fases temos o que é denominado “negação e isolamento” que representam o primeiro estágio, pois receber o diagnóstico de uma doença irreversível é sempre muito difícil. A reação dos pacientes normalmente é: - “não, eu não, não pode ser verdade”. Normalmente o paciente vai em busca de outros diagnósticos, na esperança de que haja um erro. Por isso, nesse momento o acolhimento da angústia se faz necessário, inclusive a investigação de como o paciente está emocionalmente, sendo a percepção da qualidade de vida fundamental para saber como lidar com suas expectativas. (REZENDE et al, 2014).

A raiva é o segundo estágio e a pergunta de praxe é: - “por que eu?”

Surge a revolta e o ressentimento, muitas vezes a projeção da raiva é investida aos familiares e profissionais, devendo-se compreender a pessoa que sofre, pois a raiva não é pessoal, mas da situação de adoecimento.

A barganha aparece como terceiro estágio, onde o paciente tenta negociar com o plano superior, faz promessas, aqui entra quesitos da espiritualidade. (REZENDE et al, 2014).

A depressão é o quarto estágio, momento de reconhecimento e até de conscientização da doença e das perdas. Aqui a ajuda dos profissionais e da família se tornam fundamentais para auxiliar o paciente a enfrentar os novos desafios, inclusive,

uma nova reavaliação da qualidade de vida e das expectativas reais desse momento e do futuro são fundamentais. (REZENDE et al, 2014).

Neste quinto e último estágio, a aceitação, o paciente terá que aprender a lidar com o perdão, a resiliência e o enfrentamento. Somente na aceitação da doença é que realmente os planos para o desenvolvimento da qualidade de vida do paciente será eficaz, pois se trabalhará com a realidade dos fatos e com o desenho de um novo estilo de vida. (REZENDE et al, 2014).

Devemos compreender que as fases possuem uma dinâmica de desenvolvimento e com características individuais e que nem todas as pessoas atingirão todas as fases, sendo que muitas vezes elas se mesclam dependendo da situação vivenciada pelo paciente e seus familiares. (REZENDE et al, 2014).

Baseado nos cinco estágios de Kluber – Ross (1998) e em Rezende et al (2014), é que consideramos que o questionário de vida para pacientes com esclerose múltipla -MSQOL – 54 (VICKREY et al,1995; SOARES, 2015), pode auxiliar a identificar a real compreensão do paciente sobre sua qualidade de vida em relação a doença, por isso a ABEM – Associação Brasileira de Esclerose Múltipla utilizou o questionário de qualidade de vida MSQOL -54, no Acolhimento, momento de chegada do paciente pela primeira vez na Instituição para realizar uma investigação sobre a percepção da qualidade de vida de pacientes com esclerose múltipla.

2 | OBJETIVOS

Avaliar a qualidade de vida de pacientes com esclerose múltipla com o questionário de qualidade de vida MSQOL -54.

3 | MÉTODOS

Foram avaliadas 35 pessoas com EM, segundo os critérios de Mc Donald 2017 (THOMPSON et al, 2018), de ambos os sexos, com EM, na ABEM – Associação Brasileira de Esclerose Múltipla, Instituição Social Civil, em São Paulo, no Brasil, com o questionário de qualidade de vida para esclerose múltipla – 54 (MSQOL-54) (VICKREY et al,1995; Soares, 2015) e a Escala de Sistemas Funcionais (EDSS) (KURTZKE,1983), com pontuação de varia de 0 a 10 que avalia as disfunções motoras, no Acolhimento, que é o momento de chegada do paciente pela primeira vez na Instituição, sendo atendido pela equipe de psicologia e serviço social, no ano de 2017.

O questionário de qualidade de vida MSQOL – 53, foi validado para o Brasil em 2015, por Soares.

4 | RESULTADO

Obeve-se como resultado 68,6% mulheres e 31,4% homens com idade máxima 60 anos e mínima 23, média 44,49 (DP = 11,34), sendo, 42,9% casados, 74,3% com nível superior, 48,5% afastado e ou aposentado, 40% com tempo de diagnóstico entre 10 a 20 anos, 82,9 % do tipo EMRR (remitente recorrente), 74,3% com EDSS (KURTZKE,1983) entre a 3,5, com fadiga física 88,6 % e com fadiga mental 54,3 %, com sono bom 77,1%, com déficit motor 62,9%, que usa apoio para locomoção 37,1%.

No resultado do MSQOL – 54 (VICKREY et al,1995; SOARES, 2015) estão acima da média no quesito saúde física 82,9% e 74,3% acima da média no quesito saúde mental. Nas correlações o único dado estatisticamente significativo foi o tempo de diagnóstico.

As pessoas com maior tempo de diagnóstico tem uma percepção melhor da realidade da doença e adquirem maior manejo frente as diversas situações que envolvem a questão qualidade de vida.

Avaliando o resultado dos quesitos saúde física e mental do questionário de qualidade de vida MSQOL - 54 com as 5 fases de Kluber – Ross (KLUBER – ROSS, 1998; REZENDE et al, 2014), entendemos que os pacientes que chegaram a Insituição, em 2017, estavam em um processo de aceitação do adoecimento. Sendo esta uma informação importante para os profissionais da saúde, para auxiliarem o paciente em atividades de reabilitação de forma mais adequada com o momento de adoecimento e de vida.

5 | CONCLUSÃO

A percepção da qualidade de vida entre os pacientes se mostrou coerente com a aceitação no quesito saúde física e mental. Estatisticamente, apenas a correlação tempo de diagnóstico é que foram significativos.

REFERÊNCIA

AKBAR, N.; HONARMAND, K.; FEINSTEIN, A. **Self-assessment of cognition in Multiple Sclerosis: the role of personality and anxiety.** Cognitive and Behavioral Neurology; 24(3), 115-121, 2011.

BRUCE, J.M; LYNCH, S.G. **Personality traits in multiple sclerosis: association with mood and anxiety disorders.** Journal of Psychosomatic Research; 70(5), 479-485. 2011.

CALLEGARO, D.; GOLDBAUM, M.; MORAIS, L.; TILBERY, C.P.; MOREIRA, M.A.; GABBAI, A.A et al. **The prevalence of multiple sclerosis in the city of São Paulo, Brazil,** 1997. Acta Neurologica Scandinavica, v. 104(4) p208-2013, 2001.

COMPSTON, A.; COLES, A. Multiple sclerosis. Lancet; v. 359, n. 9313, p1221-1231, 2002.

KHAN, F.; AMATYA, B.; GALEA, M. **Management of fatigue in persons with multiple sclerosis.** Front Neurol, v. 5, n 177(2), 2014.

KLUBER – ROSS, E. **A Roda da Vida – Memórias do viver e do morrer**. 2ª. Edição, Rio de Janeiro: Sextante, 1998.

KURTZKE, J.F. (1983). **Rating neurologic impairment in multiple sclerosis an expanded disability status scale (EDSS)**. *Neurology* 33.11: 1444-1444.

LOPES, K.N.; NOGUEIRA, L.A.C.; NÓBREGA, F.R.; FILHO, A.H.; ALVARENGA, R.M.P. **Limitação funcional, fadiga e qualidade de vida na forma progressiva primária da esclerose múltipla**. *Rev Neurocienc*, v. 18(1) p13-7, 2010.

MENDES MF. **Validação de escala de determinação funcional da qualidade de vida na esclerose múltipla para a língua portuguesa**. *Arq Neuropsiquiatr*, v. 62, n 1 p108-113, 2004.

MENESES, R.F.; PAIS-RIBEIRO, J.; PEDRO, L.; SILVA, I.; CARDOSO, H.; MENDONÇA, D.; VILHENA, E.; ABREU, M.; HENRIQUES, M.; MELO, V.; MARTINS, A.; MARTINS-DA-SILVA, A. **How important is personality in neurological patients' quality of life perception?** *European Journal of Neurology*; 17(Suppl. 3), 222, 2010.

O'CONNOR P. **Key issues in the diagnosis and treatment of multiple sclerosis**. *Neurology, Canada*. 59(6 suppl 3): 1-33, 2002.

PEDRO, L.; PAIS-RIBEIRO, J.; MENESES, R.; SILVA, I.; CARDOSO, H.; MENDONÇA, D.; VILHENA, E.; ABREU, M.; MARTINS, A.; MARTINS-DA-SILVA, A. **The perceived stigma of the disease on quality of life in people with multiple sclerosis**. *European Journal of Neurology*; 18(Suppl.2): 532, 2011.

REZENDE, L.C.S.; GOMES, C.S.; MACHADO, M.E.C. **A finitude da vida e o papel do psicólogo: perspectivas em cuidados paliativos**. *Revista Psicologia e Saúde*, 6(1): 28-36, 2014.

RUSSO L. **Aspectos neurológicos da esclerose múltipla**. In M. C. B. Giacomo (Coord.), *Esclerose múltipla: O caminho do conhecimento entre pedras e flores*. São Paulo: Atha; 16-33, 2011.

SOARES R. **Validação de um instrumento de avaliação da qualidade de vida de pacientes com esclerose múltipla para o português do Brasil**. Tese Doutorado em Ciências Médicas – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.

THOMPSON, A.J.; BANWELL, B.L.; BARKHOF, F.; CARROLL, W.M.; COETZEE, T.; COMI, G.; CORREALE, J.; FAZEKAS, F.; FILIPPI, M.; FREEDMAN, M.S.; FUJIHARA, K.; GALETTA, S.L.; HARTUNG, H.P.; KAPPOS, L.; LUBLIN, F.D.; MARRIE, R.A.; MILLER, A.E.; MILLER, D.H.; MONTALBAN, X.; MOWRY, E.M.; SORENSEN, P.S.; TINTORÉ, M.; TRABOULSEE, A.L.; TROJANO, M.; UITDEHAAG, B.M.J.; VUKUSIC, S.; WAUBANT, E.; WEINSHENKER, B.G.; REINGOLD, S.C.; COHEN, J.A. **Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria**. 17: 162-173, 2018.

VICKREY, B.G.; HAYS, R.D.; HAROONI, R.; MYERS, L.W.; ELLISON, G.W. **A Health-related quality of life measure for multiple sclerosis**. *Qual. Life Res.*, 4(3):187-206, 1995.

ENVELHECIMENTO POSITIVO E LONGEVIDADE AVANÇADA: CONTRIBUTOS PARA A INTERVENÇÃO

Lia Araújo

ESEV.IPV - Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu

CINTESIS.UP - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde da Universidade do Porto

Oscar Ribeiro

CINTESIS.UP - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde da Universidade do Porto

DEP.UA – Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro

INTRODUÇÃO: Uma das mais recentes manifestações do envelhecimento populacional mundial é o rápido crescimento do número de pessoas com 100 e mais anos, sobretudo nos países mais desenvolvidos. Espanha e Portugal são países de destaque a este nível, na medida em que, de acordo com os dados dos Institutos Nacionais de Estatística de ambos os países, o número de centenários tem vindo a aumentar a cada ano. Em 2001 existiam 589 centenários em Portugal e 8766 em Espanha. Nos Censos seguintes os números aumentaram para 1526 e 10273 respetivamente. Projeções mais recentes de 2015, apontavam para a existência de mais de 4000 centenários em Portugal e cerca de 14500 em Espanha (Sánchez, 2016; Reis,

2015). No futuro espera-se que esta tendência se acentue, ao ponto de se projetarem 4.1 milhões de centenários em todo o mundo para 2050 (Nações Unidas, 2009).

O prolongamento da vida humana também tem vindo a aumentar. O recorde de pessoa mais velha do mundo foi atribuído a Jeanne Louise Calment, que faleceu em 1997 aos 122 anos e 164 dias. Esta centenária de nacionalidade Francesa, foi considerada um importante estudo de caso para o conhecimento atual das questões associadas à longevidade excepcional e à sobrevivência humana, não só pela idade mas por ter sido uma pessoa que manteve-se autónoma e independente durante muito tempo. Aos 85 anos ainda praticava desporto, aos 100 anos andava de bicicleta, aos 110 anos morava sozinha e aos 115 anos ainda andava sem ajuda (Jeune & Andersen-Ranberg, 2000; Miller, 2015). Outra coisa especial na Jeanne Calment foram as suas características pessoais. Investigadores caracterizaram-na como alguém com uma grande capacidade para enfrentar problemas, bom sentido de humor e muito positiva. Tal como demonstra esta frase sua, em que refere “Vejo pouco, ouço mal e não sinto nada...mas está tudo bem” (Garcia & Miralles, 2016).

Também em Portugal residiu uma das

peças que, durante cinco semanas, entre 26 de novembro de 2008 e 2 de janeiro de 2009, foi considerada a pessoa mais velha do mundo, ou seja, a decana da humanidade. Maria de Jesus foi uma cidadã portuguesa supercentenária (pessoa com 110 ou mais anos), que nasceu e viveu toda a sua vida numa pequena aldeia, onde foi trabalhadora rural e onde faleceu aos 115 anos (GRG, 2012). Outro caso Português muito conhecido é o de Manoel de Oliveira que, aos 106 anos e à data da sua morte, a 2 de abril de 2015, era o realizador de cinema mais velho do mundo em atividade (Vitoria, 2015).

Em Espanha, foi Ana María Vela a pessoa que viveu mais, até aos 116 anos, sendo considerada a terceira pessoa mais velha da história da Europa (Sánchez, 2017). Francisco Núñez Olivera, um dos homens que chegou a uma idade mais longa, foi submetido a uma cirurgia para remoção do rim aos 90 anos e aos 98 a uma operação às cataratas (Rego, 2017). Faleceu aos 113 anos de idade (Casares, 2017).

Todos estes casos e muitos outros têm algo em comum. Por terem chegado aos 100, significa que evitaram ou superaram os problemas comuns do envelhecimento. E é sobretudo por isso que os centenários estão a ser estudados um pouco por todo o mundo. O International Centenarian Consortium (ICC) inclui uma rede de investigadores que estudam especificamente as pessoas com 100 e mais anos, os quais reúnem uma vez por ano para partilhar resultados das suas mais recentes investigações. Deste consórcio fazem parte estudos dos Estados Unidos da América, nomeadamente o Fordham Centenarian Study e o Georgia Centenarian Study, sendo este último um dos mais antigos estudos, a par do Okinawa Centenarian Study, que investiga a ilha de Okinawa, no Japão, considerada um dos locais do mundo com mais centenários. Na Ásia e Oceania, também existem os Tokyo Centenarian Study, Hong Kong Centenarian Study, Korean Centenarian Study e Sydney Centenarian Study. Já na Europa são muitos os países que têm investigações específicas sobre centenários e que fazem parte do ICC, nomeadamente a Dinamarca (Danish Centenarian Study), França (French Centenarian Study), Alemanha (Heidelberg Centenarian Study), Hungria (Hungarian Centenarian Study) e Portugal (Oporto Centenarian Study) (Iowa State University, 2018).

O PT100 – ESTUDO DE CENTENÁRIOS DO PORTO

Tendo a Área Metropolitana do Porto (AMP) como zona geográfica de abrangência, este foi o primeiro estudo nacional e de base populacional sobre centenários a ser realizado em Portugal. Assim, todos os centenários residentes nos 16 Municípios da AMP foram alvo de contacto, sendo que, para a sua identificação, foram mobilizadas várias técnicas, desde análise das listas de votantes, contacto direto com as Juntas de Freguesia, Instituições e Paróquias, mas também análise de notícias de jornais e televisão a anunciar aniversários de centenários. Todo este processo permitiu

identificar 186 habitantes com 100 e mais anos no período de dezembro de 2012 a dezembro de 2013, a residir na AMP. Estes potenciais participantes foram contactados e 140 foram efetivamente entrevistados. Os restantes 46 foram excluídos devido a morte, recusa em participar, problemas graves de saúde ou por falta de interesse (Ribeiro et al., 2017).

Por reunir uma equipa de investigadores de diferentes âmbitos científicos e profissionais (PT100, s.d.), também a sua operacionalização foi de cariz multidimensional e tem explorado especificamente várias áreas, como a saúde (e.g., Ribeiro, Teixeira, Araújo, & Paul, 2016), ansiedade (e.g., Ribeiro, Teixeira, Araújo, Afonso, & Pachana, 2015), fragilidade (e.g., Ribeiro, Duarte, Teixeira, & Paul, 2017), reminiscências (Ribeiro, Afonso, Serrano-Selva, Teixeira, & Araújo, 2017) e envelhecimento bem sucedido (e.g., Araújo, Ribeiro, Teixeira, & Paúl, 2015) dos centenários, bem como os seus filhos enquanto cuidadores (e.g., Brandão, Ribeiro, Oliveira, & Paul, 2017).

ENVELHECIMENTO POSITIVO NA LONGEVIDADE AVANÇADA

A investigação, o estudo e o ensino na área do envelhecimento têm sido marcados por um grande investimento e, conseqüente, desenvolvimento. Apesar de recente, a área da gerontologia tem já uma história conturbada, no sentido em que é marcada por diferentes fases e abordagens conceptuais, que se fizeram sentir empiricamente. Segundo a revisão de Blazer (2006), o início da gerontologia foi marcado por um enfoque no declínio natural e inevitável do processo de envelhecimento; seguido pela emergência da geriatria e o estudo das principais doenças relacionadas com o envelhecimento; e, numa terceira fase, pelo estabelecimento do envelhecimento normal. A quarta fase, definida por Holstein e Minkler (2003) como a “nova gerontologia”, corresponde à ênfase no potencial para uma velhice com saúde e envolvimento e no papel dos fatores genéticos, biomédicos, comportamentais e sociais para a promoção de um funcionamento positivo na fase avançada de vida (Blazer, 2006).

É neste movimento que surgiram os modelos de Envelhecimento Saudável e Ativo, da Organização Mundial de Saúde, que salientam o desenvolvimento e a manutenção da capacidade funcional, através da promoção de comportamentos saudáveis e da redução dos fatores de risco prejudiciais (WHO, 1994) e o processo de otimização de oportunidades de saúde, participação, segurança e educação, com vista à promoção de uma maior qualidade de vida à medida que as pessoas vão envelhecendo (Faber, 2015). Da América surge o modelo de Envelhecimento Bem-sucedido, conceito mais holístico, definido através da presença de baixa probabilidade de doença e incapacidade, elevada capacidade funcional física e cognitiva e envolvimento ativo com a vida (Rowe & Kahn, 1997).

Apesar da inegável e inigualável contribuição destes modelos de referência, tanto a nível de investigação como na definição de programas e políticas, a sua aplicabilidade e adequação à fase mais avançada de vida tem sido questionada.

Pesquisas sobre os muito idosos, aqueles com 75/80/85 e mais anos, dependendo dos autores (Paul, 2007), apontam para especificidades neste grupo etário, de maior fragilidade e vulnerabilidade, tal como Baltes e Smith (2003) haviam alertado quando apresentaram o conceito de 4ª idade. Os estudos de centenários em muito contribuíram para o conhecimento atual da fase mais avançada de vida e são unânimes em afirmar que aos 100 anos de vida a heterogeneidade entre pessoas é ainda maior (Hagberg, 2007) e que as concepções mais tradicionais de envelhecimento bem sucedido têm de ser revistas para este grupo (Gondo, 2012).

SAÚDE E PARTICIPAÇÃO AOS 100 E MAIS ANOS DE VIDA

Os resultados do PT100, e tal como tem sido apresentado por diversos estudos de centenários, demonstram que chegar aos 100 não significa não ter doenças e ser autónomo para todos. Considerando os 140 participantes do estudo do Porto, a média de diagnósticos foi de 4.7, sendo os mais frequentes, os problemas de visão, de audição, e incontinência urinária, a artrite, a hipertensão arterial e os problemas cardíacos. Ao nível da capacidade funcional em atividades básicas de vida diária, 45% apresentou dificuldade em 5 ou mais atividades, 12.1% em 3 a 4, 10.7% em 1 a 2, e 32.1% não apresentou dificuldades. No funcionamento cognitivo, com base dos resultados da *Global Dementia Scale*, verificou-se que 44.5% apresentava declínio cognitivo grave e muito grave, 30.3% funcionamento normal ou declínio cognitivo muito leve e os restantes estariam entre ambas as situações (Ribeiro & Araújo, 2017).

Já ao nível da participação, ao analisar as atividades numa amostra de 89 centenários do PT100, verificou-se que a percentagem de pessoas que participava em atividades produtivas (voluntariado) e educativas (assistir a aulas/sessões de informação) foi muito reduzida, de 0% e 5.7% respetivamente. Considerando as atividades sociais, 21.3% costumavam ir visitar alguém, e nas intelectuais, 10.3% costumava escrever e 22.5% ler. As atividades mais frequentes foram ouvir rádio (50%), ver televisão (71.3%) e rezar (89.9%), o que pode estar relacionado com o facto de serem atividades pouco exigentes ao nível físico, sensorial e de mobilidade.

SUCESSO AOS 100 E MAIS ANOS DE VIDA

De forma a perceber se o modelo tradicional de Rowe e Kahn (1997) se adequava à longevidade avançada, os seus critérios foram explorados numa amostra de 70 centenários, selecionados por terem capacidade para responder a questões de auto percepção. Os resultados demonstram que, mesmo neste grupo selecionado, 28.6% tem baixa probabilidade de doença e incapacidade, 20% elevado funcionamento físico e cognitivo e 18.6% envolvimento social. Curioso foi analisar a forma como as pessoas se avaliavam e sentiam em relação a estes critérios, sendo que 32.3% considerou ter boa saúde, 61.4% estar feliz e 40% ter boa capacidade física e cognitiva (Araújo,

Teixeira, Ribeiro, & Paul, 2017).

Outros estudos com base na mesma amostra, verificaram que os recursos psicológicos, nomeadamente a autoeficácia e o propósito de vida, estavam associados a percepções positivas do envelhecimento bem sucedido (Araújo, Ribeiro, Teixeira, & Paúl, 2015.). Tal como está evidente nos comentários recolhidos nas entrevistas, alguns deles muito positivos e valorativos, como os que se seguem:

“Nunca pensei chegar aos 100. Agora estão 100, vamos começar a contar de novo”

“O que importa é ter sede de viver, independentemente do que se pode ou não fazer”.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES

Falar de envelhecimento positivo implica pensar em diferentes trajetórias. No início da fase avançada de vida, nas pessoas idosas mais jovens, pode fazer sentido apelar à saúde, capacidade funcional e participação, mas nos muito idosos, os modelos conceptuais oriundos da psicologia e baseados na adaptação parecem ser mais adequados, nomeadamente teorias conceituadas como a Teoria da Seleção, Otimização e Compensação (Freund & Baltes, 1998), a Teoria da Seletividade Socio-Emocional (Carstensen, 1991) e a Teoria da Gerotranscendencia (Torstam, 2005). Enquanto investigadores e profissionais que ambicionamos trajetórias positivas de envelhecimento, cabe-nos investir nos modelos que se adequem melhor à nossa realidade e objetivos. O que, no caso do grupo etário aqui em análise, implica conhecer a percepção individuais, compreender e mobilizar recursos psicológicos associados à adaptação.

As implicações na gerontologia e na geriatria passam por complementar, e em alguns casos substituir, a ênfase na autonomia, independência e reabilitação, por questões como a identidade positiva, o controlo pessoal, o sentido de autoeficácia, a autoestima, as emoções positivas, o optimismo, o *coping*, as redes sociais e apoio social e a espiritualidade.

As tendências atuais já estão a seguir esse rumo, e muitos avanços têm ocorrido a este nível. Destaque para, num âmbito mais conceptual, o contributo da psicologia positiva no estudo do envelhecimento (Araújo, Ribeiro, & Paul, 2017) e da importância dos recursos psicológicos para a saúde e bem-estar (Peterson & Seligman, 2004), e, num âmbito mais interventivo, a Atenção Centrada da Pessoa (Martínez, 2013), a Humanidade (Simões, Rodrigues, & Salgueiro, 2011) e a Pessoaalidade (Kitwood, 1993) como metodologias práticas que reconhecem o valor da singularidade e das forças pessoais. Já foram dados passos importantes mas a caminhada ainda não acabou.

REFERÊNCIAS

- Araújo, L., Ribeiro, O., & Paul, C. (2017). Hedonic and Eudaimonic well-being in old age through Positive Psychology studies: a scoping review. *Anales de Psicologia, 33*, 568-577.
- Araújo, L., Ribeiro, O., Teixeira, L., & Paúl, C. (2015). Successful aging at 100 years: the relevance of subjectivity and psychological resources. *International Psychogeriatrics, 28*(2), 179-88.
- Araújo, L., Teixeira, L., Afonso, R., Paúl, C., & Ribeiro, O. (2016). Centenários Bem-Sucedidos. *Psicologia, Saúde & Doenças, 16* (supplement), 23.
- Araújo, L., Teixeira, L., Ribeiro, O., & Paul, C. (2017). Religious social engagement and valuation of life in portuguese centenarians. *Innovation in Aging, 1*(S1), 945.
- Baltes, P., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology, 49*(2), 123-35.
- Blazer, D. (2006). Successful aging. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 14*, 2–5.
- Brandão, D., Ribeiro, O., Oliveira, M., & Paul, C. (2017). Caring for a centenarian parent: An exploratory study on role strains and psychological distress. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. DOI: 10.1111/scs.12423
- Carstensen, L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging, 7*, 331-338.
- Casares, G. (2017). Francisco Núñez, el hombre más longevo del mundo, cumple 113 años “loquísimo y satisfecho de mi alma”. *El Mundo*. Obtido de: <http://www.elmundo.es/espana/2017/12/13/5a314886e5fdea69298b46f4.html>
- Faber, P. (2015). *Active ageing: A Policy Framework in Response to the Longevity Revolution*. Rio de Janeiro: International Longevity Centre Brazil.
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging, 13*, 531–543.
- Garcia, H., & Miralles, F. (2016). *Ikigai: the Japanese Secret to a Long and Happy Life*. London: Hutchinson.
- Gondo, Y. (2012). Longevity and successful ageing: implications from the oldest old and centenarians. *Asian Journal of Gerontology and Geriatrics, 7*, 39–43.
- GRG, Gerontology Research Group (2012). *Photos of Women Supercentenarians*. Disponível em: <http://www.grg.org/>.
- Hagberg, B. (2007). Developing models of longevity. In L. Poon & T. Perls (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Biopsychosocial Approaches to Longevity* (pp. 205-230). New York, NY: Springer.
- Holstein, M., & Minkler, M. (2003). Self, Society, and the “New Gerontology”. *Gerontologist, 43*, 787-796.
- Iowa State University (2018). *International Centenarian Consortium*. Obtido de: <https://research.hs.iastate.edu/international-centenarian-consortium/about-us/>

- Jeune, B., & Andersen-Ranberg (2000). What can we learn from centenarians? In P. Martin, C. Rott, B. Hagberg, & K. Morgan (Eds.), *Centenarians: Autonomy versus dependence in the oldest old* (pp. 9-19). New York, NY: Springer.
- Kitwood, T. (1993). Person and process in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8(7), 541-545.
- Martínez, T. (2013). La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos. *Actas de la Dependencia*, 8, 25-47.
- Miller, J. (2015). *Care in practice*. Paisley: Hodder Education.
- Nações Unidas (2009). *United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division, World Population Aging*. New York: Nações Unidas.
- Paúl, C. (2007). Old-Old People: Major Recent Findings and the European Contribution to the State of the Art. In: Rócio Fernández-Ballesteros (Eds.). *GeroPsychology: European Perspectives for an Aging World* (pp. 128-144). Germany: Hogrefe and Huber.
- PT100 (s.d.). *Equipa*. Obtido de: <http://pt100.pt/pt/equipa/>
- Rego, P. (2017). Selfie a los 112 años del hombre más viejo del mundo. *El mundo*. Obtido de: <http://www.elmundo.es/cronica/2017/08/23/599721de46163f19118b45a1.html>
- Reis, M. (2015). Envelhecimento: Portugal já tem mais de 4000 centenários. *Jornal i*. Obtido de: <https://ionline.sapo.pt/413736>
- Ribeiro, O., & Araújo, L. (2017). Cuidados à população centenária. In I. Lage (Coord.), *Cuidados e Envelhecimento* (pp. 249-274). Vialonga: Coisas de Ler.
- Ribeiro, O., Duarte, N., Teixeira, L., & Paul, C. (2017). Frailty and depression in centenarians. *International Psychogeriatrics*, 30(1), 1-10.
- Ribeiro, O., Afonso, R., Serrano-Selva, J., Teixeira, L., & Araújo, L. (2017). Reminiscence and well-being in centenarians. *Innovation in Aging*, 1(S1), 1294.
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Araújo, L., & Paul, C. (2016). Health Profile of Centenarians in Portugal: A census-based approach. *Population Health Metrics*, 14. DOI 10.1186/s12963-016-0083-3.
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Araújo, L., Afonso, R.M., & Pachana, N. (2015). Predictors of anxiety in centenarians: health, economic and social factors. *International Psychogeriatrics*, 27(7), 1167-76.
- Ribeiro, O., Araújo, L., Teixeira, L., Brandão, D., Duarte, N., & Paúl, C. (2017). PT100 - Oporto Centenarian Study. In N. Pachana (Ed.), *Encyclopedia of Geropsychology*. New York: Springer. DOI 10.1007/978-981-287-080-3_141-1
- Rowe, J.W., & Kahn, R.L. (1997). Successful ageing. *The Gerontologist*, 37, 433– 440.
- Sánchez, A. (2017). Muere la española Ana Vela, la persona más longeva de Europa, a los 116 años. *El País*. Obtido de: https://politica.elpais.com/politica/2017/12/15/actualidad/1513334714_035235.html
- Sánchez, A. (2016). Los 100 años ya no son una barrera. *El País*. Obtido de: https://politica.elpais.com/politica/2016/01/22/actualidad/1453461841_873727.html
- Simões, M., Rodrigues, M., & Salgueiro, N. (2011). Humanidade, Ligação Interpessoal de Relação e Cuidado. *Revista Portuguesa de Bioética*, 14, 213-225.

Tornstam, L. (2005). *Gerotranscendence: A developmental Theory of Positive Aging*. New York, NY: Springer.

Vitoria, A. (2015). Manoel de Oliveira morreu aos 106 anos. *Jornal de Notícias*. Obtido de: <https://www.jn.pt/artes/interior/manoel-de-oliveira-morreu-aos-106-anos-4490303.html>

WHO, World Health Organization (1994). *Health for all: Updated targets*. Copenhagen: WHO.

AVALIAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE EM PESSOAS COM ESCLEROSE MÚLTIPLA

Ana Maria Canzonieri

Psicóloga coordenadora do departamento de pesquisa

ABEM - Associação Brasileira de Esclerose Múltipla. São Paulo – São Paulo

Daniele Batista de Sousa

estagiário de psicologia. ABEM - Associação Brasileira de Esclerose Múltipla

São Paulo – São Paulo

Thais Mira Simandi

estagiário de psicologia

ABEM - Associação Brasileira de Esclerose Múltipla. São Paulo – São Paulo

Beatriz Maciel Sodre

Psicóloga. ABEM - Associação Brasileira de Esclerose Múltipla

São Paulo – São Paulo

Lucas Felipe Ribeiro dos Santos

Psicólogo. ABEM - Associação Brasileira de Esclerose Múltipla. São Paulo – São Paulo

Priscila da Silva Santos

Assistente Social. ABEM - Associação Brasileira de Esclerose Múltipla. São Paulo – São Paulo

RESUMO: A esclerose múltipla (EM) é uma doença crônica e progressiva que pode afetar a concepção do sentido da espiritualidade.

Objetivo: Avaliar pessoas com EM por meio da escala de espiritualidade; Validar a escala de espiritualidade. **Métodos:** Estudo transversal

realizado na ABEM, Instituição Social Civil, no Brasil, no período de 2015 a 2017, com 266 pessoas, ambos os sexos, com aplicação da Escala de Espiritualidade, portuguesa questionário com 5 perguntas e respostas em escala Likert com 4 classificações.

Resultados: Amostra predominantemente católica, com nível superior completo, com tipo de EM remitente recorrente, escala de avaliação do grau de incapacidade predominantemente até 4,5, idade entre 14 e 75 anos (M=42,0; DP=12,0). A respostas para as questões (1) As minhas crenças espirituais / religiosas dão sentido à minha vida; (2) A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis; (3) Vejo o futuro com esperança; e (5) Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida, foram predominantemente “concordo bastante”. Somente para a questão (4) Sinto que a minha vida mudou para melhor é que as respostas foram predominantemente, “concordo um pouco”. As pessoas avaliadas, em sua maioria em idade produtiva, ao se perceberem acometidas por uma doença crônica, por mais que tenham fé, não concordam que a vida teve uma mudança para melhor. **Conclusão:** Conclui-se que o instrumento de avaliação da espiritualidade é eficaz para avaliar aspectos da espiritualidade em pessoas com EM, suscitando a possibilidade de validação da escala de espiritualidade para o Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: espiritualidade, qualidade de vida, esclerose múltipla.

ABSTRACT: Multiple sclerosis (MS) is a chronic and progressive disease that can affect the conception of the sense of spirituality. **Objective:** To evaluate people with MS through the spirituality scale; Validate the scale of spirituality. **Methods:** A cross-sectional study conducted in the ABEM, Civil Social Institution, in Brazil, in the period from 2015 to 2017, with 266 people, both sexes, with application of the Spirituality Scale, Portuguese questionnaire with 5 questions and answers on a Likert scale with 4 classifications. **Results:** A predominantly catholic sample with a complete graduation, with recurrent relapsing MS type, a disability rating scale predominantly up to 4.5, age between 14 and 75 years ($M = 42.0$, $SD = 12.0$). The answers to the questions (1) My spiritual / religious beliefs give meaning to my life; (2) My faith and beliefs give me strength in difficult times; (3) I see the future with hope; and (5) I learned to give value to the small things of life, were predominantly “strongly agree”. Just to the point (4) I feel that my life has changed for the better is that the answers were predominantly, “I agree a little.” People who are evaluated, most of their productive age, when they perceive themselves to be affected by a chronic illness, however much they have faith, do not agree that life has changed for the better. Conclusion: It is concluded that the spirituality assessment tool is effective to evaluate aspects of spirituality in people with MS, raising the possibility of validation of the spirituality scale for Brazil.

Key words: spirituality, quality of life, multiple sclerosis.

1 | INTRODUÇÃO

A esclerose múltipla (EM) é uma doença degenerativa, inflamatória, autoimune, crônica e progressiva que devido as lesões desmielinizantes em diferentes áreas do Sistema Nervoso Central pode ocasionar déficits físicos e psíquicos que afetam diretamente a qualidade de vida das pessoas e, conseqüentemente, sua forma de conceber a espiritualidade (PEDRO et al, 2010; RUSSO, 2011).

O surgimento da doença ocorre mais comumente entre os 20 e 40 anos (O’CONNOR, 2002), sendo duas vezes mais comum em mulheres do que em homens e predominantemente em pessoas de origem caucasiana. De etiologia desconhecida, há algumas hipóteses que indicam interação entre fatores ambientais ainda não identificados e suscetibilidade genética. É uma das principais causas de incapacidade física em adultos jovens no Brasil (COMPSTON e COLES, 2002).

A EM pode se manifestar em quatro formas distintas, sendo elas: 1- remitente recorrente que tem como principal característica o surgimento de surtos com posterior remissão; 2- primária progressiva em que não há presença de surtos, porém o comprometimento é progressivo desde o início da doença; 3- secundária progressiva que caracteriza-se por início na forma recorrente remitente, mas que é seguido por comprometimentos progressivos; 4- progressivo-recorrente que apresenta surtos

de forma progressiva com nítido avanço das incapacitações (MOREIRA et al, 2000; LOPES et al, 2010; RUSSO, 2011; FIOROTTO e BARROSO, 2015).

Dentre os sintomas neurológicos da EM podemos destacar: distúrbios sensoriais, principalmente no que se referem à visão, disfunções sexuais, de vias urinárias e de deglutição, alteração de tônus e fraqueza muscular, dificuldades de locomoção, déficit de equilíbrio, parestesia, dormência e a fadiga (que é caracterizada por sensação de cansaço físico ou mental profundo, perda de energia ou mesmo sensação de exaustão, afetando 75 a 90% dos casos). Além disso, ocorrem alterações cognitivas como as das funções do sistema executivo: atenção, memória, concentração e velocidade de processamento (CALLEGARO et al, 2013; ALVES et al, 2014; KHAN et al, 2014).

A cura é desconhecida para a EM e os surtos trazem como consequência a exacerbação de sintomas e de disfunção neurológica de regiões já comprometidas ou surgem novas lesões que afetam diferentes áreas do Sistema Nervoso Central (MOREIRA et al, 2000).

As incertezas em relação ao prognóstico da doença levam a pessoa com EM a desenvolver uma preocupação com o futuro, principalmente as pessoas que estão em fase produtiva da vida, cujas preocupações estão voltadas para o trabalho, estudo, formação de família e com o surgimento da doença, muitos planos deverão ser modificados, levando a pessoa ao desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento da doença.

Por isso, a ABEM – Associação Brasileira de Esclerose Múltipla preocupada com a percepção dos pacientes sobre o sentido da vida, busca realizar este trabalho mediante a avaliação da espiritualidade por meio da Escala de avaliação da Espiritualidade portuguesa (PINTO e PAIS- RIBEIRO, 2007, PEDRO, 2010).

2 | OBJETIVO:

- Avaliar pessoas com esclerose múltipla quanto à espiritualidade, por meio da escala de avaliação da espiritualidade portuguesa (PINTO e PAIS – RIBEIRO, 2007).

- Validar a escala de espiritualidade portuguesa (PINTO e PAIS – RIBEIRO, 2007) para a população brasileira com esclerose múltipla.

3 | MÉTODOS

Estudo transversal realizado no setor de Acolhimento, momento de entrada do paciente, pela primeira vez na ABEM – Associação Brasileira de Esclerose Múltipla, Instituição Social Civil, em São Paulo, no Brasil, no período de 2015 a 2017, com uma amostra de 266 pessoas de ambos os sexos, diagnosticados com EM segundo os critérios de Mc Donald 2017 (THOMPSON et al, 2018), em que foi aplicada a Escala de Espiritualidade, portuguesa (PINTO e PAIS – RIBEIRO, 2007), questionário que

contém 5 perguntas sendo:

- (1) As minhas crenças espirituais / religiosas dão sentido à minha vida;
- (2) A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis;
- (3) Vejo o futuro com esperança;
- (4) Sinto que a minha vida mudou para melhor;
- (5) Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida.

E respostas em escala Likert com 4 classificações: “não concordo”; “concordo um pouco”; “concordo bastante”; “plenamente de acordo”.

Antes de ser utilizada a Escala de Espiritualidade, foi realizada na ABEM em 2015, uma transculturação em um projeto piloto, porém não foi necessária nenhuma alteração idiomática.

Foi utilizado o EDSS (escala de avaliação do grau de incapacidade entre 0,0 e 10,0), para avaliar a pontuação da incapacidade do paciente (KURTZKE, 1983)

4 | RESULTADOS

A amostra com idade entre os 14 e os 75 anos (M=42,0; DP=12,0), predominantemente de pessoas católicas, com nível superior completo, com tipo de EM remittente recorrente (EMRR), EDSS com pontuação até 4,5 e presença de fadiga para andar até 100m, para a maioria das pessoas.

As respostas para as questões (1) As minhas crenças espirituais / religiosas dão sentido à minha vida; (2) A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis; (3) Vejo o futuro com esperança; e (5) Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida foram predominantemente “concordo bastante”. Somente para a questão (4) Sinto que a minha vida mudou para melhor é que as respostas tenderam a ser “concordo um pouco”.

As pessoas avaliadas, em sua maioria em idade produtiva, ao se perceberem acometidas por uma doença crônica, por mais que, ainda tenham fé ou uma crença espiritual como suporte para enfrentamento de dificuldades na vida, não concordam que a vida teve uma mudança para melhor.

Estes dados possuem aspetos relevantes para as equipes de profissionais da saúde, para auxiliar o paciente quanto ao futuro e a promoção da qualidade de vida, pois apesar das respostas em 4 das questões terem sido “concordo bastante”, a única pergunta que teve a resposta “concordo pouco” tem um aspecto muito significativo que indica que o paciente está com uma percepção negativa do que lhe aconteceu, o adoecimento modificou a sua vida e ele apresenta dificuldade de aceitação o que pode atrapalhar o tratamento (PEDRO et al, 2010; ALVES et al, 2014).

Não significa que a doença deva representar um aspecto positivo na vida, mas ter uma percepção negativa sobre o adoecimento faz com que o paciente não consiga

desenvolver estratégias de enfrentamento da doença podendo levar a falha terapêutica ou recusa de tratamento adequado, por desistência da vida. (PEDRO et al, 2010; ALVES et al, 2014).

Não há relação estatística entre a concordância ou discordância em relação as questões e o EDSS.

Este resultado confere a informação de que o paciente com esclerose múltipla necessita de um acompanhamento psicológico para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e atitudes de desenvolvimento do sentido da vida, inclusive, a busca da espiritualidade como apoio para as estratégias de enfrentamento da doença e uma visão mais positiva do futuro.

5 | CONCLUSÃO

Conclui-se que a escala de avaliação da espiritualidade é eficaz para avaliar aspectos da espiritualidade em pessoas com esclerose múltipla, inclusive, suscitando a possibilidade de compreensão e ajuda dos profissionais da área da saúde para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento conjuntamente com o paciente.

Conclui-se também que é possível realizar um projeto de validação da escala de espiritualidade a partir dos dados coletados na ABEM.

REFERÊNCIAS

ALVES, B.C.A.; ANGELONI, R.V.; AZZALIS, L.A.; PEREIRA, E.C.; PERAZZO, F.F.; ROSA, P.C.P.; FEDER, D.; JUNQUEIRA, V.B.C.; FONSECA, F.L.A. **Esclerose múltipla: revisão dos principais tratamentos da doença**. Saúde Meio Ambiente, 3 (2): 19-34, 2014.

CALLEGARO, D.; GOLDBAUM, M.; MORAIS, L.; TILBERY, C P; MOREIRA, M. A.; GABBAI, A. A et al. **The prevalence of multiple sclerosis in the city of São Paulo, Brazil**. Acta Neurologica Scandinavica, 104(4): 208, 2013.

COMPSTON, A; COLES, A. **Multiple sclerosis**. Lancet, 359 (9313): 1221-1231, 2002.

FIOROTTO, S.M.; BARROSO, S.M. **Relato de Experiência em Acompanhamento Cognitivo com um Paciente com Esclerose Múltipla**. Psicol. cienc. prof. [online], 35 (3):740-753, 2015.

KHAN, F.; AMATYA, B.; GALEA, M. **Management of fatigue in persons with multiple sclerosis**. Front Neurol, 5, (2): 177, 2014.

KURTZKE JF. **Rating neurologic impairment in multiple sclerosis an expanded disability status scale (EDSS)**. Neurology, 33 (11): 1444-1444, 1983.

LOPES, K N; NOGUEIRA, L.A.C; NÓBREGA, F.R; FILHO, A.H; ALVARENGA, R.M.P. **Limitação funcional, fadiga e qualidade de vida na forma progressiva primária da esclerose múltipla**. Rev Neurocienc, 18(1): 13-7, 2010

MOREIRA, M.A.; FELIPE, E.; MENDES, F.M.; TILBERY, C.P. **Esclerose Múltipla: Estudo descritivo de suas formas clínicas em 302 casos**. Arq Neuropsiquiatr, 58(2-B): 460-466, 2000.

O'CONNOR, P. **Key issues in the diagnosis and treatment of multiple sclerosis.** Neurology, Canada. 59(6 suppl 3): 1-33; 2002.

PEDRO, L.; PAIS-RIBEIRO, J.; MENESES, R.; SILVA, I.; CARDOSO, H.; MENDONÇA, D.; VILHENA, E.; ABREU, M.; MARTINS, A.; MARTINS-DA-SILVA, A. **A importância da espiritualidade na percepção de saúde, doença e qualidade de vida em indivíduos com esclerose múltipla.** In I. Leal, J. Pais Ribeiro, M. Marques, e F. Pimenta (Eds.), Livro de Actas do 8º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Instituto Superior de Psicologia da Saúde. CD-ROM, Lisboa, 529-534, 2010.

PINTO, C.; PAIS-RIBEIRO, J.L. **Construção de Uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde.** Arquivos de Medicina, 21(2):47-53, 2007.

RUSSO L. Aspectos neurológicos da esclerose múltipla. In M. C. B. Giacomo (Coord.), Esclerose múltipla: O caminho do conhecimento entre pedras e flores. São Paulo: Atha; 16-33, 2011.

THOMPSON AJ, BANWELL BL, BARKHOF F, CARROLL WM, COETZEE T, COMI G, CORREALE J, FAZEKAS F, FILIPPI M, FREEDMAN MS, FUJIHARA K, GALETTA SL, HARTUNG HP, KAPPOS L, LUBLIN FD, MARRIE RA, MILLER AE, MILLER DH, MONTALBAN X, MOWRY EM, SORENSEN PS, TINTORÉ M, TRABOULSEE AL, TROJANO M, UITDEHAAG BMJ, VUKUSIC S, WAUBANT E, WEINSHENKER BG, REINGOLD SC, COHEN JA. **Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria.** 17: 162-173, 2018.

SOBRE A ORGANIZADORA

INEA GIOVANA SILVA-ARIOLI Professora de graduação, orientadora de estágios e projetos de extensão, com atuação em Psicologia Social Comunitária, Psicologia da Saúde, Economia Solidária, Mídia e Constituição de Subjetividade. Possui Mestrado em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (2012), Pós-graduação – título especialista – em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto (2000) e Graduação em Psicologia pela Universidade do Vale do Itajaí (1993). Integrou o Colegiado dos Articuladores Municipais de Saúde Mental da DIR XXIII (SP) e coordenou os Cursos de Psicologia da Universidade do Planalto Catarinense (2012 - 2014) e do Cescage (2016 - 2018). Participou do Projeto de formação e institucionalização da Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares da Universidade do Planalto Catarinense (ITCP UNIPLAC) e foi Vice-Líder do Grupo de Pesquisa em Educação e Desenvolvimento Territorial: Políticas e Práticas (GEDETER) até o ano de 2015. Integrante da União Latino-americana de Entidades da Psicologia – Ulapsi como Conselheira Titular do Brasil no Conselho Deliberativo (2015 – 2018) e Secretária Geral do Conselho Executivo (2018-2020).

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-170-1

