



3as Conferências Internacionais em Psicologia Clínica e da Saúde

SAÚDE MENTAL E SAÚDE GLOBAL: RESPOSTAS E COMPROMISSOS DA PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

FCS | Universidade da Beira Interior | 20 e 21 de maio

LIVRO DE ATAS



EDITORES

Henrique Pereira, Graça Esgalhado, Patricia Silva e Madalena Cruz

TÍTULO: TERCEIRAS CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS EM PSICOLOGIA
CLÍNICA E DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR – SAÚDE
MENTAL E SAÚDE GLOBAL: RESPOSTAS E COMPROMISSOS DA PSICOLOGIA
CLÍNICA E DA SAÚDE - ATAS

EDITORES: HENRIQUE PEREIRA / GRAÇA ESGALHADO / PATRICIA SILVA /
MADALENA CRUZ

FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS – FCSH / UBI
ESTRADA DO SINEIRO, S/N • 6200-209 COVILHÃ

3ª EDIÇÃO: MAIO DE 2024

EDITOR | UBI - UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR. SERVIÇOS GRÁFICOS

ISBN: 978-989-9239-07-4

**TERCEIRAS CONFERÊNCIAS
INTERNACIONAIS EM PSICOLOGIA
CLÍNICA E DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR**

“Saúde Mental e Saúde Global: Respostas e
Compromissos da Psicologia Clínica e da Saúde”

ATAS

Editado por:

Henrique Pereira, Graça Esgalhado, Patricia Silva & Madalena Cruz

Maio de 2024

Faculdade de Ciências da Saúde, UBI, Covilhã

Sítio do congresso: <https://ci-pcs.ubi.pt/> <https://3ci-pcs.ubi.pt/>

COMISSÃO CIENTÍFICA

Henrique Pereira – Universidade da Beira Interior
Ana Cunha – Universidade da Beira Interior
Ana Torres – Universidade da Beira Interior
Anabela Pereira – Universidade de Évora
Andreia Soares – Universidade da Beira Interior
Antonio Cabaco – Universidade Pontifícia de Salamanca
Carla Sofia Nascimento – Universidade da Beira Interior
Carlos Albuquerque – Instituto Politécnico de Viseu
Cláudia Silva – Universidade da Beira Interior
Diamantino Santos – Universidade da Beira Interior
Ema Oliveira – Universidade da Beira Interior
Fátima Simões – Universidade da Beira Interior
Filipa Pimenta – ISPA-Instituto Universitário
Graça Esgalhado – Universidade da Beira Interior
Inês Jongenelen – Universidade Lusófona
Isabel Leal – ISPA-Instituto Universitário
João Maroco – ISPA-Instituto Universitário
Jorge Cardoso – Instituto Universitário Egas Moniz
Jorge Costa – Universidade da Beira Interior
José Luís Pais Ribeiro – Universidade do Porto
Juan Pedro Serrano – Universidade de Castilha La Mancha
Ludovina Ramos – Universidade da Beira Interior
Luís Pires – Universidade da Beira Interior
Luísa Barros – Universidade de Lisboa
Manuel Loureiro – Universidade da Beira Interior
Margarida Gaspar de Matos – Universidade de Lisboa
Maria da Graça Pereira – Universidade do Minho
Marina Carvalho – Instituto Superior Manuel Teixeira Gomes
Marta Alves – Universidade da Beira Interior
Patrícia Pascoal – Universidade Lusófona
Paula Carvalho – Universidade da Beira Interior
Paulo Rodrigues – Universidade da Beira Interior
Paulo Vitória – Universidade da Beira Interior
Pedro Costa – Universidade do Porto
Rosa Marina Afonso – Universidade da Beira Interior
Rute Meneses – Universidade Fernando Pessoa
Samuel Monteiro – Universidade da Beira Interior
Sandra Carina Guimarães – Universidade da Beira Interior
Sara Monteiro – Universidade de Aveiro
Saúl Neves de Jesus – Universidade do Algarve
Sónia Costa – Instituto Politécnico de Coimbra
Vítor Costa – Universidade da Beira Interior

COORDENAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA

Henrique Pereira – Universidade da Beira Interior (coordenador)

ORGANIZAÇÃO

3º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde - Universidade da Beira Interior

COMISSÃO ORGANIZADORA

Graça Esgalhado (Coordenadora),

Antonio Oliveira

Fernanda Guedes

Joni Iedo

Liliana Pilha Madalena Cruz

Micaela Nogueira

Nazma khusha

Patrícia Silva

Pedro Rodrigues

Rafaela Ramalho

Rita Castelo

Vanda Gomes

APOIOS



OS NOSSOS CONTACTOS



conferenciaspcs.ubi@gmail.com



<https://3ci-pcs.ubi.pt/>



@ci.pcs.ubi



Estrada do Sineiro, 6200-209, Covilhã

Índice

PREÂMBULO.....	8
CAPÍTULO 1.....	9
Intervenção em Saúde através das Comunidades Compassivas	9
CAPÍTULO 2.....	20
Autoestima, Sintomas Psicopatológicos e Nomofobia em Estudantes Portugueses.....	20
CAPÍTULO 3.....	33
PHDA como fator de risco para o desenvolvimento de adição à internet	33
CAPÍTULO 4.....	37
A Influência de Variáveis Sociodemográficas no <i>Burnout</i> de Estudantes e Trabalhadores Portugueses	37
CAPÍTULO 5.....	46
Estigma e posvenção: familiares enlutados por suicídio.....	46
CAPÍTULO 6.....	54
Perceção da saúde em Portugal: diferenças entre géneros e estatutos socioeconómicos	54
CAPÍTULO 7.....	66
Análise do Perfil das Internações por Transtornos Mentais e Comportamentais no Brasil	66
CAPÍTULO 8.....	75
Conceptualização e Impacto do <i>Distress</i> em Doentes Oncológicos: Revisão Narrativa da Literatura	75
CAPÍTULO 9.....	82
Aspectos psicodinâmicos de pacientes hospitalizados após Síndrome Coronariana Aguda (SCA)	82
CAPÍTULO 10.....	91
Estilo de reação à frustração em mulheres: evidências clínicas preliminares	91
CAPÍTULO 11.....	101
Análise do Perfil dos Atendimentos de Cuidados Paliativos no Brasil.....	101
CAPÍTULO 12.....	108
Insegurança alimentar e transtornos mentais comuns em pessoas idosas	108
CAPÍTULO 13.....	118
Estresse psicológico, insegurança alimentar e variáveis associadas em pessoas idosas	118
CAPÍTULO 14.....	127
Comunicação triádica - Perceções e Opiniões de Pediatras	127
CAPÍTULO 15.....	136
Os benefícios da musicoterapia no processo de reabilitação cognitiva para crianças com autismo: uma revisão sistemática.....	136

CAPÍTULO 16.....	144
Importância das variáveis sociodemográficas e o <i>Workaholism</i>: uma amostra de adultos portugueses.....	144
CAPÍTULO 17.....	155
Violência doméstica em contexto angolano: Indicadores e modelos de intervenção.....	155
CAPÍTULO 18.....	162
Saúde e bem-estar do idoso institucionalizado	162
CAPÍTULO 19.....	171
Prevalência do Declínio Cognitivo em Idosos Institucionalizados em ERPI no CSSSJB	171
CAPÍTULO 20.....	178
Depressão, Solidão e Hábitos Tóxicos em Idosos Institucionalizados em ERPI no CSSSJB..	178
CAPÍTULO 21.....	186
A saúde mental também vai a votos: a psicologia nos programas eleitorais.....	186
CAPÍTULO 22.....	193
É necessário aumentar a literacia em TNC? I. Sim, por motivos comportamentais.....	193
CAPÍTULO 23.....	202
InterAções: Construção de um programa intergeracional.....	202
CAPÍTULO 24.....	212
Importância das variáveis sociodemográficas no comportamento inovador na área profissional em Portugal.....	212
CAPÍTULO 25.....	220
O eixo cérebro-intestino na perturbação do espectro do autismo: o uso de probióticos como terapêutica adjuvante – Revisão Literária.....	220
CAPÍTULO 26.....	230
Relação entre sintomatologia psicopatológica e impulso, autodano e ideação suicida em adolescentes e jovens adultos.....	230
CAPÍTULO 27.....	239
Impacto das Algas nas Doenças Cerebrais: estudos exploratórios	239
CAPÍTULO 28.....	249
Instituições Particulares de Solidariedade Social: novas aliadas do Serviço Nacional de Saúde	249
CAPÍTULO 29.....	255
Violência nas Relações de Intimidade em Estudantes Universitários(as): Revisão Narrativa da Literatura	255

PREÂMBULO

É com imensa satisfação que, no âmbito do 3º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde da UBI, o Departamento de Psicologia e Educação em colaboração com a Faculdade de Ciências Sociais e Humanas e Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior realiza as 3as Conferências Internacionais em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior, nos dias 20 e 21 de maio de 2024, nas instalações da Faculdade de Ciências da Saúde – na cidade da Covilhã/Serra da Estrela, Portugal.

“Saúde Mental e Saúde Global: Respostas e Compromissos da Psicologia Clínica e da Saúde” é o tema das conferências internacionais deste ano, em formato híbrido, o que diminuirá distâncias e aumentará a participação global. Nos últimos tempos, o mundo atual sofreu enormes desafios globais criados pelas crises, em relação aos quais a Psicologia Clínica e da Saúde assume um papel determinante na superação dos desafios que os tempos atuais cumprem a todos/as os /as cidadãos/cidadãs, e, conseqüentemente, aos profissionais que intervêm na promoção da saúde mental e do bem-estar individual, grupal e social. A Psicologia Clínica e da Saúde pode contribuir de forma relevante para melhorar e manter a Qualidade de Vida, adequando respostas ajustadas e integradas, inspiradas na investigação aplicada,

Neste terceiro evento organizado no âmbito do 3º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior, serão apresentados os conferencistas convidados/s de mérito e reconhecimento (inter)nacional. Para além das conferências, decorrem ainda sessões de apresentação de trabalhos, sob dois formatos: Simpósio de Comunicações Orais e Sessão de Posters.

Desejo que estas conferências contribuam para a construção conjunta de conhecimento na área da Psicologia Clínica e da Saúde, assim como de partilha de experiências coletivas que contribuam para superar os desafios do mundo de hoje.

Bem-vindos/as!

O Coordenador da Comissão Científica,

Prof. Doutor Henrique Pereira

CAPÍTULO 1

Intervenção em Saúde através das Comunidades Compassivas

Deolinda Leão¹ & Eduardo Carqueja^{1,2},

¹ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal

² Serviço de Psicologia do Centro Hospitalar Universitário de S. João, Portugal

Autor Correspondente: Deolinda Leão. E-mail: deoleon@hotmail.com

Resumo: As intervenções realizadas pelas comunidades compassivas têm tido cada vez mais visibilidade no âmbito dos cuidados paliativos. O movimento das comunidades compassivas é uma estratégia emergente na capacitação e na de rede suporte de cuidados na comunidade, cuja missão, para além do tratamento de sintomas, e através dos valores fundamentais da compaixão, inclui o bem-estar psicológico, espiritual e social. O objetivo do estudo foi obter um maior conhecimento sobre as comunidades compassivas em Portugal. Para tal, realizaram-se entrevistas semiestruturadas às responsáveis das comunidades pioneiras e recorreu-se à análise de conteúdo. Pudemos certificar que as principais atividades destas comunidades assentam na sensibilização, informação e formação, assim como encontros de partilha e ações de colaboração, promovendo a literacia em saúde em cuidados paliativos, abordando temáticas como a morte, o morrer, luto, perda, testamento vital, espiritualidade, compaixão, finitude, autocuidado. Apurou-se que a intervenção ainda é limitada e estigmatizada pela sociedade, verificando-se a necessidade de criar programas psico-socio-educativos. Como conclusões, argumentamos para uma necessidade de sensibilizar comunidades, profissionais de saúde e cuidadores para o cuidado assente na compaixão. Aumentando a participação ativa dos cidadãos no desenvolvimento dos cuidados paliativos nas suas comunidades contribui-se para a melhoria do bem-estar individual e social.

Palavras-chave: comunidades compassivas, cuidados paliativos, empoderamento comunitário, literacia em saúde.

Abstract: Interventions carried out by compassionate communities have become increasingly visible in the context of palliative care. The compassionate community's movement is an emerging strategy in capacity building and community care support network, whose mission, in addition to treating symptoms, and through the fundamental values of compassion, includes psychological, spiritual and social well-being. The aim of the study was to gain greater knowledge about compassionate communities in Portugal. To this end, semi-structured interviews were carried out with those responsible for pioneering communities and content analysis was used. We were able to certify that the main activities of these communities are based on awareness raising, information and training, as well as sharing meetings and collaborative actions, promoting health literacy in palliative care, addressing topics such as death, dying, mourning, loss, living will, spirituality, compassion, finitude, self-care. It was

found that the intervention is still limited and stigmatized by the society, demonstrating the need to create psycho-social-educational programs. As conclusions, we argue for the need to sensitize communities, health professionals and caregivers to care based on compassion. Increasing the active participation of citizens in the development of palliative care in their communities contributes to improving individual and social well-being.

Key-Words: compassionate communities, palliative care, community empowerment, health literacy.

Introdução

O senso de comunidade compassiva existe há muito tempo, ao longo da evolução histórica os seres humanos sempre viveram em comunidade, ajudando-se uns aos outros, mesmo em períodos de conflito.

Atualmente, temos uma sociedade cada vez mais envelhecida, mais dependente e mais isolada, em que as doenças crônicas prolongadas continuam a aumentar, desencadeando novas problemáticas. Verificando-se a necessidade de participação da comunidade em aspetos relacionados com a promoção da própria saúde (Librada-Flores, 2020). Em Portugal, estima-se que anualmente, entre 81.553 e 96.918 mil pessoas necessitam de cuidados paliativos, segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística de 2020.

O Plano Estratégico de Desenvolvimento de Cuidados Paliativos, relativo ao biénio 2019-2020 (CNCP, 2019), menciona a necessidade de promoção de cidadania através de práticas do tipo “cidades compassivas”, assim como a necessidade de fomentar o desenvolvimento de programas que promovam a formação e envolvimento da população em geral nos cuidados de fim de vida e no acompanhamento de pessoas em situação de dependência. Diminuindo a iliteracia e promovendo e empoderando na tomada de decisões e, por conseguinte, melhorando a qualidade de vida.

As comunidades compassivas em cuidados paliativos, como resposta à promoção de saúde em cuidados paliativos, têm cada vez mais um papel visível na sociedade civil, quer pelo incentivo ao desenvolvimento de comunidades de cuidado, quer pela humanização dos cuidados paliativos. A compaixão tem estado presente na comunidade científica ocidental, quer na investigação, quer na prática clínica (Pommier, 2010). Os estudos realizados têm evidenciado que quando as pessoas vivem em comunidades onde são apoiadas, a saúde de toda a população melhora (Gilbert, 2009), ou seja, as comunidades podem ter um efeito transformador (Abel, 2020).

As comunidades compassivas abordam uma definição holística de saúde que vai além do simples tratamento dos sintomas para incluir o bem-estar psicológico, espiritual e social. Enfatizando o fortalecimento social, as relações de ajuda mútua e a capacidade de os cidadãos participarem ativamente no desenvolvimento das suas comunidades, pela criação de conexões sociais e pelo cuidar uns dos outros (Allan Kellehear, 2013). Estas redes executam uma diversidade de serviços, que vão desde a gestão das necessidades diárias da vida, como fazer compras, cozinhar, limpar e jardinagem, até ao apoio emocional, espiritual, entre outros. Na Carta da Compaixão (Anexo 1), as comunidades compassivas podem abordar outras problemáticas para além da saúde, conforme as necessidades particulares de cada comunidade e por ela reconhecida como causadores de sofrimento (Abel, 2018).

As comunidades compassivas, surgiram com a Carta de Ottawa da Organização Mundial de Saúde (1986). Esta carta é impulsionadora do movimento das comunidades compassivas na atualidade, sendo uma ferramenta útil para a promoção da mudança social nos processos de desenvolvimento comunitário. Desde a década de 90, que a Organização tem defendido uma abordagem para a saúde pública em cuidados paliativos (Tompkins, 2018). Allan Kellehear, fundamentando-se nas estratégias desta carta, propôs que “os objetivos dos cuidados paliativos promotores de saúde são fornecer educação, informação e elaboração de políticas para a saúde, o morrer e a morte (Kellehear, 2005).

A consideração das comunidades compassivas como parte da abordagem de saúde pública para cuidados de fim de vida oferece a possibilidade de resolver a desigualdade na prestação de cuidados através do reforço das redes de apoio que ocorrem à volta do doente e da família em articulação com os serviços de cuidados paliativos. Para esse resultado, é necessário construir parcerias mais fortes com essas redes de apoio para transformar os cuidados de fim de vida em casa (Abel, 2013). Há também um maior investimento em ações de educação para a saúde comunitária dirigida para os cuidados paliativos, havendo mais incentivos para a formação de profissionais de saúde e capacitação de cuidadores e da comunidade.

O modelo de cuidados centrados na pessoa, desenvolvido por Allan Kellehear (2013), é mais humanizador, por ver o doente e a família como uma unidade de cuidados e ao considerar os aspetos biopsicossociais (Stewart, 2013). Este novo modelo enfoca a saúde pública, comunitária e a inovação social, onde os cuidados da doença avançada e final de vida são prestados de maneira complementar (Librada-Flores, 2020).

A pertinência da realização desta investigação foi reconhecida, dado não existir informação científica sobre as comunidades compassivas de cuidados paliativos em Portugal. Sendo uma temática recente, pretendeu-se dar voz às comunidades, obtendo um maior saber sobre as mesmas, apesar da existência de poucos dados.

Desta forma, o presente estudo teve como objetivo principal obter mais conhecimento sobre o desenvolvimento das comunidades compassivas em Portugal. Através da visão dos responsáveis das comunidades compassivas pioneiras, procurou-se conhecer o funcionamento, os principais desafios e as atividades. Sendo questões orientadoras: Como funciona uma comunidade compassiva?; Como envolver a comunidade na temática dos cuidados paliativos?; Como potenciar a capacitação comunitária nos cuidados paliativos domiciliários?.

Comunidades Compassivas de Cuidados Paliativos em Portugal

O Movimento Internacional das Comunidades Compassivas em Portugal¹, surgiu há poucos anos, a primeira comunidade, Borba Contigo – Cidade Compassiva, foi criada em 2019. No mesmo ano, Porto Compassivo – uma comunidade que cuida até ao fim de vida os primeiros passos e no ano seguinte, a Amadora Cidade Compassiva. Estas três comunidades foram pioneiras no país, surgindo até à data mais seis (Gaia Compassiva – Cidade da Compaixão, ComVida – São Miguel Comunidade Compassiva, Leiria Compassiva – ComPaixão pelos Seus, Oficina da Compaixão – Cascais, Sim à Vida – Coimbra Cidade Compassiva, Viver compaixão – Faro/

¹ www.portugalcompassivo.pt

Loulé/ S- Brás de Alportel) e na continuidade mais comunidades compassivas surgirão. Apresentaremos de forma resumida as pioneiras.

A Borba Contigo – Cidade Compassiva, é uma associação de solidariedade social sem fins lucrativos. Nasceu da necessidade de apoiar pessoas em fim de vida e suas famílias, ajudando-as a cuidar do familiar doente em casa até ao final e vida. A principal atividade passa por sensibilizar e consciencializar a sociedade, para além de transmitir a importância do envolvimento da comunidade no cuidar.

O Porto Compassivo – uma comunidade que cuida até ao fim, é um projeto promovido pela Compassio – associação para a construção de comunidades compassivas, e tem como objetivos principais sensibilizar e capacitar para uma cultura compassiva e para a normalização da morte e do luto e a construção de redes comunitárias de apoio para pessoas com doença e em situação de isolamento social.

A Amadora Cidade Compassiva, é uma comunidade que pretende criar uma sociedade mais humana, presente e amiga, desenvolvendo um programa de sensibilização social, informação e formação nas áreas de envelhecimento, da doença em fase avançada, do final de vida e do processo de morte. A promoção da ética do cuidar através da compaixão é um grande objetivo destas comunidades, sendo uma das estratégias para cuidados paliativos mais próximos e abrangentes.

Métodos

A metodologia qualitativa foi a aplicada de carácter descritivo. O método de recolha de dados foi as entrevistas semiestruturadas e procedeu-se à análise de dados através da análise de conteúdo que permitiu descrever e interpretar os dados recolhidos.

A elaboração de um questionário prévio no momento da entrevista contribui para a delimitação do problema estudado e a informação recolhida permitiu identificar factos representativos para a investigação. Desta forma, através da elaboração de um guião adequado procurou-se responder às questões da investigação: Como funciona uma comunidade compassiva?; Como potenciar a capacitação comunitária nos cuidados paliativos domiciliários?; Como integrar uma rede colaborativa de cuidados de proximidade nas equipas de cuidados formais?; Como envolver a comunidade na temática dos cuidados paliativos?.

A presente investigação tem uma amostra de 3 entrevistas às responsáveis das Comunidades Compassivas de Cuidados Paliativos pioneiras em Portugal. As entrevistadas são do sexo feminino, cujas profissões são: médica de medicina geral, médica com competência paliativa e arquiteta com formação em espiritualidade, medicina narrativa e comunidades compassivas.

Para a realização da investigação foram reunidas as condições que garantiram a privacidade dos participantes e todos os princípios éticos de consentimento informado, informação voluntária e confidencialidade foram salvaguardados.

Para realizarmos as entrevistas semiestruturadas procedeu-se previamente à elaboração de um guião de 20 perguntas que estavam alinhadas com as questões da investigação. Com as entrevistas semiestruturadas pretendeu-se dar voz aos entrevistados com flexibilidade apesar dos objetivos definidos. Para realizarmos a investigação, contactamos previamente as

comunidades compassivas para apresentação e solicitação de autorização e consentimento informado para a realização das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas entre junho e julho de 2022, após agendamento prévio com os participantes. As entrevistas tiveram uma média de 40 a 60 minutos, e de forma a facilitar a recuperação integral dos dados recolhidos, procedeu-se ao registo áudio das mesmas, mediante autorização prévia dos entrevistados. Seguidamente, procedeu-se à transcrição integral das entrevistas permitindo a análise de dados qualitativos, seguida de análise de conteúdo. Para a interpretação dos conteúdos, num primeiro momento, pretendeu-se classificar trechos, classificando, agregando e categorizando. Interpretando os conteúdos das mensagens transmitidas, analisando os significados e os significantes.

A análise estatística considerou a natureza dos dados na análise de conteúdo, tendo efetuado a análise com recurso à estatística descritiva, dando a conhecer o discurso dos inquiridos em diferentes categorias e subcategorias de resposta.

As entrevistas aumentaram o conhecimento real do desenvolvimento dos projetos e desafios da coordenação de comunidades compassivas em cuidados paliativos no território nacional, validando as questões que surgiram, da qual apresentamos os resultados.

Resultados

Após a recolha de discursos acerca do conhecimento e das experiências das comunidades compassivas junto das coordenadoras, procedeu-se à categorização das respostas, resultando as categorias da análise do seu conteúdo em comunidades compassivas e em suporte social (Leão, 2022). Indicaremos neste artigo, as subcategorias em relevância da categoria comunidades compassivas.

Quando questionamos a definição de comunidades compassivas de cuidados paliativos, as entrevistadas responderam:

são comunidades que são capazes de estar com o outro em todos os momentos e em todas as fases, nas fases mais desafiantes da vida. No fundo é preciso que a comunidade esteja presente quando é a doença crónica, complexa, quando há o luto, quando há as perdas. No fundo é essa ideia de pensar que nestas fases desafiantes da vida não basta só a parte social, a parte da saúde, é necessário que haja um envolvimento da comunidade (Entrevistada 1)

é uma comunidade que se envolve no cuidado dos que estão mais fragilizados relativamente a questões de doença avançada e de fim de vida (Entrevistada 2)

é onde as pessoas estão umas pelas outras, pendentas da rede de vizinhança, preocupando-se pelo bem-estar de todos. A compaixão motiva as suas ações (Entrevistada 3)

Para a criação de uma comunidade compassiva é preciso, sobretudo, “*vontade, juntar pessoas, um grupo de pessoas entusiasmado com este tema e que se forme e capacite para esta temática*” (Entrevistada 2).

De acordo com as entrevistadas, os principais objetivos das comunidades passam por *“desenvolver programa de sensibilização social, informação e formação, melhorar a literacia em saúde, envolver os cidadãos no apoio às pessoas doentes e suas famílias na fase avançada da doença (...) envolver as forças vivas da cidade e todos os agentes significativos”* (Entrevistada 1) e por *“criar redes efetivas, redes colaborativas de cuidado compassivo à volta de pessoas em fim de vida e tentar que a comunidade se envolva”* (Entrevistada 2).

As atividades principais que desenvolvem passam pela sensibilização, divulgação e literacia online ou presencial, por encontros temáticos, pela divulgação, com temáticas diversas, *“sobre o cuidar, sobre a compaixão, o testamento vital, o luto, as perdas, e falamos muito sobre finitude e de morte..., o cuidar da pessoa, demência, o autocuidado, sobre literacia em farmacologia, temos feito coisas de forma abrangente, sobre meditação”*. (Entrevistada 1), *“workshops de sensibilização, de capacitação, encontros de partilha para pessoas doentes e para pessoas em luto, e as redes colaborativas de cuidado”* (Entrevistada 2), *“estamos presentes no mercado municipal para sensibilizar, distribuir informação”* (Entrevistada 3).

Ao nível da literacia em saúde, partilharam que há muito a desenvolver:

há ainda muita ignorância sobre o que é que são os cuidados paliativos, pensam muitas vezes que são cuidados em fim de vida... existe “um grande tabu em relação a isso e ideias erradas, que é só ligada à morte e não é, principalmente dos outros profissionais de saúde e não dos profissionais de cuidados paliativos”. (Entrevistada 2)

São várias as dificuldades sentidas, sobretudo porque a sociedade não está *“sensibilizada para este cuidar, para a presença na dor, para a presença no luto. As pessoas não sabem o que são os paliativos, o que é o testamento vital. Há este desconhecimento”* (Entrevistada 2). Há muita desinformação *“sobre o que é que são os cuidados paliativos, pensam muitas vezes que são cuidados em fim de vida, quando as pessoas estão a morrer, quando já não há nada a fazer”* Por outro lado, *“vive-se uma sociedade muito hedonista... temos que estar sempre felizes, sempre bem... e tudo o que é dor tem vindo a ser esquecido, ..., estar presente com alguém que está em sofrimento às vezes dá grande desconforto”* (Entrevistada 1). É um obstáculo abordar estas temáticas, *“é um tabu, o sofrimento é um tabu, o luto é um tabu e falar sobre essas coisas parece que é mórbido, parece que é um disparate, enquanto que é libertador, as coisas acontecem e não são faladas e a parte má só engrandece”* (Entrevistada 2). Outra dificuldade que sentem prende-se em chegar a quem precisa de ajuda, *“há pouco conhecimento dos profissionais de saúde sobre as comunidades compassivas”*, e consequentemente poucos encaminhamentos (Entrevistada 2).

Em Portugal, o impacto das comunidades compassivas na qualidade de vida dos doentes e famílias ainda não foi analisado. No entanto, são várias as investigações em outros países que *“conseguiram validar o impacto e perceber a diminuição do recurso às urgências e dos internamentos desnecessários”* (Entrevistada 1). No nosso país, *“os projetos ainda são muito recentes, ainda não temos dados”* (Entrevistada 2).

Quanto às comunidades compassivas serem o futuro da saúde e uma estratégia de saúde pública, pensam que são mais uma solução, *“não são uma estratégia, são um movimento da comunidade, não são da saúde pública, independente. E não é uma solução para todos os problemas”* (Entrevistada 2). São *“parceiros de saúde”* (Entrevistada 3), sendo uma das soluções inovadoras.

Discussão

As entrevistas realizadas trouxeram vários *inputs* sobre o desenvolvimento das comunidades compassivas de cuidados paliativos em Portugal. Nomeadamente, uma nova visão vinculada à saúde pública de que os modelos de cuidados paliativos podem ter uma base comunitária.

Apurou-se que o trabalho destas comunidades é limitado e estigmatizado pela sociedade atendendo aos temas abordados. Todavia, na continuidade de desenvolvimento das principais atividades, sensibilização, informação e formação, encontros de partilha e ações de colaboração verifica-se um aumento da participação da comunidade nas atividades. Existe a necessidade de criar programas psico-socio-educativos de apoio, de capacitação e de acompanhamento, para além de criar redes colaborativas de cuidado. Num projeto realizado por Tompkins (2018), verificou-se que a promoção da saúde na população foi fundamental para apoiar doentes e cuidadores por meio da construção da resiliência da comunidade e da mudança social.

Novos modelos de prática nos cuidados paliativos necessitam de ser identificados, debatidos e testados para que exista um trabalho congruente e alinhado entre todos os que dão respostas nas comunidades locais. Walshe (2016), demonstrou que o apoio compassivo no fim de vida não deve ser uma resposta exclusiva dos profissionais de saúde e serviços sociais. Para evitar a solidão e o isolamento social tenham um impacto negativo na saúde e na qualidade de vida, as redes de cuidados são fundamentais no apoio às famílias (McLoughlin, 2015).

A avaliação do impacto destes projetos nas comunidades é de extrema importância, havendo ainda pouca investigação nesta área (Roleston, 2023). Poucos são os estudos que avaliam os modelos de desenvolvimento e a intervenção, não sendo visíveis resultados sobre a intervenção do cuidado na doença avançada e no fim de vida. Yosick (2019), apresentou um estudo retrospectivo em que as famílias que receberam cuidados paliativos comunitários demonstraram uma redução significativa de 20% nos custos médios totais e redução dos internamentos. Os estudos realizados mostraram satisfação nos cuidados recebidos (Pesut, 2017) e um impacto positivo nas comunidades (D'Eer, 2022). Librada-Flores (2020), menciona que a satisfação é influenciada por expectativas, tempo de avaliação e memórias. Num estudo realizado por Howard (2022), os participantes autoavaliaram a sua qualidade de vida e concluiu-se que existem impactos e melhorias positivas consideráveis na saúde mental, na capacidade de realizar atividades diárias, no apoio ao bem-estar e que o número de contactos sociais aumentam.

É necessário realizar mais investigação sobre as comunidades compassivas, dando voz aos beneficiários das atividades e apoios, para que seja efetuada uma avaliação da qualidade de vida e do bem-estar ao longo do acompanhamento. Em Portugal, ainda são poucos os dados e artigos científicos sobre as comunidades compassivas e sobre a avaliação do impacto dos projetos nas comunidades.

O cuidado assente na compaixão é uma urgência na capacitação para os cuidados paliativos, os cidadãos têm o poder de participarem ativamente no desenvolvimento destes cuidados dentro das suas comunidades. É visível o impacto na melhoria nos resultados de saúde. Sendo uma estratégia fundamental para um futuro melhor na garantia de cuidados holísticos em que todos beneficiam, proporcionando o bem-estar individual e social.

Agradecimentos

Um agradecimento especial à colaboração das responsáveis das Comunidades Compassivas na realização das entrevistas.

Anexos

Anexo 1

A Carta da Compaixão em Fim de Vida

© ALLAN KELLEHEAR

As pessoas que vivem com doenças que ameaçam a vida ou que a limitam, os seus cuidadores e as pessoas em luto são grupos sociais com características particulares, forçados a experienciar estilos de vida que estão, frequentemente, ocultos da maioria dos indivíduos e marginalizados da sociedade como um todo. Fora dos serviços de saúde que lidam especificamente com os seus problemas imediatos, essas populações sofrem de uma série de outros problemas que, sendo independentes, estão intrinsecamente relacionadas com as suas condições de saúde ou circunstâncias sociais - solidão, isolamento, perda de emprego, estigma, depressão, ansiedade e medo, ou até mesmo suicídio. Essas populações também sofrem de uma série de outros problemas de saúde debilitantes, muitas vezes causados por problemas sociais e psicológicos - insónias, arritmias cardíacas, fadiga crónica e dores de cabeça, hipertensão e distúrbios gastrointestinais.

Anexo 1

A Cidade Compaixão - Carta das Ações

Cidades Compassivas são comunidades que reconhecem publicamente essas populações, e as suas necessidades e problemas, e procuram reunir todos os principais sectores de uma comunidade para ajudar a apoiá-los e reduzir os impactos negativos - social, psicológico e médico - de doenças graves, cuidados e luto. Uma cidade compassiva é uma comunidade que reconhece que cuidar uns dos outros em momentos de crise de saúde e perda pessoal não é simplesmente uma tarefa exclusivamente para serviços sociais e de saúde, mas é responsabilidade de todos.

Cidades Compassivas são comunidades que encorajam, facilitam, apoiam e celebram publicamente o cuidado mútuo durante os momentos e experiências mais desafiantes da vida, especialmente aquelas referentes a doenças ameaçadoras e limitantes da vida, incapacidade crónica, envelhecimento frágil e demência, luto e fardo do cuidado de longo prazo. Embora o governo local se esforce para manter e fortalecer serviços de qualidade para os mais frágeis e vulneráveis ente nós, essas pessoas não são os limites da nossa experiência de fragilidade e vulnerabilidade. Crises pessoais graves de doença, o processo de morrer, a morte e a perda podem visitar-nos a qualquer momento, durante o curso normal das nossas vidas. Uma cidade compassiva é uma comunidade que reconhece e trata diretamente desse facto social.

Com o apoio da Câmara, uma cidade compassiva irá - através de marketing público e publicidade, fazendo uso da rede de cidades e influências, através de colaboração e cooperação,

em parceria com os órgãos de comunicação social e os seus próprios escritórios - desenvolver e apoiar as seguintes 13 mudanças sociais nas principais instituições e atividades da cidade.

As nossas escolas farão revisões anuais das suas políticas ou orientações sobre o morrer, a morte, a perda e o cuidar.

Os nossos locais de trabalho farão revisões anuais às políticas ou documentos de orientação sobre o morrer, a morte, a perda e o cuidar.

Os nossos sindicatos farão revisões anuais às políticas ou documentos de orientação sobre o morrer, a morte, a perda e o cuidar.

As nossas igrejas terão pelo menos um grupo dedicado a apoiar os cuidados em fim de vida.

Os lares das nossas cidades terão um programa de desenvolvimento comunitário, envolvendo os cidadãos de cada área em programas e atividades de cuidado em fim de vida.

Os principais museus e galerias de arte realizarão exposições anuais sobre experiências do envelhecer, morrer, morte, perda e cuidar.

A nossa cidade será a anfitriã de um desfile alusivo às principais causas de perdas humanas (excluídas as guerras) – cancro, doença do neurónio motor, SIDA, abortamento espontâneo, sobreviventes de suicídio, perda de animais de companhia, viuvez, acidentes industriais e de viação, perda de trabalhadores de emergência e todo o pessoal dos cuidados em fim de vida, etc.

A nossa cidade irá criar um esquema de incentivos para celebrar e destacar a organização compassiva, evento e indivíduo/s mais criativo/s. O esquema terá a forma de um prémio anual, administrado por um comité constituído a partir do sector de cuidados em fim de vida. Um "Prémio da autarquia" reconhecerá o indivíduo/s que mais testemunhou os valores do cuidado compassivo.

A nossa cidade irá publicitar, na imprensa e social media, as nossas políticas governamentais locais, serviços, oportunidades de financiamento, parcerias e eventos públicos relativos às "nossas preocupações compassivas" com o viver, com o envelhecer, com doenças ameaçadoras e limitantes de vida, com a perda e o luto e com o cuidar a longo prazo. Todos os serviços relacionados com os cuidados em fim de vida dentro dos limites da cidade serão encorajados a distribuir este material ou web links, incluindo veterinários e agências funerárias.

A nossa cidade trabalhará com a imprensa e *social media* a fim de encorajar uma competição anual de arte ou de contos, alargada a toda a cidade, que ajude a aumentar a consciencialização sobre o envelhecer, o morrer, a morte, a perda e o cuidar.

Todas as nossas políticas e serviços compassivos demonstrarão uma compreensão do como a diversidade molda a experiência do envelhecer, do morrer, da morte, da perda e do cuidar – através de identidade étnica, religiosa, de género e sexual e através de experiências sociais de pobreza, desigualdade e marginalização.

Procuraremos encorajar as instituições prisionais e para os sem-abrigo a desenvolver planos de apoio para o fim de vida e luto.

A nossa cidade irá estabelecer e rever estas metas e objetivos nos primeiros dois anos, após o que adicionará, anualmente, mais um sector aos nossos planos de ação para uma cidade compassiva – i.e. hospitais, escolas, instituições de caridade, organizações comunitárias e de voluntariado, polícia e serviços de emergência, etc...

Esta carta representa um compromisso da cidade, de abraçar uma visão da saúde e bem-estar que apela à empatia da comunidade, apoiando diretamente os seus habitantes na abordagem dos impactos negativos para a saúde da desigualdade social e marginalização atribuíveis ao morrer, à morte e à perda.

Uma cidade não é meramente um lugar para trabalhar e aceder a serviços. É, igualmente, um lugar para desfrutar de apoio, em segurança e proteção, na companhia uns dos outros, nas escolas, locais de trabalho, locais de culto e diversão, em fóruns culturais e redes sociais, dentro da sua zona de influência, mesmo no final dos nossos dias.

Revisto e aprovado em dezembro de 2020,
© COMPASSIONATE COMMUNITIES UK

Referências Bibliográficas

- Abel, J. (2018). Compassionate communities and end-of-life care. *Clinical Medicine Journal*, 18(1), 6-8. doi: 10.7861/clinmedicine.18-1-6.
- Abel, J., Walter, T., Carey, L. B., Rosenberg, J., Noonan, K., Horsfall, D., ... & Morris, D. (2013). Circles of care: should community development redefine the practice of palliative care?. *BMJ supportive & palliative care*, 3(4), 383-388.
- Charter for Compassion (2009). *The Charter for Compassion*, http://charterforcompassion.org/images/menus/charter/pdfs/CharterFlyer10-30-2012_0.pdf.
- CNCP (2019). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (2019-2020). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/3721-2019-121939043>
- CNCP (2021). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (2021-2022). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp2021-2022.pdf>.
- D'Eer, L., Quintiens, B., Van den Block, L., et al. (2022) *Civic engagement in serious illness, death, and loss: A systematic mixed-methods review. Palliative Medicine*, 36, 625-51.
- Howard, M., Pfaff, K., Sattler, D., Dolovich, L., Marshall, D., Zwarenstein, M., & Upshur, R. (2022). Achieving holistic, quality-of-life focused care: description of a Compassion Care Community initiative in Canada. *Health Promotion International*, 37(3), daac067. doi: 10.1093/heapro/daac067. PMID: 35788299; PMCID: PMC9255928.
- Kellehear A. (2005). *Compassionate cities: public health and end-of-life care*. Routledge.
- Kellehear, A. (2013). Compassionate communities: end-of-life care as everyone's responsibility. *QJM: An International Journal of Medicine*, 106(12), 1071-1075.
- Leão, D. (2022) Comunidades Compassivas – capacitação comunitária em Cuidados Paliativos. (Tese de Mestrado) Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Librada-Flores, S., Nabal-Vicuña, M., Forero-Vega, D., Muñoz-Mayorga, I., & Guerra-Martín, M. D. (2020). Implementation models of compassionate communities and compassionate cities at the end of life: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 17(17), 6271. doi: 10.3390/ijerph17176271. PMID: 32872244; PMCID: PMC7504622.

- McLoughlin, K., Rhatigan, J., McGilloway, S., Kellehear, A., Lucey, M., Twomey, F., ... & Bailey, C. (2015). INSPIRE (INvestigating Social and PractIcal suppoRts at the End of life): Pilot randomised trial of a community social and practical support intervention for adults with life-limiting illness. *BMC Palliative Care*, *14*(1), 1-10. 10.1186/s12904-015-0060-9.
- Organização Mundial de Saúde. (1986). *A Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Organização Mundial de Saúde. WHO. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
- Pesut, B., Duggleby, W., Warner, G., Fassbender, K., Antifeau, E., Hooper, B., ... & Sullivan, K. (2017). Volunteer navigation partnerships: Piloting a compassionate community approach to early palliative care. *BMC Palliative Care*, *17*(1), 1-11. <https://bmc-palliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-017-0210-3>.
- Roleston, C., Shaw, R., West, K. (2023). Compassionate communities interventions: a scoping review. *Annals of Palliative Medicine*, *12* (5):936-951. doi:10.21037/apm-22-867.
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. (2013). *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. Radcliffe Medical Press.
- Tompkins, B. (2018). Compassionate communities in Canada: it is everyone's responsibility. *Annals of Palliative Medicine*, *7* (2), S118-S129. 10.21037/apm.2018.03.16. PMID: 29764178.
- Walshe, C., Dodd, S., Hill, M., Ockenden, N., Payne, S., Preston, N., & Perez Algorta, G. (2016). How effective are volunteers at supporting people in their last year of life? A pragmatic randomised wait-list trial in palliative care (ELSA). *BMC medicine*, *14*(1), 1-12.
- Yosick, L., Crook, R. E., Gatto, M., Maxwell, T. L., Duncan, I., Ahmed, T., & Mackenzie, A. (2019). Effects of a population health community-based palliative care program on cost and utilization. *Journal of Palliative Medicine*, *22*(9), 1075-1081. Erratum in: *Journal of Palliative Medicine*. 2021 Feb;24(2):313. (PubMed)

CAPÍTULO 2

Autoestima, Sintomas Psicopatológicos e Nomofobia em Estudantes Portugueses

Marta Lucas, Graça Esgalhado

Universidade da Beira Interior, Portugal

Autor Correspondente: Marta Lucas. E-mail: marta.lucas@ubi.pt

Resumo: A crescente utilização dos telemóveis surge associada à nomofobia, fobia comportamental e situacional relacionada com o receio de ficar incontactável. Pretende-se avaliar o impacto da Autoestima e dos Sintomas Psicopatológicos na Nomofobia, comparar estas variáveis em função do género e escolaridade, correlacionar a Autoestima, Sintomas Psicopatológicos e Nomofobia e determinar o poder preditivo da Autoestima e Sintomas Psicopatológicos na Nomofobia. Método: Participaram 369 indivíduos entre os 18 e os 26 anos de idade (M=21.12; DP=1.64), 25.2% homens, 74.3 % mulheres e 0.5 % não-binários que responderam ao Questionário Sociodemográfico, ao Questionário de Nomofobia, à Escala de Autoestima de Rosenberg e ao Inventário de Sintomas Psicopatológicos. Resultados: A amostra apresentou níveis elevados de sintomatologias ansiógena, depressiva e somatização, e níveis moderados de autoestima e de nomofobia. As pontuações mais elevadas foram obtidas pelas mulheres e pelas pessoas com ensino secundário. Observaram-se relações significativas e positivas entre nomofobia e sintomas psicopatológicos, e negativas entre autoestima, nomofobia e sintomatologia ansiógena e depressiva. Conclusões: Estudantes com mais autoestima e menor sintomatologia psicopatológica evidenciam menores níveis de nomofobia

Palavras-chave: Nomofobia; Autoestima; Sintomas Psicopatológicos

Abstract: The increasing use of mobile phones is associated with nomophobia, a behavioral and situational phobia related to being uncontactable. The aim is to evaluate the impact of Self-Esteem and Psychopathological Symptoms on Nomophobia, compare these variables according to gender and education, correlate Self-Esteem, Psychopathological Symptoms and Nomophobia and determine the predictive power of Self-Esteem and Psychopathological Symptoms on Nomophobia. Method: 369 individuals between 18 and 26 years of age participated (M=21.12; SD=1.64), 25.2% men, 74.3% women and 0.5% non-binary who responded to the Sociodemographic Questionnaire, the Nomophobia Questionnaire, the Rosenberg Self-Esteem Scale and the Psychopathological Symptoms Inventory. Results: The sample presented high levels of symptoms of anxiety, depression and somatization, and moderate levels of self-esteem and nomophobia. The highest levels were obtained by women and people with secondary education. Significant and positive relationships were observed between nomophobia and psychopathological symptoms, and negative relationships between self-esteem, nomophobia and anxiety and depressive symptoms. Conclusions: Students with more self-esteem and less psychopathological symptoms show lower levels of nomophobia

Key-Words: Nomophobia; Self-esteem; Psychopathological Symptoms

Introdução

Nomofobia

O termo nomofobia define o medo irracional de sair de casa sem telemóvel, sendo uma abreviatura da expressão “*no-mobile-phone-phobia*”, e é ainda caracterizada como ansiedade de separação do *smartphone* (Guimarães et al., 2022). Para Miranda e Pacheco (2020), a nomofobia é um conjunto de comportamentos ou sintomas que se relacionam com o uso do telemóvel. Segundo Bragazzi e Del Puente (2014) é um trauma de ansiedade que se pode refletir em diferentes tipos de comportamentos como, obsessão por ter um ou mais dispositivos adicionais, levar sempre um carregador, sentir ansiedade ou nervosismo perante a possibilidade de perder ou não poder utilizar o *smartphone*, verificar se tem notificações de forma constante, dormir junto ao telemóvel e comunicar através das novas tecnologias em detrimento das conversas face a face.

Autoestima e Nomofobia

A autoestima, uma necessidade psicológica básica e um componente de relevância para a saúde mental dos seres humanos, é descrita como um sentimento emocional ou uma avaliação de crenças que podem ser ou não estáveis, acerca de atributos de si mesmo (Nasab et al., 2021). Resultados de diferentes pesquisas, evidenciam que a autoestima é uma das variáveis preditoras da nomofobia, já que existe uma relação negativa e significativa entre as duas variáveis (King et al., 2014). Indivíduos com baixa autoestima privilegiam a comunicação indireta e sentem-se mais protegidos em ambientes virtuais, passam mais tempo *online* e, assumem identidades e personalidades diferentes das suas quando da utilização de plataformas de encontros, redes sociais e jogos. Também, têm mais tendência a comparar-se com outras pessoas *online*, do que o fazem pessoas com alta autoestima. Contudo, a utilização excessiva desta forma de comunicação, pode conduzir à nomofobia (Argumosa-Villar et al., 2017).

Sintomas Psicopatológicos e Nomofobia

A perturbação depressiva *major* e as perturbações ansiosas, foram nos últimos anos, as maiores causadoras de incapacidade, ocupando a segunda e a sétima posições entre todas as doenças, e a primeira e a segunda posições entre as doenças psiquiátricas (Vos et al., 2012).

A ansiedade de separação, fobia social e ansiedade total correlacionam-se positivamente com a nomofobia e esta tem um impacto negativo no quotidiano das pessoas, já que afeta os hábitos e comportamentos (Anshari et al., 2019). Segundo Notara et al. (2021), pontuações mais altas de nomofobia associam-se a pontuações também altas de problemas sociais e psicológicos. Num estudo de Finotti et al. (2018), não só se observaram alterações nos padrões de comportamento dos jovens com nomofobia, como se constatou a presença de transtornos psiquiátricos.

De acordo com o anteriormente discreto, o presente estudo visa determinar os níveis de nomofobia nas variáveis autoestima, sintomas psicopatológicos, analisar a relação entre as variáveis: autoestima, sintomas psicopatológicos e a nomofobia; comparar as variáveis da amostra em função de variáveis sociodemográficas; averiguar o papel explicativo da autoestima e da sintomatologia psicopatológica sobre os níveis de nomofobia em estudantes. Para tal, formularam-se as seguintes hipóteses: H1 – Os níveis de nomofobia, em estudantes do ensino secundário e universitário, são moderados; H2 – Os estudantes homens e as estudantes mulheres, apresentam níveis semelhantes de nomofobia; H3 – Os estudantes com ensino

secundário apresentam maiores níveis de nomofobia do que os estudantes com ensino superior; H4 – existe uma relação positiva entre a sintomatologia psicopatológica e os níveis de nomofobia; H5 – existe uma relação negativa entre a autoestima e os níveis de nomofobia; e H6 – os níveis de autoestima e de sintomatologia psicopatológica são preditores significativos dos níveis de nomofobia.

Método

Participantes

A amostra foi obtida por conveniência, constituída por 369 participantes (N=369), dos quais 274 foram mulheres, 93 homens e 2 não-binários (74.3%, 25.2% e .5% respetivamente), com idades compreendidas entre os 18 e os 26 anos (média= 21.12; DP=1.64). A nacionalidade da totalidade dos participantes foi portuguesa. A maioria dos participantes são solteiros (70.2%) e os restantes mantêm uma relação significativa (29.8%). Ao nível das habilitações literárias, .5% concluiu o 11º ano de escolaridade, 42.9% concluiu o ensino secundário, 52.7% dos participantes possuem uma licenciatura e 3.8% finalizaram o mestrado. A maioria dos indivíduos têm um estatuto socioeconómico médio (56.4%), 3.5% baixo, 30.2% baixo-médio e 9.8% um estatuto médio-alto. Relativamente ao local de residência, 29% residem num pequeno meio rural, 11.1% num grande meio rural, 44.7% num pequeno meio urbano e 15.2% vive num grande meio urbano. A totalidade da amostra foi constituída por estudantes.

Instrumentos

Nesta investigação foi utilizado um protocolo constituído por quatro instrumentos:

Questionário sociodemográfico, construído no âmbito deste estudo para caracterizar e descrever a amostra, relativamente à idade, género, situação profissional, escolaridade, estatuto sociodemográfico e estado marital;

Nomophobia Questionnaire (NMP-Q), traduzido e validado para a população portuguesa por Galhardo et al. (2020). O NMP-Q é composto por 20 itens que avaliam 4 dimensões: (1) Não ser capaz de comunicar; (2) Perder a conexão; (3) Não ter acesso a informações e (4) Abdicar da conveniência. A resposta aos 20 itens está disposta numa escala de *Likert* que varia entre 1 e 7. A pontuação mínima deste questionário é 20 e a máxima 140, sendo que as pontuações mais elevadas indicam níveis altos de nomofobia. Este instrumento apresenta um alfa de *Cronbach* de .93 ($\alpha = .93$).

Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), constituída por 10 itens. A cotação é feita através de uma escala de *Likert* que varia entre 1 (Discordo Totalmente) e 4 (Concordo Totalmente). A pontuação mínima desta escala é 10 e a máxima 40, sendo que uma pontuação elevada reflete uma autoestima também elevada. Apresenta uma consistência interna adequada, com alfa de *Cronbach* de .86 ($\alpha = .86$) (Pechorro et al., 2011).

Versão reduzida do *Brief Symptoms Inventory* (BSI-18), traduzido e validado para a população portuguesa (Nazaré et al., 2017). O instrumento é constituído por 18 itens e está organizado em torno de três dimensões (depressão, somatização e ansiedade). As mesmas foram avaliadas através de uma escala de *Likert* que varia entre 0 (nunca) e 4 (sempre). A pontuação mínima é

0 e a máxima é 72. O BSI-18 apresenta um alfa de *Cronbach* de .80 ($\alpha=.80$) com uma consistência interna muito boa (Nazaré et al., 2017).

Procedimentos

Foi disseminado um questionário online, através da plataforma *Microsoft Office*, entre setembro de 2022 e dezembro de 2022. O *link* foi divulgado a partir de plataformas de comunicação *online*, onde os participantes foram convidados a responder voluntariamente, podendo desistir a qualquer momento. Foi respeitado o consentimento informado e foram garantidos a proteção contra danos físicos, psicológicos e morais, o anonimato e a confidencialidade dos seus dados.

Os critérios de inclusão utilizados foram: ter mais de 18 anos, ser estudante, ter dispositivos com acesso à Internet e nacionalidade portuguesa. Foram excluídos todos os indivíduos que não preenchiem estes requisitos, os trabalhadores-estudantes e todos aqueles que não responderam pelo menos a 80% do questionário.

Análise Estatística/Dados

Os procedimentos estatísticos foram realizados através do *IBM SPSS Statistics for Windows*, versão 29. Os testes realizados incluem o K-S para verificar a normalidade da distribuição, testes descritivos para caracterizar a amostra, testes *t* e ANOVA para comparar diferenças entre grupos, análise das correlações entre as variáveis; análise de regressão múltipla para determinar o grau explicativo das variáveis independentes sobre a variável dependente.

Resultados

Pontuações totais para as variáveis em estudo

Na nomofobia, obtiveram-se valores médios de 76.90 (DP=22.43), o que sugere um grau moderado de nomofobia, corroborando a H1. A autoestima, foi moderada, com uma média de 28.96 (DP=5.87). Foram evidenciados níveis elevados de ansiedade 1.24 (DP=.71) e depressão 1.15 (DP=.80), e níveis moderados de somatização .76 (DP=.63).

Comparação das variáveis em função do género

Na Tabela 1, podem observar-se diferenças significativas entre géneros, nas variáveis “Sintomatologia Ansiógena”, “Somatização”, “Não conseguir comunicar” e “Abdicar da conveniência”, onde as mulheres obtiveram pontuações mais elevadas. Deste modo, a H2 não se confirma, já que em duas das variáveis da nomofobia verificaram-se pontuações mais elevadas nas mulheres.

Tabela 1 – Comparação de cada uma das variáveis em função do género.

Variável	Média	D.P.	<i>t</i> (d.f)	<i>p</i>
Nomofobia Total				
Mulher	77.95	22.14	1.828(365)	.068
Homem	73.08	22.35		
Não conseguir comunicar				
Mulher	23.19	7.21	2.637(365)	.009*
Homem	20.86	7.80		
Perder a conexão				
Mulher	16.80	6.07	1.092(365)	.275
Homem	15.98	6.64		
Não ter acesso à informação				
Mulher	14.73	4.79	-.566(365)	.572
Homem	15.04	4.26		
Abdicar da conveniência				
Mulher	23.24	6.59	2.648(365)	.008*
Homem	21.20	5.89		
Autoestima				
Mulher	28.93	5.99	-.071(365)	.943
Homem	26.98	5.59		
Sintomatologia Depressiva				
Mulher	1.15	.81	.020(365)	.984
Homem	1.15	.78		
Sintomatologia Ansiógena				
Mulher	1.32	.73	3.602(365)	.000*
Homem	1.01	.63		
Somatização				
Mulher	.81	.65	2.301(365)	.002*
Homem	.63	.57		

p*<.001Comparação das variáveis em função da escolaridade**

A diferença entre as médias dos dois grupos, ensino secundário e ensino superior, foi estatisticamente significativa para a variável “Sintomatologia Depressiva” ($t(2.797) = 364$, $p = .005$), sendo que as pontuações mais elevadas surgem no ensino secundário. Nas restantes variáveis não se encontram diferenças estatisticamente significativas (ver Tabela 2). Assim, a H3 não se confirma.

Tabela 2 – Comparação de cada uma das variáveis em função da escolaridade.

Variável	Média	D.P.	<i>t</i> (d.f)	<i>p</i>
Nomofobia Total				
Ensino Secundário	78.29	23.37	.992(364)	.322
Ensino Superior	75.94	21.72		
Não conseguir comunicar				
Ensino Secundário	23.21	7.66	1.222(364)	.223
Ensino Superior	22.25	7.28		
Perder a conexão				
Ensino Secundário	17.39	6.46	1.946(364)	.052
Ensino Superior	16.11	6.05		

Não ter acesso à informação				
Ensino Secundário	14.98	4.81	.486(364)	.627
Ensino Superior	14.74	4.65		
Abdicar da conveniência				
Ensino Secundário	22.72	6.68	-.193(364)	.847
Ensino Superior	22.85	6.35		
Autoestima				
Ensino Secundário	28.33	6.04	-.1808(364)	.071
Ensino Superior	29.45	5.71		
Sintomatologia Depressiva				
Ensino Secundário	1.28	.87	2.797(364)	.005
Ensino Superior	1.05	.73		
Sintomatologia Ansíogena				
Ensino Secundário	1.26	.68	.554(364)	.580
Ensino Superior	1.22	.73		
Somatização				
Ensino Secundário	.83	.68	1.828(364)	.068
Ensino Superior	.71	.59		

* p<.001

Analisar associações entre idade e outras variáveis; entre autoestima, nomofobia e sintomatologia psicopatológica; e entre nomofobia e sintomatologia psicopatológica

A Tabela 3 mostrou uma relação significativa, negativa e fraca entre a idade e todas as variáveis em estudo, menos a autoestima, onde a relação foi significativa, positiva e muito fraca. As relações entre a somatização e as variáveis da nomofobia foram significativas, positivas e muito fracas. Existiu uma relação significativa, negativa e moderada entre a somatização e a autoestima. As relações entre a ansiedade e as variáveis da nomofobia foram significativa, positiva e fraca, e entre a ansiedade e a autoestima foi significativa, negativa e moderada. Existiu uma relação significativa, positiva e fraca entre a depressão e as variáveis da nomofobia, e com a autoestima a relação é significativa, negativa e moderada. As variáveis da nomofobia têm uma relação significativa, negativa e fraca com a autoestima.

Tabela 3 – Associação entre as variáveis em estudo

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Idade	1	-.133*	-.106*	-.148*	-.171**	-.142**	-.212**	-.129*	-.129*	.169**
2. Somatização		1	.704**	.576**	.170**	.158**	.152**	.156**	.145**	-.402**
3. Sintomatologia Ansíogena			1	.671**	.275**	.282**	.220**	.246**	.237**	-.435**
4. Sintomatologia Depressiva				1	.254**	.262**	.229**	.267**	.165**	-.674**
5. Nomofobia Total					1	.933**	.914**	.848**	.888**	-.228**
6. Nomofobia (Não conseguir comunicar)						1	.833**	.693**	.769**	-.259**
7. Nomofobia (Perder a conexão)							1	.735**	.703**	-.189**
8. Nomofobia (Sem acesso a informação)								1	.700**	-.187**
9. Nomofobia (Abdicar da conveniência)									1	-.173**
10. Autoestima										1

*p<.001

Poder preditivo das variáveis sociodemográficas (idade, género, escolaridade), da autoestima e dos sintomas psicopatológicos

Na Tabela 4 os resultados indicaram que o primeiro modelo, com as variáveis sociodemográficas (idade, género e escolaridade), explicou 3.3% da variância da nomofobia; o segundo, com as variáveis sociodemográficas, sintomatologias ansíogena, depressiva e somatização explicou 10.9% dos níveis de nomofobia; o terceiro modelo, com as variáveis

sociodemográficas, sintomatologias ansiógena, depressiva, somatização e autoestima explicou 11.4% da variância. Deste modo, a H6 é confirmada.

Tabela 4 – Modelos de Regressão Linear - Preditores dos níveis de Nomofobia

	Modelo I			Modelo II			Modelo III		
	B	SE B	β	B	SE B	β	B	SE B	β
Idade	-2.654	.811	-.194	-2.302	.786	-.168	-2.195	.788	-.160
Género	-2.414	2.603	-.049	-.813	2.582	-.016	-.759	2.579	-.015
Escolaridade	2.093	2.346	.053	2.754	2.273	.070	2.643	2.272	.067
Somatização				-3.191	2.541	-.090	-3.318	2.540	-.093
Sintomatologia Ansiógena				7.134	2.524	.226	7.320	2.525	.232
Sintomatologia Depressiva				3.923	1.949	.140	2.154	2.337	.077
Autoestima							-.354	.258	-.093
R ²	.033			.109			.114		
F para a mudança no R ²	4.126			7.342			6.576		

Discussão

O presente estudo pretende avaliar as relações entre autoestima, sintomas psicopatológicos e nomofobia numa amostra de estudantes portugueses. Formulamos como hipóteses que os estudantes evidenciam níveis moderados de nomofobia, que é positiva a relação entre a Sintomatologia Psicopatológica e os níveis de Nomofobia, e negativa entre a Autoestima e os níveis de Nomofobia. Nesta amostra observa-se um nível moderado de autoestima e de nomofobia, e níveis elevados de sintomatologia ansiógena, depressiva e de somatização.

Os estudantes portugueses evidenciam nomofobia, o que suporta a hipótese 1 que diz que os níveis de nomofobia, em estudantes, são moderados. Estes resultados são congruentes com os de outras investigações (Guimarães et al., 2022), já que existe uma integração cada vez mais generalizada dos *smartphones* no quotidiano da população, e conseqüentemente um aumento da sua utilização (Teixeira et al., 2019). Na verdade, os *smartphones* facilitam o decurso do dia a dia, mas a sua utilização problemática tem crescido de forma rápida e acentuada. Os telemóveis adquiriram funções que ultrapassam as de comunicar, permitindo a gestão de informação massiva, instantânea e de fácil acesso (Echazarreta et al., 2023), o que cria condições para o aumento da nomofobia. Deste modo, estar *online* faz parte dos momentos do quotidiano dos adolescentes, jovens e adultos.

Neste estudo, não se encontram diferenças significativas entre o género e a nomofobia, resultado que não é consensual nas diversas investigações. Nos estudos de Macías e Salas (2022), Vagka et al. (2023) e Santl et al. (2022), as mulheres revelam níveis mais elevados de nomofobia do que os homens, independentemente da faixa etária em que se encontram. Contudo, no estudo de Daei et al. (2019) verifica-se que existe uma maior prevalência de nomofobia entre os homens. Por seu turno, na investigação de Guimarães et al. (2022), não existe um consenso acerca da associação entre a nomofobia e o género. Não obstante, no que se diz respeito ao “não conseguir comunicar” e ao “abdicar da conveniência”, são as mulheres que obtêm pontuações mais elevadas do que os homens. Estes resultados corroboram os de diversos estudos, que sugerem uma incidência maior da nomofobia nas mulheres (Kara, 2021), sendo que, os fatores culturais e sociais parecem não interferir nestes resultados, pois verificam-se em diferentes sociedades (León-Mejía et al., 2021). Efetivamente as mulheres têm maior probabilidade de experimentar nomofobia (King et al., 2014), devido a tenderem a utilizar mais os *smartphones* para fins sociais (Bianchi & Phillips, 2005). Quando surgem dificuldades em

conseguir comunicar, as mulheres são mais impulsivas do que os homens (Arpaci, 2022), uma vez que o género feminino utiliza mais o telemóvel para a comunicação interpessoal, e os homens para ocuparem os tempos livres e se divertirem (Weiser, 2000).

Relativamente à hipótese de que os estudantes com ensino secundário apresentam maiores níveis de nomofobia do que os estudantes com ensino superior, observam-se diferenças no “perder a conexão”, e é no ensino secundário que se verificam valores mais elevados. Tais resultados vão ao encontro do esperado, uma vez que, estudantes mais novos, estão ainda a desenvolver habilidades de regulação emocional e autocontrolo, o que os torna mais vulneráveis a situações em que têm de se desconectar dos dispositivos móveis. Macías e Salas (2022) referem que estudantes mais jovens mencionam sentir um maior medo de perder a conexão no seu telemóvel. Estes resultados são similares aos de Yildirim e Correia (2015) que sugerem que, indivíduos mais jovens tendem a utilizar com maior frequência os *smartphones*, o que aumenta a sua dependência face a esses dispositivos. Al-Balhan et al. (2018) afirmam que pessoas mais novas apresentam níveis moderados e graves de comportamentos nomofóbicos, enquanto outros investigadores salientam que, quanto menor a idade, maior a nomofobia (Dias et al., 2019; Daei et al., 2019).

No que concerne a sintomatologia psicopatológica, observam-se níveis elevados de sintomas ansiógenos, depressivos e de somatização, contrariamente ao que seria esperado, dado esta amostra não ser clínica. No entanto, a literatura sugere que no período de transição evolutiva entre a infância e a idade adulta, verificam-se níveis de sintomas de ansiedade e depressão mais elevados. Parece razoável supor que estes valores refletem as mudanças que se fazem sentir na saúde mental dos adolescentes e adultos portugueses. Os sintomas ansiógenos e a somatização são mais elevados nas estudantes do género feminino. Os resultados obtidos são confirmados por diversos estudos. Wittchen (2002), mostra que as mulheres têm duas vezes mais probabilidade de terem sintomatologia ansiógena do que os homens, com um índice de prevalência de 6.6% nas mulheres e 3.6% nos homens. Por seu turno, Kinrys e Wygant (2005) afirmam que as mulheres são mais propensas a apresentar alguns sintomas como sentirem-se cansadas facilmente, agitação, irritabilidade, tensão muscular, dificuldades no sono e na concentração. Pode-se argumentar que as mulheres estão mais propensas a utilizar estratégias como a ruminação para enfrentamento emocional, enquanto os homens utilizam estratégias mais ativas, como por exemplo a busca de soluções, o que contribui, no caso das mulheres, para níveis elevados de ansiedade. Relativamente à somatização, as mulheres tendem a relatar e expressar as suas emoções e sintomas físicos de forma mais aberta, enquanto os homens tendem a reprimir os seus sentimentos e sintomas. Relativamente a sintomatologia depressiva, não se observaram diferenças em função do género. No entanto, no grupo do ensino secundário, os níveis de depressão são mais elevados. Estes estudantes, encontram-se na fase final da adolescência, e podem estar mais vulneráveis à depressão. De facto, características do desenvolvimento cognitivo, emocional, de construção da identidade, da tomada de decisões vocacionais, a par de mudanças hormonais significativas, podem afetar o humor e bem-estar emocional. Singh e Rathore (2023) verificam que nos adolescentes surgem com maior regularidade, problemas como a depressão. Morilla e colaboradores (2020) mostram que sujeitos mais novos apresentam maior sintomatologia depressiva do que os mais velhos.

No que diz respeito à autoestima, observa-se um nível moderado nos estudantes desta investigação. Tais resultados vão ao encontro de outros estudos, que revelam que os estudantes apresentam níveis satisfatórios de autoestima (Ribeiro et al., 2020; Fonseca et al., 2023). O facto de os estudantes conseguirem ter uma boa rede de suporte social, como amigos, familiares e até professores faz com que se sintam valorizados e apoiados, o que pode contribuir para aumentar a sua autoestima. Do ponto de vista académico, os estudantes podem experienciar

sucesso em algumas disciplinas e insucesso noutras, o que os faz reconhecer as suas competências e manter uma autoestima moderada. Um *feedback* construtivo por parte dos professores, permite aos estudantes, uma visão equilibrada acerca de si mesmo e do seu desempenho académico, contribuindo para a manutenção de níveis moderados de autoestima.

A hipótese H4 é confirmada, e corrobora resultados de outras investigações. Gnardellis et al. (2023) afirmam que existe uma associação entre nomofobia e a presença de sintomas depressivos, ansiógenos e stress. Do mesmo modo, Kuss e Griffiths (2017) referem que a nomofobia se relaciona com a sintomatologia psicopatológica. Pontuações altas de nomofobia estão associadas a pontuações também altas de problemas sociais e psicológicos (Notara et al., 2021). Estão ainda associados significativamente os sintomas físicos e a nomofobia (Yildiz Durak, 2019). Guerrero et al. (2020) afirmam que a nomofobia causa sintomas psicossomáticos como o desconforto nos ossos e articulações, olhos e ouvidos. Esta investigação evidencia ainda, uma associação significativa negativa entre a autoestima e a nomofobia, conforme o descrito na H5. Os resultados obtidos, são suportados por outros estudos, em que também é possível constatar que pessoas com baixa autoestima tendem a desenvolver nomofobia, existindo uma relação negativa entre as duas variáveis. De facto, pessoas com baixa autoestima podem necessitar de validação externa e reconhecimento social através da conexão *online* com os outros, o que as torna mais suscetíveis a desenvolver dependência face aos dispositivos utilizados para manter essas comunicações. No mesmo sentido, Bragazzi e Del Puente (2014), afirmam que indivíduos com baixa autoestima priorizam a comunicação através de *smartphones* e declinam a interação face a face, o que pode conduzir à nomofobia, através do uso excessivo dos meios digitais. Vagka et al. (2023), diz-nos que pessoas com baixa autoestima têm duas vezes mais probabilidade de desenvolver nomofobia do que pessoas com níveis normais ou altos de autoestima.

Neste estudo observa-se que os níveis de Autoestima e de Sintomatologia Psicopatológica, a par das variáveis sociodemográficas, são preditores significativos dos níveis de nomofobia. Astriani (2023) refere que a autoestima é uma das variáveis preditoras da nomofobia. Outros estudos sugerem que qualquer sujeito pode desenvolver este tipo de fobia, mas que jovens com baixa autoestima, sentem uma maior necessidade de estar constantemente em contacto com outras pessoas através de meios digitais e, por isso, estão mais propensos a desenvolverem níveis elevados de nomofobia (King et al., 2014). Em contraste com outros estudos, as variáveis sociodemográficas são preditoras da nomofobia. Khilnani et al. (2019) referem que a variável género não é um preditor de comportamentos nomofóbicos. Tendo em conta os resultados deste estudo, os sintomas psicopatológicos são preditores de nomofobia. Para Gonçalves et al. (2020), indivíduos com estes problemas emocionais, estão mais propensos a desenvolver comportamentos nomofóbicos.

Assim, as principais contribuições deste estudo são corroborar a discussão em torno da nomofobia e de variáveis que podem ser facilitadoras do seu surgimento e colmatar lacunas nas pesquisas sobre esta problemática, em Portugal. Em suma, estudantes com níveis elevados de sintomatologia psicopatológica, estão mais propensas a apresentar níveis elevados de nomofobia, e, especificamente, pessoas com ansiedade podem estar mais propensas a desenvolver nomofobia, já que utilizam os telemóveis como uma forma de lidar com a ansiedade e evitar desconforto emocional. Para alguns indivíduos, as conexões virtuais substituem as interações face a face, intensificando os sentimentos de solidão e isolamento. Para além disso, o uso excessivo dos telemóveis, tem sido associado ao desenvolvimento de consequências negativas, tais como sacrificar ou limitar horas de sono, alimentação, relacionamento interpessoal, perda de empatia e sintomas psicossomáticos (Guerrero et al., 2020) e também a condições emocionais negativas, como depressão, ansiedade, stress e baixa

autoestima (King et al., 2017).

Apesar dos resultados e conclusões evidenciados, devem ter-se em consideração algumas limitações, que podem ser colmatadas em estudos futuros. Sugerimos que investigações futuras utilizem amostras maiores e mais representativas para fornecer estimativas mais generalizáveis e precisas dos dados. Para além disto, a disseminação do questionário via *internet* obriga as pessoas a serem conhecedoras destas ferramentas de recolha de dados, limitando a população questionada. Outra limitação inerente é o facto de o questionário ser muito extenso e exaustivo, o que poderá ter levado a que muitos sujeitos desistissem a meio do processo e não dessem resposta à totalidade do questionário ou que tivessem respondido de forma não ponderada. Por último, a limitação que mais dificultou a investigação, prende-se com o facto de existir pouca literatura que sustente os resultados obtidos relativos à nomofobia, visto ser uma temática recente e, por isso, não ser estudada de forma sistemática.

Intervenções para a prevenção e promoção da saúde mental dos estudantes portugueses são essenciais para alcançar sucesso no percurso académico e no processo de formação e desenvolvimento pessoal global. Pesquisas futuras devem aprofundar as relações entre as variáveis em estudo, a fim de se implementarem ações mais eficazes para melhorar a saúde mental e prevenir a nomofobia nos diferentes níveis de escolaridade. Também fica evidenciada a importância e desafios que esta nova fobia tem na sociedade atual, onde os smartphones têm um papel central na vida quotidiana, o que nos leva a acreditar que seria benéfico o reconhecimento deste medo irracional como um quadro clínico para poder auxiliar as pessoas com esta dificuldade.

Conclusão

Este estudo evidencia que as variáveis sociodemográficas como o género, a idade e a escolaridade, a par dos sintomas psicopatológicos e da autoestima são preditoras da nomofobia. A sintomatologia psicopatológica adquire um papel relevante, por se apresentar como a variável com mais impacto na nomofobia. Estudantes com mais autoestima e menor sintomatologia psicopatológica evidenciam menores níveis de nomofobia. Com base nos resultados deste estudo, afirma-se a necessidade de ações promotoras da saúde mental que impliquem medidas políticas, comunitárias, familiares e escolares, junto dos estudantes do ensino secundário e universitários.

Referências Bibliográficas

- Abdoli, N., Sadeghi-Bahmani, D., Salari, N., Khodamoradi, M., Farnia, V., Jahangiri, S., Brühl, A. B., Dürsteler, K. M., Stanga, Z., & Brand, S. (2023). Nomophobia (No Mobile Phone Phobia) and Psychological Health Issues among Young Adult Students. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 13(9), 1762–1775. <https://doi.org/10.3390/ejihpe13090128>
- Al-Balhan, E. M., Khabbache, H., Watfa, A., Re, T. S., Zerbetto, R., & Bragazzi, N. L. (2018). Psychometric evaluation of the Arabic version of the nomophobia questionnaire: Confirmatory and exploratory factor analysis – implications from a pilot study in Kuwait among university students. *Psychology Research and Behavior Management*, 11, 471–482. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S169918>
- Anshari, M., Alas, Y., & Sulaiman, E. (2019). Smartphone addictions and nomophobia among youth. *Vulnerable Child Youth Stud.*, 14 (3), 242–247.

- Argumosa-Villar, L., Boada-Grau, J., & Vigil-Colet, A. (2017). Exploratory investigation of theoretical predictors of nomophobia using the Mobile Phone Involvement Questionnaire (MPIQ). *Journal of Adolescence*, *56*, 127–135. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.02.003>
- Arpaci, I. (2022). Gender differences in the relationship between problematic internet use and nomophobia. *Current Psychology*, *41*(9), 6558–6567. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01160-x>
- Astriani, D. (2023). The role of self-esteem on nomophobia with extraversion personality as a moderating variable. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*, *11*(2), 132–136. <https://doi.org/10.22219/jipt.v11i2.17339>
- Bianchi, A., & Phillips, J. G. (2005). Psychological predictors of problem mobile phone use. *Cyberpsychology & Behavior*, *8*(1), 39–51.
- Bragazzi, N. L., & Del Puente, G. (2014). A proposal for including nomophobia in the new DSM-V. *Psychology Research and Behavior Management*, *7*, 155–160. <https://doi.org/doi.org/10.2147/PRBM.S41386>
- Daei, A., Ashrafi-rizi, H., & Soleymani, M. R. (2019). Nomophobia and health hazards: Smartphone use and addiction among university students. *International Journal of Preventive Medicine*, *10*(202), 1–5. https://doi.org/doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_184_19
- Dias, P., Gonçalves, S., Cadime, I., & Chóliz, M. (2019). Adaptação do teste de dependência do telemóvel para adolescentes e jovens portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *20*(3), 569–580. <https://doi.org/doi.org/10.15309/19psd200302>
- Echazarreta, Noelia Navas Vela, R. J., Valera, A. B. S., Roca, B. R., Solanas, I. A., Rodrigo, M. T. F., Viñaspre-Hernandez, R. R., Sabater, A. M., Serrano, E. E., Ortega, C. S., Arnedo, I. S., & Dordá, P. J. S. (2023). Nomophobia in university students during COVID-19 outbreak: a cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, *11*, 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1242092>
- Finotti, M. B., Mariana, J., Barros, M., Luísa, A., Toledo, S., De Souza Faria, F., Kayene, J., Ferreira, S., Teixeira, A., Da Mata, H., Melo Dutra, I., Targa Pravato, G., De Matos Balmant Berbert, L., De, A., & Rocha, A. (2018). Correlação Entre a Dependência Do Smartphone Na Adolescência E Alguns Trastornos Psiquiátricos-Revisão De Literatura. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research-BJSCR*, *25*(2), 128–134. <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>
- Fonseca, J. S., da Silva, K. B. B., Silva, R. de C. R., & de Santana, M. L. P. (2023). Imagem Corporal e Autoestima em Adolescentes da Rede Pública Estadual de Salvador-Bahia. *Psicologia Em Estudo*, *28*, 1–13. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v28i0.51926>
- Galhardo, A., Loureiro, D., Raimundo, E., Massano-Cardoso, I., & Cunha, M. (2020). Assessing Nomophobia: Validation Study of the European Portuguese Version of the Nomophobia Questionnaire. *Community Mental Health Journal*, *56*(8), 1521–1530. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00600-z>
- Gnardellis, C., Vagka, E., Lagiou, A., & Notara, V. (2023). Nomophobia and Its Association with Depression, Anxiety and Stress (DASS Scale), among Young Adults in Greece. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, *13*(12), 2765–2778. <https://doi.org/10.3390/ejihpe13120191>
- Gonçalves, S., Dias, P., & Correia, A.-P. (2020). Nomophobia and lifestyle: Smartphone use and its relationship to psychopathologies. *Computers in Human Behavior Reports*, *2*, 100025. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chbr.2020.100025>
- Guerrero, A. J. M., Belmonte, J. L., Rodríguez, J. M. R., & García, A. M. R. (2020). Nomophobia: impact of cell phone use and time to rest among teacher students. *Heliyon*, *6*, 40–84. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04084>

- Guimarães, C. L. C., de Oliveira, L. B. S., Pereira, R. S., da Silva, P. G. N., & Gouveia, V. V. (2022). Nomophobia and smartphone addiction: do the variables age and sex explain this relationship? *Psico-USF*, 27(2), 319–329. <https://doi.org/10.1590/1413-82712022270209>
- Kara, M. (2021). High Schoolers' Usage Intensity of Mobile Social Media and Nomophobia: Investigating the Mediating Role of Flow Experience. *Participatory Educational Research*, 8(1), 409–422. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.17275/per.21.24.8.1>
- Khilnani, A. K., Thaddanee, R., & Khilnani, G. (2019). Prevalence of nomophobia and factors associated with it: a cross-sectional study. *Nternational Journal of Research in Medical Sciences*, 7(2), 468–472. <https://doi.org/doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20190355>
- King, A., Guedes, E., Pedro Neto, J., Guimarães, F., & Nardi, A. (2017). Nomophobia: Clinical and demographic profile of social network excessive users. *Journal of Addiction Research & Therapy*, 8, 339.
- King, A. L. S., Valença, A. M., Silva, A. C., Sancassiani, F., Machado, S., & Nardi, A. E. (2014). “Nomophobia”: Impact of cell phone use interfering with symptoms and emotions of individuals with panic disorder compared with a control group. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 10, 28–35. <https://doi.org/doi.org/10.2174/1745017901410010028>
- Kinrys, G., & Wygant, L. E. (2005). Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influência o tratamento? *Brazilian Journal of Psychiatry*, 27(2), 43–50. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000600003>
- León-Mejía, A., Gutiérrez-Ortega, M., Serrano-Pintado, I., & González-Cabrera, J. (2021). A systematic review on nomophobia prevalence: Surfacing results and standard guidelines for future research. *PLoS ONE*, 16, 1–22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250509>
- Macías, A., & Salas, M. (2022). Nomofobia (miedo desproporcionado a perder el celular) y su relación con tres variables sociodemográficas. *Perspectivas En Psicología*, 19, 23–36. <http://perspectivas.mdp.edu.ar/revista/index.php/pep/article/view/568/326>
- Miranda, N., & Pacheco, E. (2020). Inteligência Emocional, Adicção Al Smartphone Y Malestar Psicológico Como Predictores De La Nomofobia En Adolescentes. *Know and Share Psychology*, 1(2), 7–13. <https://doi.org/10.25115/kasp.v1i2.3195>
- Morilla, J. L., Vieira, G. C., Dantas, C. N., Cassago, R. M., Pucci, S. H. M., & Gobbi, D. R. (2020). Nomofobia: uma revisão integrativa sobre o transtorno da modernidade. *Revista De Saúde Coletiva Da UEFS*, 10(1), 116–126. <https://doi.org/https://doi.org/10.13102/rscdauefs.v10i1.6153>
- Nasab, N., Manshaee, G., & Nadi, M. (2021). The Effectiveness of Nomophobia Therapy on Self-esteem and Nomophobia Symptoms in High School Students. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 15(1). <https://doi.org/10.5812/ijpbs.109291>
- Nazaré, B., Pereira, M., & Canavaro, M. C. (2017). Avaliação breve da psicossintomatologia: Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa do Brief Symptom Inventory 18 (BSI 18). *Análise Psicológica*, 35(2), 213–230. <https://doi.org/10.14417/ap.1287>
- Notara, V., Vagka, E., Gnardellis, C., & Lagiou, A. (2021). The Emerging Phenomenon of Nomophobia in Young Adults: A Systematic Review Study. *Addict Health*, 13, 120–136.
- Pechorro, P., Marôco, J., Poiães, C., & Vieira, R. X. (2011). Validação da Escala de Autoestima de Rosenberg com Adolescentes Portugueses em Contexto Forense e Escolar. *Arquivos de Medicina*, 25(5/6), 174–179.
- Ribeiro, R. M., Bragiola, J. V. B., Eid, L. P., & Pompeo, D. A. (2020). Impacto da autoestima e dos fatores sociodemográficos na autoeficácia de estudantes de graduação em enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 29(e20180429), 1–14. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072020000100305&tlng=en

- Santl, L., Brajkovic, L., & Kopilaš, V. (2022). Relationship between Nomophobia, Various Emotional Difficulties, and Distress Factors among Students. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 12(7), 716–730. <https://doi.org/10.3390/ejihpe12070053>
- Singh, N. K., & Rathore, N. S. (2023). In the Grip of Technology : The Relationship between Nomophobia and Poor Mental Health. *Indian Journal of Health and Well-Being*, 14(4), 454–457.
- Teixeira, I., Silva, P. C. da, Sousa, S. L. de, & Silva, V. C. da. (2019). NOMOFOBIA: os impactos psíquicos do uso abusivo das tecnologias digitais em jovens universitários. *Revista Observatório*, 5(5), 209–240. <https://doi.org/10.20873/uft.2447-4266.2019v5n5p209>
- Vagka, E., Gnardellis, C., Lagiou, A., & Notara, V. (2023). Nomophobia and Self-Esteem: A Cross Sectional Study in Greek University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph20042929>
- Vos, T., Flaxman, A. D., Naghavi, M., Lozano, R., Michaud, C., Ezzati, M., & Murray, C. J. L. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380, 2163–2196.
- Weiser, E. B. (2000). Gender differences in internet use patterns and internet application preferences: A two-sample comparison. *CyberPsychology and Behavior*, 3(2), 167–178. <https://doi.org/https://doi.org/10.1089/109493100316012>
- Wittchen, H. U. (2002). Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depress Anxiety*, 16(4), 162–171. <https://doi.org/10.1002/da.10065>
- Yildirim, C., & Correia, A. P. (2015). Exploring the dimensions of nomophobia: Development and validation of a self-reported questionnaire. *Computers in Human Behavior*, 49, 130–137. <https://doi.org/doi.org/10.1016/j.chb.2015.02.059>
- Yildiz Durak, H. (2019). Investigation of nomophobia and smartphone addiction predictors among adolescents in Turkey: Demographic variables and academic performance. *The Social Science Journal*, 56(4), 492–517. <https://doi.org/doi.org/10.1016/j.soscij.2018.09.003>

CAPÍTULO 3

PHDA como fator de risco para o desenvolvimento de adição à internet

Safira Victoria Nascimento Matos de Gois Barros

Orientadora: Jéssica Catarina Ferreira Duarte

Universidade de Coimbra, Portugal

Autor Correspondente: Safira Matos. **E-mail:** safiravictoriamatos@gmail.com

Resumo: A coocorrência entre Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA) e Dependência à Internet (DI) é um tema relevante na atualidade, com implicações significativas para a saúde mental dos jovens. Estudos apontam que 21,7% dos indivíduos com DI apresentam sintomas de PHDA. Essa comorbidade não apenas exhibe a complexidade da relação entre as perturbações, mas também ressalta a necessidade urgente de compreensão e intervenção eficazes. Este fenômeno revela-se como um desafio, e demanda uma análise aprofundada de suas consequências.

Palavras-chave: hiperatividade; adição; internet.

Abstract: The co-occurrence between Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Internet Addiction (IA) is a relevant topic nowadays, with significant implications for the mental health of young people. Studies indicate that 21.7% of individuals with IA present symptoms of ADHD. This comorbidity not only displays the complexity of the relationship between disorders, but also highlights the urgent need for effective understanding and intervention. This phenomenon is a challenge and demands an in-depth analysis of its consequences.

Key-Words: hyperactivity; addiction; internet.

Introdução

A DI tem como característica um padrão mal adaptativo de uso da internet, que resulta em prejuízo clínico significativo ou sofrimento. Assim, é possível enumerar aspetos como baixa tolerância (necessidade de aumentar o tempo na internet para satisfação), sintomas de abstinência (agitação, ansiedade, pensamentos obsessivos sobre a internet), acesso excessivo à internet, esforços infrutíferos para reduzir o uso e comprometimento de atividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido ao uso da internet (Goldberg, 1995). Apesar da crescente relevância da adição à internet, ainda não foram definidos em manuais de diagnóstico psiquiátrico e de problemas relacionados à saúde, como a Classificação Estatística Internacional

de Doenças (CID-10) e o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), os sintomas e critérios de diagnóstico.

A comorbidade entre DI e psicopatologias descritas no DSM-V é uma área crucial de estudo. Estimativas indicam que aproximadamente 86% dos casos de DI apresentam outras condições psiquiátricas, o que evidencia uma relação complexa entre essa dependência e outras psicopatologias (Block, 2008). Dentre essas condições, a PHDA tem um destaque significativo, já que há uma prevalência de aproximadamente 21,7% entre indivíduos com DI. Em contraste, aqueles sem dependência demonstraram uma prevalência mais baixa, em torno de 8,9% (Ho et al., 2014). A correlação entre os sintomas de PHDA e o uso problemático da internet, particularmente de aplicações e jogos online, tem sido alvo de interesse na literatura mais recente. A impulsividade pode resultar em comportamentos de busca por recompensas imediatas, enquanto a dificuldade em manter a atenção pode levar à busca por estímulos constantes, o que influencia diretamente num elevado tempo de utilização de dispositivos com ecrãs (Augner et al., 2023; Wong et al., 2023).

O PHDA é uma perturbação do neurodesenvolvimento caracterizada por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. A hiperatividade e impulsividade são sintomas que se manifestam comumente pela atividade excessiva, inquietação e incapacidade de aguardar. Os sinais da perturbação podem ser mínimos ou ausentes quando o indivíduo recebe recompensas frequentes por comportamentos apropriados (APA, 2014). Ao utilizar ecrãs, em jogos virtuais e redes sociais, há diversos estímulos como “gostos”, prémios virtuais e “reações”, estes estímulos facilitam o uso de ecrãs durante um tempo prolongado, visto que fazem com que o usuário tenha mais atenção e sinta-se satisfeito, porém tais aspetos podem induzir ao uso problemático da internet, ou em casos mais graves, à dependência à internet.

A correlação entre a PHDA e a DI emerge possivelmente a partir de características desta perturbação que atuam como fatores de risco para o desenvolvimento de dependências. Ao aprofundar a compreensão da complexa relação entre PHDA e DI, observa-se que indivíduos com sintomas de PHDA apresentam uma notável vulnerabilidade aos mecanismos que fomentam a dependência em aplicações digitais (Aigner et al., 2023). Esta vulnerabilidade é ainda mais evidente em casos de sintomatologia severa da PHDA, já que apresentam uma média mais alta de tempo de uso de dispositivos com ecrã. A consideração desses aspetos contribui para uma visão mais abrangente e contextualizada do impacto dos estímulos eletrônicos na manifestação dos sintomas da PHDA.

Métodos

Esta revisão adotou uma abordagem quantitativa para investigar a relação entre a Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA) e a Dependência à Internet (DI). Foi realizada uma busca sistemática na literatura para identificar estudos relevantes que abordassem essa relação. Os critérios de inclusão foram definidos previamente para selecionar os estudos que atendessem aos objetivos da revisão.

A análise dos dados incluiu a síntese dos resultados dos estudos incluídos, ao destacar as associações entre os sintomas de PHDA e os padrões de uso da internet. A revisão foi conduzida de acordo com as diretrizes metodológicas estabelecidas para revisões sistemáticas, com

objetivo de garantir a qualidade e a validade dos resultados. A análise dos estudos incluídos permitiu uma compreensão aprofundada da relação entre PHDA e DI.

Resultados

Há uma associação significativa entre os sintomas de Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA) e a Dependência à Internet (DI), possivelmente por características da PHDA que atuam como fatores de risco para o desenvolvimento de dependências. Esta associação foi corroborada por estudos longitudinais que indicaram que o uso problemático das redes sociais contribuiu para o aumento dos problemas de atenção e impulsividade.

Entretanto, surgiram lacunas na literatura em relação a essa comorbidade. A direção da associação entre PHDA e DI não foi totalmente esclarecida, pois estudos anteriores apresentaram limitações nesse aspecto. Além disso, a influência de variáveis como idade e sexo ainda não foi completamente explorada, indicando a necessidade de pesquisas futuras nesse sentido.

Discussão

O termo "dependência à internet" embora não tecnicamente reconhecido como uma perturbação, representa um conceito amplamente adotado para descrever o uso da internet com indício de vício, sinônimo de Perturbação de Dependência da Internet, Uso Patológico da Internet e Uso Problemático da Internet (Douglas et al., 2008). Um estudo longitudinal observou que o uso problemático das redes sociais contribuiu para o aumento de problemas de atenção e impulsividade, o que sugere uma possível relação causal entre o PHDA e a DI (Boer et al., 2020). Porém, há diversas lacunas acerca dessa comorbidade, dentre elas é possível destacar se essa associação é unidirecional ou recíproca devido às limitações de estudos anteriores (Wang et al., 2014). Além disso, o impacto de variáveis como idade e sexo foram pouco exploradas nos estudos anteriores. É imprescindível compreender quais sintomas e comportamentos relacionados à PHDA atuam como fatores moderadores no desenvolvimento de DI.

A falta de abordagens específicas e holísticas no tratamento de indivíduos com comorbidade entre PHDA e DI revela outra lacuna significativa na prática clínica atual, particularmente na área da psicologia. Enquanto existem tratamentos comprovadamente eficazes para pacientes com sintomas relacionados à PHDA que apresentam outras dependências (tabaco, álcool e drogas ilícitas), a abordagem integrada para pacientes que apresentam DI é escassa. As intervenções mais utilizadas e estudadas para indivíduos com adição, focam-se principalmente em abordagens farmacológicas e terapias comportamentais específicas que não exploram o impacto de sintomas de PHDA. Portanto, é essencial que os profissionais da psicologia desenvolvam e implementem abordagens terapêuticas que reconheçam as dimensões de ambas perturbações, com o intuito de proporcionar tratamento mais eficaz e holístico para essa população.

Este estudo ressalta a importância de compreender a relação entre a dependência à internet e PHDA, ao destacar a necessidade do desenvolvimento de intervenções específicas que considerem essa interseção complexa entre uso da internet e psicopatologia. Estratégias de intervenção integradas e eficazes são fundamentais para abordar esses problemas de maneira

abrangente. Pesquisas futuras devem focar em estratégias de intervenção específicas e eficientes para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos afetados. Investir em pesquisas direcionadas a essa área pode proporcionar insights para o desenvolvimento de abordagens personalizadas, visando não apenas a redução do uso problemático da internet, mas também o manejo dos sintomas de PHDA.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Block, J. J. (2008). Issues for DSM-V: internet addiction. *The American Journal of Psychiatry*, *165*(3), 306–307.
- Augner, C., Vlasak, T., & Barth, A. (2023). The relationship between problematic internet use and attention deficit, hyperactivity and impulsivity: A meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, *168*, 1-12.
- Filipe, A. M. (2024). Situar a hiperatividade e déficit de atenção em Portugal: dimensões sociais, históricas e éticas de um tema emergente na saúde global. *Cadernos de Saúde Pública*, *36*(12), e00056420. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00056420>
- Ho, R. C., Zhang, M. W., Tsang, T. Y., Toh, A. H., Pan, F., Lu, Y., ... & Mak, K. K. (2014). The association between internet addiction and psychiatric co-morbidity: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, *14*, 183.
- Leal, I., Humboldt, S., Ramos, C., Valente, A., & Ribeiro, J. (Eds.). (2018). *12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Promover e Inovar em Psicologia da Saúde: Actas (pp. 651-661)*. Lisboa: ISPA - Instituto Universitário.
- Marques, M., Melo, A., Queirós, A., Pereira, A., & Oliveira, C. (2018). Dependência da Internet, Psicopatologia e Qualidade de Vida: Estudantes de Ensino Superior.
- Wang, J., Yin, X., Wang, H., King, D. L., & Rost, D. H. (2024). The longitudinal associations between internet addiction and ADHD symptoms among adolescents. *Journal of Behavioral Addictions*, *13* (1), 191-204. <https://doi.org/10.1556/2006.2023.00080>
- Wells, R. H. C., Bay-Nielsen, H., Braun, R., Israel, R. A., Laurenti, R., Maguin, P., & Taylor, E. (2011). CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: EDUSP.

CAPÍTULO 4

A Influência de Variáveis Sociodemográficas no *Burnout* de Estudantes e Trabalhadores Portugueses

Ana Catarina Santos, Isabel Afonso, Juliane Vilella, Margarida Carreiro

Universidade da Beira Interior, Portugal

Autor Correspondente: Juliane Vilella. **E-mail:** vilellajuliane@gmail.com

Resumo: Introdução: Apesar de existirem inúmeros estudos nesta área, o *burnout* na população portuguesa e o seu impacto continua pouco explorado. O objetivo desta investigação foi avaliar os níveis de *burnout* da amostra, o impacto das variáveis sociodemográficas (situação profissional, idade, género e carga horária) no *burnout* e identificar diferenças grupais. **Método:** Foi desenvolvido um estudo quantitativo, transversal e comparativo, numa amostra de 754 participantes portugueses, entre os 18 e os 66 anos (média =32.31; DP =12.56). Para medir as variáveis sociodemográficas e os níveis de *burnout*, utilizámos um questionário *online*, auxiliado pelo *Burnout Assessment Tool* (Shaufeli *et al.*, 2019). **Resultados:** Os estudantes (média =2.63; DP =.63) relatam maiores níveis de *burnout* do que os trabalhadores (média =2.25; DP =.57). Os participantes mais jovens (média =2.50; DP =.65) e as mulheres (média=2.45; DP =.62) relatam maior *burnout* do que os mais velhos (média =2.27; DP =.60) e do que os homens (média=2.24; DP =.61). Contrastando com outros estudos, verificámos uma menor carga horária associada a maiores níveis de *burnout*. **Discussão:** A relevância deste estudo para a Psicologia Clínica e da Saúde prende-se na oportunidade de estudar o *burnout* em populações desconsideradas, como estudantes e indivíduos portugueses, e intervir nos mesmos.

Palavras-chave: *Burnout*; Estudantes; Trabalhadores; Variáveis Sociodemográficas; Género.

Abstract: Introduction: Although there have been numerous studies in this area, burnout in the Portuguese population and its impact remain little explored. The aim of this research was to assess the burnout levels of the sample, the impact of sociodemographic variables (professional status, age, gender and workload) on burnout and to identify group differences. **Method:** A quantitative, cross-sectional and comparative study was carried out on a sample of 754 Portuguese participants aged between 18 and 66 (mean = 32.31; SD = 12.56). To measure sociodemographic variables and burnout levels, we used an online questionnaire, aided by the Burnout Assessment Tool (Shaufeli *et al.*, 2019). **Results:** Students (mean =2.63; SD =.63) reported higher levels of burnout than workers (mean =2.25; SD =.57). Younger participants (mean =2.50; SD =.65) and women (mean=2.45; SD =.62) reported more burnout than older participants (mean =2.27; SD =.60) and men (mean=2.24; SD =.61). In contrast to other studies, we found that a lower workload was associated with higher levels of burnout. **Discussion:** The

relevance of this study for clinical and health psychology lies in the opportunity to study burnout in overlooked populations, such as Portuguese students and individuals, and to intervene in them.

Key-Words: Burnout; Students; Workers; Sociodemographic Variables; Gender.

Introdução

O *burnout* encontra-se fortemente associado à experiência de *stress* prolongado, caracterizada por dificuldades cognitivas que afetam, não só o indivíduo como também as organizações e a economia (Hoglund et al., 2020). As primeiras conceções de *burnout* focaram-se, principalmente, no contexto laboral e ocupacional, negligenciando o sofrimento de jovens e outros grupos, principalmente no meio académico (Maslach & Jackson, 1981).

Neste sentido, o estudo que desenvolvemos procurou abordar as diferenças no *burnout* em ambas as circunstâncias. Para tal, estabelecemos como objetivos a identificação e avaliação dos níveis de *burnout* de uma amostra de 754 participantes portugueses; a comparação dos mesmos entre diferentes grupos de participantes, de entre os quais trabalhadores e estudantes; a aferição da existência de associações significativas e a predição da influência de variáveis sociodemográficas neste construto. Para o efeito, foi definido um conjunto de hipóteses - *H1*: Os níveis de *burnout* encontram-se acima da média; *H2*: Os estudantes experienciam maiores níveis de *burnout* do que os trabalhadores; *H3*: As mulheres apresentam maiores níveis de *burnout* do que os homens; *H4*: As pessoas mais novas apresentam maiores níveis de *burnout* do que as pessoas mais velhas; *H5*: Existe uma associação significativa entre os níveis de *burnout* e a idade; *H6*: Existe uma associação significativa entre os níveis de *burnout* e a carga horária; *H7*: As variáveis sociodemográficas constituem preditores significativos do *burnout*.

Estado da arte

Na CID-11, a OMS (2018), define *burnout* como um síndrome derivado de *stress* ocupacional crónico excessivo, cuja gestão não é bem-sucedida. Embora não seja caracterizado como uma doença, o seu impacto negativo na saúde é reconhecido, bem como a frequente necessidade de prestação de serviços médicos (Będzik & Gołąb, 2022). Segundo o modelo de Maslach, o *burnout* abrange três dimensões que frequentemente se traduzem no descontentamento com as práticas desempenhadas: (1) exaustão emocional; (2) despersonalização ou cinismo; (3) eficácia profissional (Tomaschewski-Barlem et al., 2013). É, deste modo, crucial que as instituições incluam medidas preventivas do *burnout*, visto que não é um problema que surge de fatores individuais, mas sim como resultado das exigências da atividade profissional (Bouza et al., 2020). Além disso, verifica-se uma correlação entre o *burnout* e diversos problemas de saúde, nomeadamente a nível físico/psicossomático, psicológico e cognitivo (Schaufeli et al., 2019).

Ao analisar o impacto do *burnout* em estudantes e trabalhadores, constatou-se que os níveis de *burnout* em contexto académico são mais elevados do que no cenário profissional, principalmente devido à alteração das exigências e do contexto presente, indutor de *stress* (Drăghici & Cazan, 2022; Maymon et al., 2019). Segundo Artz et al. (2022), as mulheres são mais propensas a desenvolver e relatar *burnout* comparativamente aos homens, algo

possivelmente desencadeado pela desigualdade de género em contexto laboral e educacional. Para além disso, verifica-se que homens mais novos e mulheres entre os 20 e os 35 anos de idade são mais propensos a desenvolver *burnout*, suscetibilidade esta que também se aplica a mulheres acima dos 55 anos (Marchand et al., 2018). Várias investigações salientam a influência exercida por variáveis sociodemográficas nos níveis de *burnout*. Neste sentido, pessoas mais jovens, sobretudo mulheres, desvinculadas, sem filhos, que trabalham em contextos marcados por uma sobrecarga horária ou uma duração limitada, tendem a evidenciar níveis de *burnout* mais preocupantes (Campos, 2020).

Método

Os critérios que estabelecemos para a realização do estudo foram: nacionalidade portuguesa, residência em Portugal, idade superior a 18 anos, e ser trabalhador, estudante ou ambos. Conforme a Tabela 1, a amostra possui 754 participantes, todos portugueses e residentes em Portugal, entre os 18 e 66 anos (média = 32.31; DP = 12.56). A maioria identifica-se como mulher (65.2%), enquanto 33.5% são homens e 0.13% identificam-se com outros géneros. Em relação ao estado marital, 32.6% da amostra são solteiros/as com namorado/a. Relativamente à situação profissional, 52.1% são trabalhadores por conta de outrem. Os agregados familiares mais comuns possuem 3 pessoas (34.4%). A grande parte estudou até ao 12º ano (35.3%). No local de residência, 41.7% vive numa pequena cidade. A maioria apresenta um estatuto socioeconómico médio (57.9%) e assume-se como heterossexual (88%). A amostra é quase totalmente europeia / branca (97.5%).

Tabela 1 - Caraterísticas sociodemográficas da amostra (n=754; $M_{burnout} = 2.38$; $DP_{burnout} = .63$; $M_{idade} = 32.31$, $DP_{idade} = 12.56$; $M_{carga\ horária} = 32.26$; $DP_{carga\ horária} = 12.21$).

Variáveis		Frequências (n)	Percentagens (%)
Identidade de Género	Mulher	491	65.2%
	Homem	252	33.5%
	Fluído	5	.7%
	Não-Binário	4	.5%
	Homem Trans	1	.1%
Nacionalidade	Portuguesa	754	100%
País	Portugal	754	100%
Estado Marital	Solteiro/a sem namorar	220	29.2%
	Solteiro/a com namorado/a	246	32.6%
	Casado/a	203	26.9%
	União de facto	50	6.6%
	Divorciado/a - junto	1	.1%
	Divorciado/a – separado/a	24	3.2%
Agregado Familiar	Viúvo/a	10	1.3%
	Um elemento	77	10.2%
	Dois elementos	141	18.7%
	Três elementos	259	34.4%
	Quatro elementos	224	29.7%
Habilitações académicas	Cinco ou mais elementos	53	7.0%
	Até 9 anos de escolaridade	62	8.2%
	Até 12 anos de escolaridade	266	35.3%
	Formação universitária - licenciatura	260	34.5%

	Formação universitária–pós-graduação ou mestrado	142	18.9%
	Formação universitária - doutoramento	13	1.7%
	Outro	10	1.3%
Local de Residência	Pequeno meio rural	195	26.0%
	Grande meio rural	102	13.6%
	Pequena cidade	313	41.7%
	Grande cidade	136	18.1%
	Outro	4	.5%
Estatuto Socioeconómico	Baixo	37	4.9%
	Baixo-médio	216	28.7%
	Médio	436	57.9%
Orientação Sexual	Médio-alto	64	8.5%
	Assexual	3	.4%
	Lésbica	7	.9%
	Gay	14	1.9%
	Queer	4	.5%
	Pansexual	9	1.2%
	Heterossexual	660	88%
	Outro	1	.1%
Grupo Étnico/Racial	Europeu/branco	734	97.5%
	Mulato/mestiço/pardo	6	.8%
	Hispânico/latino	11	1.5%
	Outro	2	.3%
Situação Profissional	Estudante	245	32.5%
	Trabalhador/a-estudante	50	6.6%
	Trabalhador/a por conta própria	62	8.2%
	Trabalhador/a por conta de outrem	393	52.1%
	Reformado no ativo	1	.1%
	Outro	3	.4%

O questionário usado é composto por 44 itens, porém, neste estudo, recorreremos a apenas 37, para avaliar as variáveis que constam na tabela anterior. Para além disto, utilizámos 22 dos 23 itens da escala de *Burnout Assessment Tool* - BAT (Schaufeli et al., 2019). A escala mede 4 dimensões, de entre as quais a exaustão, a distância mental, o comprometimento cognitivo e o emocional. O BAT constitui um instrumento normativo e sistémico utilizado para medir níveis de *burnout* e veio substituir o *Maslach Burnout Inventory* - MBI (Redelinguys & Morgan, 2023). Cada item é composto por uma escala de *Likert* de 1 a 5, associado à frequência e identificação com os itens, em que 1 equivale a “nunca” e 5 equivale a “sempre”. Analisando a consistência interna, obtivemos um *Alpha de Cronbach* de $\alpha=.947$, indicando que a fiabilidade do instrumento é excelente.

Procedimentos

Foi elaborado o questionário “Preditores da Saúde e do Bem-Estar Psicológico em Portugal”, através da plataforma *Google Forms*, construído para a avaliação dos mesmos, cujo preenchimento tem uma duração de 15 a 20 minutos, tendo sido respeitados aspetos éticos como a confidencialidade e o consentimento informado. Foi disseminado entre contactos, *mailing lists* e redes sociais, sendo composto por 10 partes, 22 itens com dados sociodemográficos, 22 itens com dados de *burnout* e outros itens que não foram abordados neste estudo. Os dados obtidos foram analisados e transformados no programa “*Microsoft Excel*” e, posteriormente,

tratados com o programa de estatística “*IBM SPSS Statistics*” versão 29.0.1.0 para a análise das hipóteses.

Análise de Dados

Dos 860 participantes da amostra, retirámos um total de 106 casos, por não cumprirem os critérios definidos para a idade, residência e nacionalidade, situação profissional e cumprimento da regra de 80% de respostas nos itens do *Burnout Assessment Tool* (BAT). Substituímos, ainda, os casos omissos da variável idade pela média (M=32.31; DP=12.56), arredondada para 32. Também substituímos as idades em 3 casos por prováveis erros de digitação.

Após a análise e transformação no “*Microsoft Excel*”, para o tratamento de dados no programa “*IBM SPSS Statistics*”, usámos o teste *T de Student* para comparar os níveis de *burnout* da amostra entre grupos (situação profissional, género, faixas etárias). Para tal, criámos uma nova variável baseada na “idade” denominada “faixas etárias”, sendo o ponto de corte dos grupos dos participantes mais novos e mais velhos, o valor da mediana (Mn=28). As categorias referentes a diferentes modalidades de trabalho e ocupação foram agrupadas numa só (trabalhadores), ao criar a variável “situação profissional *recoded*”, o que permitiu avaliar mais eficazmente as divergências entre grupos. Para verificar a existência de uma associação significativa entre a carga horária e os níveis de *burnout*, e entre os mesmos e a idade, foi usado o coeficiente de correlação de *Pearson*. Utilizou-se a regressão linear para a análise de predição de forma a compreender o carácter preditor de variáveis sociodemográficas no *burnout*.

Resultados

O valor médio dos níveis de *burnout* obtidos na amostra foi de, aproximadamente, 2.38, inferior à mediana teórica (3 > 2.38). Isto indica que o *burnout* se encontra abaixo da média, ou seja, verificam-se valores mais baixos do que o esperado.

Tabela 2 - Resultados das comparações entre grupos (situação profissional, identidade de género e faixa etária) relativamente ao *burnout*.

Variáveis		Média (DP)	T (df)	p
Situação Profissional	Estudantes (n=245)	2.63 (.63)	699	.000**
	Trabalhadores (n = 456)	2.25 (.57)		
Identidade de Género	Mulheres (n = 491)	2.45 (.62)	741	.000**
	Homens (n = 252)	2.24 (.61)		
Faixa Etária	Mais jovens - <28 anos (n = 380)	2.50 (.65)	752	.000**
	Mais velhos - >28 anos (n = 374)	2.27 (.60)		

* p < .05

** p < .001

Atendendo à Tabela 2 e ao teste *T de Student*, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas (p< .05) nos níveis de *burnout* entre grupos (situação profissional, identidade de género e faixa etária). Na situação profissional (t(699)=8.206; p<.001), foram comparados os níveis de *burnout* entre trabalhadores e estudantes, na identidade de género (t(741)=4.440; p<.001), compararam-se os homens e as mulheres e nas faixas etárias (t(752)=4.952; p<.001), os participantes mais jovens e os mais velhos de acordo com a segunda, terceira e quarta hipóteses, respetivamente. Os resultados refletem que os estudantes (média=2.63; DP=.63), as

mulheres (média=2.45; DP=.62) e os participantes mais jovens (média=2.50; DP=.65) relatam maiores níveis de *burnout* do que os trabalhadores (média=2.25; DP=.57), os homens (média=2.24; DP=.61) e os indivíduos mais velhos (média=2.27; DP=.60) que integram a amostra.

Tabela 3 - Resultados das comparações entre grupos relativamente aos sintomas principais do *burnout* segundo o *Burnout Assessment Tool – BAT* (exaustão (1), distância mental (2), incapacidade de controlo cognitivo (3), incapacidade de controlo emocional (4)).

Variáveis	Grupos	Média (DP)	T (gl)	p	
1	Situação Profissional	Estudantes (n=245)	2.92 (.72)	699	.000**
		Trabalhadores (n = 456)	2.62 (.73)		
	Identidade de Género	Mulheres (n = 491)	2.83 (.74)	741	.000**
		Homens (n = 252)	2.52 (.73)		
	Faixa Etária	Mais Jovens- <28 anos (n = 380)	2.81 (.74)	752	.004*
		Mais Velhos - >28 anos (n = 374)	2.65 (.76)		
2	Situação Profissional	Estudantes (n = 245)	2.15 (.79)	697	.000*
		Trabalhadores (n = 456)	1.92 (.80)		
	Identidade de Género	Mulheres (n = 491)	1.96 (.78)	739	.098
		Homens (n = 252)	2.06 (.86)		
	Faixas Etárias	Mais Jovens- <28 anos (n = 380)	2.08 (.81)	750	.004*
		Mais Velhos - >28 anos (n = 374)	1.91 (.81)		
3	Situação Profissional	Estudantes (n = 245)	2.90 (.81)	699	.000**
		Trabalhadores (n = 456)	2.23 (.72)		
	Identidade de Género	Mulheres (n = 491)	2.54 (.81)	741	.000**
		Homens (n = 252)	2.31 (.80)		
	Faixas Etárias	Mais Jovens- <28 anos (n = 380)	2.68 (.84)	752	.000**
		Mais Velhos - >28 anos (n = 374)	2.26 (.74)		
4	Situação Profissional	Estudantes (n = 245)	2.68 (.83)	699	.000**
		Trabalhadores (n = 456)	2.28 (.75)		
	Identidade de Género	Mulheres (n = 491)	2.53 (.80)	741	.000**
		Homens (n = 252)	2.19 (.76)		
	Faixas Etárias	Mais Jovens- <28 anos (n = 380)	2.52 (.84)	752	.000**
		Mais Velhos - >28 anos (n = 374)	2.32 (.76)		

* p < .05

** p < .001

Relativamente aos sintomas principais avaliados pelo *Burnout Assessment Tool (BAT)*, representados na Tabela 3, foram verificadas diferenças significativas entre grupos ($p < .05$), tendo como base as categorias anteriores. Na situação profissional, os estudantes relatam maiores níveis de exaustão ($t(699)=5.270$; $p < .001$; média=2.92, DP=.72), distância mental ($t(697)=3.665$; $p < .001$; média=2.15; DP=.79), incapacidade no controlo cognitivo ($t(699)=11.162$; $p < .001$; média=2.90, DP=.81) e emocional ($t(699)=6.468$; $p < .001$; média=2.68, DP=.83) do que os trabalhadores (média=2.62, DP=.73; média=1.92, DP=.80; média=2.23, DP=.72; média=2.28, DP=.75, respetivamente). No género, as mulheres reportam maiores níveis de exaustão ($t(741)=5.421$; $p < .001$; média=2.83, DP=.74), incapacidade de controlo cognitivo ($t(741)=3.615$; $p < .001$; média=2.54, DP=.81) e emocional ($t(741)=5.489$; $p < .001$; média=2.53, DP=.80) do que os homens (média=2.52, DP=.73; média=2.31, DP=.80; média=2.19; DP=.76, respetivamente), enquanto que estes (média=2.06; DP=.86) apresentam maior distanciamento mental ($t(739)=1.656$; $p = .098$) que as mulheres (média=1.96; DP=.78), não constituindo, porém, uma diferença estatisticamente significativa

($p > .05$). Por último, a nível da faixa etária, os participantes mais jovens relatam maiores níveis de exaustão ($t(752)=2.897$; $p=.004$; média=2.81, DP=.74), distância mental ($t(750)=2.865$; $p=.004$; média=2.08, DP=.81), incapacidade de controlo cognitivo ($t(752)=7.337$; $p<.001$; média=2.68, DP=.84) e emocional ($t(752)=3.512$; $p<.001$; média=2.52, DP=.84) do que os mais velhos (média=2.65, DP=.76; média=1.91, DP=.81; média=2.26; DP=.74; média=2.32; DP=.76, respetivamente).

Tabela 4 - Resultados das correlações entre a carga horária e a idade com o *burnout*.

Variáveis	1	2	3
1 - Idade	-	.305**	-.181**
2 - Carga Horária	.305**	-	-.124**
3 - <i>Burnout</i>	-.181**	-.124**	-

* $p < .05$

** $p < .001$

A Tabela 4 descreve as associações entre a carga horária ($r=-.124$; $p<.001$) e a idade ($r=-.181$; $p<.001$) com o *burnout*, recorrendo ao coeficiente de *Pearson*. Ambas as correlações são negativas, fracas e significativas.

Tabela 5 - Resultados do modelo de regressão simples de predição do *burnout*, com base nas variáveis sociodemográficas.

Variáveis	Modelo	R = .363	R ² = .132
	B	Erro	β (padronizado)
Constante	3.748	.231	
Idade	.004	.003	.082
Identidade de género	-.121	.041	-.104*
Estado marital	-.062	.023	-.123*
Agregado familiar	-.007	.021	-.013
Habilitações	-.007	.023	-.011
Residência	.042	.021	.071*
Estatuto socioeconómico	-.161	.033	-.175**
Orientação sexual	-.064	.025	-.090*
Grupo étnico/racial	-.062	.075	-.029
Situação profissional	-.124	.023	-.269**
Carga horária	.001	.002	.016

* $p < .05$

** $p < .001$

Para avaliar o poder preditivo das variáveis sociodemográficas (idade, identidade de género, estado marital, agregado familiar, habilitações académicas, área de residência, estatuto socioeconómico, orientação sexual, grupo étnico/racial situação profissional e carga horária) nos níveis de *burnout* foi conduzida uma regressão linear simples, cujos resultados se encontram na Tabela 5. Este modelo ($F(11;732)=10.117$; $p<.001$) permitiu explicar, aproximadamente, 13% da variância dos níveis de *burnout* ($r=.363$; $r^2=.132$), destacando-se como melhor preditor a situação profissional ($\beta=-.269$; $p<.001$), um preditor moderado, negativo e significativo.

Discussão

A *H1*, que visava a análise dos níveis de *burnout*, foi rejeitada por se verificarem níveis mais baixos de *burnout* do que o esperado.

Relativamente à *H2*, esta foi confirmada, verificando-se maiores níveis de *burnout* nos estudantes do que nos trabalhadores. Isto pode ser explicado pelo facto de os estudantes universitários enfrentarem um conjunto de novos desafios de natureza académica, pessoal, financeira e social indutores de *stress* (López et al., 2018; Mitreva et al., 2019; Liu et al., 2023).

A *H3* foi também corroborada, tendo-se confirmado que as mulheres relatam maiores níveis de *burnout* do que os homens. Isto deve-se às pressões vividas no contexto académico e profissional no âmbito de preconceitos, estereótipos e expectativas relativas ao género (Artz et al., 2022). O facto de os resultados se basearem no autorrelato faz com que as respostas relativas aos níveis de *burnout* sejam condicionadas pelo papel social e as perceções que cada género possui relativamente às suas respostas fisiológicas ao *stress* (Artz et al., 2022; Canazei et al., 2018).

Em relação à *H4*, também foi confirmada, verificando-se maiores relatos de *burnout* nos jovens. Isto acontece na medida em os trabalhadores mais novos apresentam menor experiência profissional, capacidade de lidar com as exigências laborais e de conciliar a sua vida pessoal com a profissional (Lim et al., 2010; Shoman et al., 2021). Nesta linha, a *H5* também obteve confirmação, tendo sido verificada uma correlação significativa, porém fraca e negativa entre a idade e o *burnout*, indicando que à medida que a idade aumenta, o *burnout* diminui, e vice-versa.

A *H6* foi corroborada, verificando-se uma correlação negativa, fraca e significativa entre a carga horária e o *burnout*, ou seja, menos horas de trabalho estão associadas com maior *burnout*, já que a limitação do tempo de trabalho pode aumentar a pressão associada à conclusão de tarefas dentro de prazos. Estes resultados podem derivar das características da amostra e da existência de trabalhadores-estudantes que, apesar de terem um menor horário laboral, têm ainda, responsabilidades académicas. No entanto, estas evidências não convergem com outros estudos (Aharoni-Goldenberg, 2017).

Por último, a *H7* também foi comprovada, na medida em que as variáveis sociodemográficas se revelaram importantes preditores do *burnout*, tendo-se destacado a situação profissional, um preditor significativo, moderado e negativo.

Como limitações destacamos: o facto de se tratar de um questionário *online* que não se avalia apenas o *burnout*; a possibilidade de interromper e retomar o preenchimento do mesmo a qualquer momento, noutra contexto e estado de humor; o facto de não se considerar o contexto laboral e a sua especificidade; a dificuldade de generalização a outras culturas e contextos devido ao método adotado e não se tratar de um estudo longitudinal (visto que nos cingimos à população portuguesa e desconsiderámos a evolução do mesmo ao longo dos anos); a desvalorização de variáveis individuais; e a quantidade diminuta de literatura relativa a variáveis relevantes e a desatualização temporal de grande parte da informação.

Como pontos fortes salientamos o foco na população portuguesa, pouco estudada, tal como diversas idades e regiões do país; a atenção fornecida aos estudantes neste contexto, muitas vezes negligenciados num fenómeno associado ao nível profissional, que permite concluir a necessidade de intervir junto deste grupo que apresenta maiores níveis de *burnout*. Enfatizamos ainda a importância da realização de estudos longitudinais focados nesta problemática em diferentes grupos e de investigações mais amplas com amostras maiores e mais diversas em termos etários e culturais.

Referências Bibliográficas

- Artz, B., Kaya, I., & Kaya, O. (2022). Gender role perspectives and job burnout. *Rev Econ Household*, 20, 447-470. <https://doi.org/10.1007/s11150-021-09579-2>
- Będzik, B., & Gołąb, S. (2022). Occupational burnout syndrome in the context of organization management. *Zeszyty Naukowe*. <https://doi.org/10.29119/1641-3466.2022.156.3>
- Bouza, E., Gil-Monte, P. R., & Palomo, E. (2020). Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en los médicos de España. *Revista Clínica Española*, 220(6), 359–363. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.02.002>
- Campos, B. N. V. L. A. D. (2020). *Burnout no mundo do trabalho: a relação da síndrome com as variáveis sociodemográficas em contexto de confinamento e pandemia* (Doctoral dissertation, Instituto Superior de Economia e Gestão)
- Canazei, M., Bassa, D., Jimenez, P., & Buehner, M. (2018). Gender Differences in Different Dimensions of Common Burnout Symptoms in a Group of Clinical Burnout Patients. *Neuropsychiatry*, 8(6), 1967-1976. <https://doi.org/10.4172/Neuropsychiatry.1000539>
- De Souza, M. B. C. A., Helal, D. H., & De Paiva, K. C. M. (2019). Análise descritiva das dimensões do burnout: um estudo com jovens trabalhadores. *Cadernos Brasileiros De Terapia Ocupacional*, 27(4), 817–827. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1778>
- Drăghici, G. L., & Cazan, A. M. (2022). Burnout and Maladjustment Among Employed Students. *Frontiers in Psychology*, 13(1). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.825588>
- Hoglund, P., Hakelind, C., & Nordin, S (2020). Severity and prevalence of various types of mental ill-health in a general adult population: age and sex differences. *BMC Psychiat*. 20, 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02557-5>
- Lim, N., Kim, E. K., Kim, H., Yang, E., & Lee, S. M. (2010). Individual and work-related factors influencing burnout of mental health professionals: A meta-analysis. *Journal of Employment Counseling*, 47(2), 86-96.
- Liu, Z., Xie, Y., Sun, Z., Liu, D., Yin, H., & Shi, L. (2023). Factors associated with academic burnout and its prevalence among university students: a cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 23. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04316-y>
- López, H. H. E., Almanza, S. A .D. L. C., Bahamón, M. J, Maldonado, J. P., Martelo, A. M. C. (2018). Burnout Académico y su Relación con el Bienestar Psicológico en Estudiantes Universitarios. *Revista Espacios: Saint-Jean-de-Védas*, 39. <http://www.revistaespacios.com/a18v39n15/a18v39n15p07.pdf>
- Marchand, A., Blanc, M. E., & Beaugard, N. (2018). Do age and gender contribute to workers' burnout symptoms? *Occupational Medicine*, 68(6), 405–411.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1981), The measurement of experienced burnout. *J. Organiz. Behav.*, 2: 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maymon, R., Hall, N. C., & Harley, J. M. (2019). Supporting First-Year Students during the Transition to Higher Education: The importance of quality and source of received support for Student Well-Being. *Student Success*, 10(3), 64–75. <https://doi.org/10.5204/ssj.v10i3.1407>
- Mitreva, E., Gjorgjieva, S., Filiposki, O., & Gjorshevski, H. (2019). Stress and Quality of Life among Higher Education Students in Macedonia. *Qual. Access Success*, 20, 166–170
- Shoman, Y., El May, E., Marca, S.C., Wild, P., Bianchi, R., Bugge, M.D., Caglayan, C., Chepte, D., Gnesi, M., Godderis, L., et al. (2021). Predictors of Occupational Burnout: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 9188.
- Tomaschewski-Barlem, J. G., Lerch Lunardi, V., Marcelino Ramos, A., Silva da Silveira, R., Devos Barlem, E. L., & Mirapalheta Ernandes, C. (2013). Manifestações da síndrome de burnout entre estudantes de graduação em enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 22(3). <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000300023>

CAPÍTULO 5

Estigma e posvenção: familiares enlutados por suicídio

Elisabete Barboza de Araújo Reges & Ieda Franken

UFPB, Brasil

Autor correspondente: Elisabete Barboza de Araújo Reges

e-mail: elisabete.reges@gmail.com

Resumo: Suicídio é um fenômeno complexo e multifatorial em que ocorre uma morte autoprovocada com a intenção de obter esse resultado. As estatísticas apontam acima de 700 mil casos ao ano em todo o Planeta e decorrente dessa autoaniquilação, há aqueles que são por ela impactados. A posvenção são ações de cuidado e assistência que objetivam o cuidado e acolhimento aos enlutados pelo suicídio. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que objetiva abordar o tema suicídio com um recorte no estigma e posvenção. Foram pesquisados 17 livros, 6 artigos, 2 manuais, 2 cartilhas, 2 dissertações e 1 tese sugeridos pela equipe técnica científica em trabalho de conclusão de curso de especialização em Suicidologia realizado entre os anos de 2021 e 2023. Observou-se que o estigma atua como um complexificador do enlutamento por suicídio em familiares de certo vínculo proximal e afetivo, o que torna esse sofrimento silencioso e silenciado, pois permeado de vergonha e julgamento. Concluiu-se que a posvenção é ainda pouco conhecida no Brasil e que essas pessoas que permaneceram após essa tragédia não vêm sendo consideradas de modo adequado nas suas especificidades. Este trabalho tem seus limites apesar de se basear em referenciais nacionais e internacionais da Suicidologia contemporânea. Espera-se que esse estudo seja ampliado a fim de aprofundar conhecimentos referentes aos sofrimentos e assistência dos enlutados, a posvenção, novos saberes na área da Psicologia Clínica e da Saúde.

Palavras-chave: suicídio; posvenção; familiares enlutados.

Abstract: Suicide is a complex and multifactorial phenomenon in which a self-inflicted death occurs with the intention of obtaining this result. Statistics point to over 700,000 cases per year across the planet and as a result of this self-annihilation, there are those who are impacted by it. Postvention means care and assistance actions that aim to provide care and support for those bereaved by suicide. This is a bibliographical research that aims to address the topic of suicide with a focus on stigma and postvention. 17 books, 6 articles, 2 manuals, 2 booklets, 2 dissertations and 1 thesis were researched, suggested by the scientific technical team in the

conclusion work of a specialization course in Suicidology carried out between the years 2021 and 2023. It was observed that stigma acts as a complex factor in mourning due to suicide in family members with a certain proximal and affective bond, which makes this suffering silent and silenced, as it is permeated with shame and judgment. It was concluded that postvention is still little known in Brazil and that these people who remained after this tragedy have not been adequately considered in their specificities. This work has its limits despite being based on national and international references of contemporary Suicidology. It is expected that this study will be expanded in order to deepen knowledge regarding the suffering and assistance of the bereaved, postvention, new knowledge in the area of Clinical and Health Psychology.

Key words: suicide; postvention; bereaved family members.

Introdução

Suicídio é um fenômeno complexo e multifatorial que está presente em diferentes países e culturas e por isso tornou-se questão de relevância para a saúde pública mundial. Vários são os atravessamentos que perpassam a temática, a depender do enfoque que se propõe, mas pode-se afirmar que *“o fenômeno do suicídio exige uma análise da culminação dos fatores psicossociais e das experiências singulares do indivíduo”* (Lima & Navasconi, 2022, p. 8).

Na era moderna, o suicídio caminha de crime e pecado, oriundo de um enfoque religioso, principalmente pós Santo Agostinho (Reis, 2020), para a seara da Psiquiatria, mas sem se desvencilhar da questão moral que o cerca: o preconceito e o estigma permanecem vinculados tanto àqueles que apresentam ideação ou comportamento suicida, tendo ou não êxito na autoaniquilação, quanto aos familiares enlutados pelo suicídio.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2023) aponta mais de 700 mil casos de suicídio ao ano – isso desconsiderando o grave problema das subnotificações, o que acarretaria um número ainda de maior proporção. Decorrente do êxito da consumação do ato de autoextermínio, várias pessoas são impactadas. Os números variam de pesquisa para pesquisa: algumas afirmam de 5 a 10 pessoas (WHO, 2014; Bertolote, 2012), outras chegam a declarar que até 115 pessoas são afetadas por um suicídio (Naasp, 2015). Dentre esse universo, temos o recorte dos familiares enlutados por suicídio, mormente aqueles que em virtude de sua relação proximal e afetiva com àquele que saiu da vida por essa forma de morte tem o sofrimento desse luto potencializado devido ao preconceito e estigma a que está submetido.

A posvenção surge como cuidado e acolhimento das pessoas que vivenciaram essa perda, pois é uma forma de proporcionar assistência na elaboração desse enlutamento que traz em seu bojo certas especificidades.

A presente discussão busca refletir sobre como se reverbera o estigma que atravessa a temática do suicídio nos familiares enlutados por suicídio e como o enfoque sobre a posvenção pode contribuir na área da Psicologia Clínica e da Saúde proporcionando apoio profissional adequado no cuidado a esses enlutados.

Dados estatísticos e regulamentação legislativa: Portugal e Brasil

Em Portugal, ocorrem ao menos três suicídios por dia (OPP, 2022), o que nos conduz ao número de 1.095 ocorrências ao ano. Pautando-se nas pesquisas mencionadas, em Portugal seria

possível considerar de 5.475 a 125.925 pessoas afetadas anualmente pelo suicídio. No Brasil, os últimos dados apontam 16.406 suicídios no ano de 2023 (SINESP, 2024), do qual decorreriam entre 82.030 e 1.886.690 pessoas afetadas. Em escala mundial, mais de 100.000.000 de pessoas sofrem o impacto desse fenômeno (WHO, 2023).

Esses dados além de alertarem para necessidade de se pensar em estratégias de cuidado e acolhimento para esse público, ainda não contemplado em medidas direcionadas a ele, também exortam a magnitude do número de pessoas que sofrem o impacto pela forma abrupta causada por esse tipo de morte. Onde estão essas pessoas? Que cuidados têm sido dispensados a elas?

No Brasil foi promulgada a Lei nº 13.819/2019 que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Um dos objetivos em seu art. 3º, V diz respeito a “*abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídios e garantir-lhes a assistência psicossocial*” (Brasil, 2019). Embora se reconheça a importância do referido diploma, a ausência de programas e políticas públicas que de modo concreto dêem efetividade à referida lei ainda é um processo em construção.

Em Portugal, em janeiro de 2024, no âmbito da prevenção, foi promulgada a Lei 17/2024 que cria uma linha nacional para a prevenção do suicídio e de comportamentos autolesivos que funciona todos os dias 24 horas por dia e é financiada pelo Orçamento do Estado português (Portugal, 2024).

O recorte aqui proposto recai sobre os familiares enlutados pelo suicídio que experimentam e vivenciam o estigma social devido ao vínculo proximal e afetivo que mantinham com seu ente querido. Essa trágica perda carrega consigo certas especificidades que não podem ser desconsideradas.

O conceito de estigma e o suicídio

O termo estigma deriva dos gregos que o criaram “*para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava*” (Goffman, 2022, p. 11). Embora os sinais fossem realizados com cortes ou fogo no corpo físico, isso se dava para demarcar algo pejorativo no *status* daquela pessoa, o qual reverberava na sua identidade social. Aquilo que se origina como uma marcação física passa a ser uma marcação simbólica em que o estigmatizado passa a ser percebido de forma negativa pela sociedade.

Segundo Goffman (2022), em nossas relações sociais, estabelecemos categorias para as pessoas e os atributos inerentes a cada categoria. Essas preconceções são transformadas em rigorosas expectativas normativas e exigências sociais. Segundo o autor, o modo como percebemos o outro a partir desses parâmetros construídos no seio social seria sua identidade social virtual ao passo que as categorias e atributos que são, na realidade, por ele apresentados seria sua identidade social real.

O estigma surge quando há discrepância entre a identidade social virtual e a identidade social real, ou seja, quando a pessoa não atende as exigências e expectativas normativas que dela são reivindicadas socialmente, pois possui atributos que a tornam diferente dos outros. “*O termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo*” (Goffman, 2022, p. 13). Quando isso ocorre, a pessoa não mais é considerada uma pessoa

comum e total, ou seja, o estigmatizado é reduzido a um ser parcial circunscrito àquela marca pejorativa que lhe é atribuída.

Ao abordarmos o suicídio, é preciso considerar que toda uma carga histórica ligada à visão de crime e pecado, principalmente após Santo Agostinho (Reis, 2020), vem acoplada ao tema. Essa conexão delimitou a questão no campo moral e traz como consequência uma redução da pessoa em sofrimento psíquico a um corpo biológico doente suicida. São séculos de estigmatização em que o sofrimento é silenciado e mais recentemente tamponado com uma medicalização cada vez mais crescente. À fala é imposto um silenciamento do sujeito em sofrimento em que a palavra não tem vez.

Estigma como um complexificador do enlutamento dos familiares por suicídio

O estigma social que perpassa à temática do suicídio é imputado àquele que saiu da vida por esse modo de morrer. Um caso relatado por Fukumitsu (2019) traz o depoimento de uma filha cujo pai se autoexterminou: *“porque acho que o suicídio faz uma coisa muito horrível com as pessoas. Ele deixou de ser o meu pai para ser um suicida. Eu perdi não só a pessoa física que ele era, mas o direito de ter um pai porque ninguém fala nele.”* (p. 35) O estigma social provoca a redução do sujeito àquela marca do traço pejorativo que lhe foi imputado.

São muitas as pessoas impactadas pela ocorrência de um suicídio conforme vimos anteriormente e dentre elas estão os familiares. O recorte aqui proposto foca os familiares que por uma relação proximal e afetiva são afetados pelo suicídio de um ente querido de tal forma que são cooptados para seara da estigmatização. Eles sofrem uma forma de contágio estigmatizante devido ao vínculo que possuíam com aquele que teve esse tipo de morte autoinfligida. O estigma que se processa sobre o fenômeno do suicídio e recai sobre àquele que optou por essa forma de morte reverbera no familiar enlutado que passa a ocupar também um campo de estigmatização.

Silva (2009) pontua que *“familiares de suicidas são mais responsabilizados e evitados pelas pessoas do que os que são por outros tipos de perda, o que pode aumentar a tendência ao isolamento, à culpabilização de si mesmos e à intensidade de falar sobre o assunto”*. (p. 139/140) Prossegue, ainda, a autora ao mencionar o alto grau de estigma social que é dirigido aos familiares quando há uma morte por suicídio em sua família: *“sobre essas famílias recaem inúmeros rótulos. Elas passam a ser definidas como famílias desajustadas, desequilibradas e desestruturadas, disfuncionais, incapazes de dar amor, carinho, cuidado e limite”* (SILVA, 2009, p. 141). Fukumitsu (2019) nessa mesma linha corrobora que os familiares enlutados por suicídio ouvem comentários injustos tanto sobre si quanto a respeito da pessoa familiar que saiu da vida por essa forma de morte.

O tabu de falar sobre o assunto, o julgamento social, os sentimentos de vergonha e culpa pela abordagem moral a que está submetido o tema do suicídio são barreiras que dificultam o acolhimento dessas pessoas e, ainda, mais preocupante, potencializam seu sofrimento. O estigma surge como um agravante desse enlutamento, podendo, inclusive, afetar tanto a saúde física quanto mental desse familiar. Segundo Silva (2015) *“no suicídio, em função do estigma, há uma falha no suporte social ao enlutado, trazendo uma mágoa por não poder, não querer ou não conseguir expressar os sentimentos”*. (p. 118)

Essa falha no apoio social também é mencionada por Casellato (2015) ao afirmar que ainda é embrionária a forma de cuidado que temos com nossos enlutados e que há uma forte desatenção

a esses lutos não reconhecidos por serem perdas desvalorizadas socialmente. A autora salienta, ainda, que *“lutos não reconhecidos são frequentemente observados em situações estigmatizadas, e podemos afirmar que uma das mais complexas refere-se às perdas por suicídio”*. (p. 12)

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014) declara que

o tabu e o estigma que gira em torno do suicídio ainda persistem e em geral fazem com que as pessoas não busquem ajuda ou, então, são deixadas sozinhas. E, em muitos casos, quando procuram auxílio muitos sistemas e serviços de saúde falham em fornecer informações esclarecedoras e ajuda eficaz”. (p. 2) (tradução nossa)

Note-se que dificuldades de um suporte adequado também ocorre na rede de saúde, seja ela pública ou privada, o que compromete uma abordagem sensível de forma que o familiar enlutado se sinta amparado e seguro para expressão de suas emoções.

Luto e enlutamento por suicídio

Luto é um processo de natureza salutar. São muitas as formas de luto que podemos abarcar tais como a perda de um emprego, uma troca de cidade para morar ou uma separação amorosa, por exemplo. Contudo, o trabalho aqui proposto se refere à perda de alguém estimado por morte biológica e que não vai mais fazer parte da vida da pessoa, pelo menos fisicamente.

Não há um modo padronizado ou uma fórmula estabelecida de se viver o luto, pois as experiências são subjetivas, singulares e cada pessoa vai experimentar a seu modo, o que não significa que possa haver a necessidade de uma intervenção profissional, caso seja necessário. A abordagem aqui tomada defende que luto não é doença! Devine (2017) critica a ideia de que luto seja um problema a ser solucionado e afirma que *“agimos como se o luto devesse ser resolvido quanto antes, como uma doença que precisa de cura, e não uma reação natural à perda”*. (p. 29) Franco (2021) ao abordar o assunto assevera que *“luto é uma reação universal a uma perda, tendo ocorrido ao longo de toda a história da humanidade e em diferentes culturas”*. (p. 54) Desse modo, infere-se que o modo de reagir a essa perda vai diferir de cultura para cultura, mas ela nos é universal enquanto humanos.

O que vem ocorrendo é uma patologização do processo de luto e, como consequência, uma medicalização cada vez mais crescente do sofrimento natural oriundo de uma perda que o luto traz em seu bojo e, com isso, silenciando a voz do sujeito e dificultando ou, mesmo, obstaculizando a elaboração do processo de enlutamento. O enlutado demanda uma escuta, um acolhimento em que ele possa ressignificar essa perda e esse vínculo que possuía com a pessoa que faleceu. *“A morte não termina um relacionamento, apenas o modifica”* (Devine, 2021, p. 153).

Especificidades do enlutamento por suicídio dos familiares

O enlutamento por suicídio possui especificidades. Essa afirmação não tem o condão de hierarquizar os lutos ou aferir sofrimentos maiores ou menores, uma vez que o sofrimento é da ordem do subjetivo. Scavacini (2018) salienta que

na maioria das vezes, o luto é enfrentado sem ajuda especializada, no entanto, o que se observa é que o luto por suicídio traz consigo algumas características

peculiares que deixam marcas naqueles que vivem esse tipo de luto, por isso, seu enfrentamento é diferenciado de outras causas de morte. (p. 47)

Tal peculiaridade é corroborada por Bertolote (2012): “os sobreviventes do suicídio têm maior probabilidade de desenvolver sentimentos de responsabilidade pela morte do ente querido que os que perderam alguém por causas naturais, além de se sentirem mais envergonhados e isolados dos demais”. (p. 120)

Os sentimentos de vergonha, culpa, o julgamento social, a autorresponsabilização possuem profunda conexão com o processo de estigmatização a que estão submetidos os familiares enlutados por suicídio. Clark (1995) aponta que

quando a morte se deu por suicídio, fatores como estigma social, medo, culpa e auto-acusação podem afetar o apoio que nos oferecem, bem como nossas reações. A maioria das pessoas se sente sozinha e isolada por certo tempo durante o luto e essas emoções são intensificadas caso a pessoa enlutada se sinta estigmatizada ou culpada. (p. 13)

Posvenção

Edwin Shneidman é considerado o pai da Suicidologia. Ele cunhou o termo posvenção ao se referir à assistência devida às pessoas enlutadas por suicídio. Posteriormente, o termo foi ampliado para abarcar toda pessoa que tenha sido impactada pela morte de alguém que se tenha dado pelo suicídio. Desta forma, “qualquer pessoa que tenha se sentido afetada pelo suicídio de alguém é um sobrevivente e para cada um deles é necessário um cuidado diferenciado” (Scavacini et al., 2020). O acolhimento em forma de ações cuidadosas a esses enlutados, conforme Shneidman (1973) assevera, faz da própria posvenção um aspecto da prevenção ao suicídio para as futuras gerações.

Devido à condenação moral que se mantém arraigado ao fenômeno do suicídio e às especificidades que envolvem esse enlutamento, é importante que se especializem serviços e ações que sejam orientados para essas pessoas. Botega (2015) ao tratar da questão informa que “programas de posvenção são raros. Dos 52 países-membros da Associação Internacional de Prevenção do Suicídio (IASP – International Association for Suicide Prevention), apenas 14 contam com serviços destinados a pessoas enlutadas pelo suicídio”. (p. 234)

Uma das formas de atuação na posvenção na assistência a esses enlutados é fomentar a criação de grupos de apoio. Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008), os grupos de apoio constituem poderoso e construtivo instrumento de suporte aos enlutados, tanto no que tange aos enlutados a ajudarem a si mesmos como ajudarem uns aos outros. Esse espaço facilita um ambiente em que podem expressar suas dores:

existem mais tabus associados à discussão do suicídio do que a qualquer outra forma de morte. Aqueles enlutados por suicídio muitas vezes sentem dificuldades e acham muito difícil admitir que a morte de seu ente querido foi por suicídio, e as pessoas muitas vezes se sentem desconfortáveis em falar sobre o suicídio com os enlutados. (p. 4)

Métodos

O estudo foi realizado a partir de uma pesquisa bibliográfica que objetiva abordar o tema suicídio com um recorte no estigma e posvenção no que concerne aos familiares enlutados por suicídio. Foram pesquisados livros, artigos, manuais, cartilhas, dissertações e tese suscitados pela equipe discente nacional e internacional e técnica científica de um trabalho de conclusão de curso de especialização em Suicidologia realizado entre os anos de 2021 e 2023 no Brasil.

Resultados

O número de pessoas afetadas pelo suicídio no mundo ultrapassa a marca dos 100.000.000. No Brasil, essa marca se aproxima de 2.000.000 e em Portugal ultrapassa os 100.000. Esses são dados significativos que indicam a urgência de construção de estratégias coordenadas que vislumbrem o atendimento a essas pessoas e as acolham em seu sofrimento psíquico.

A prevenção do suicídio é mais disseminada do que a posvenção, conceito este ainda incipiente até mesmo na Psicologia Clínica e da Saúde. Aos familiares que possuem estreita vinculação com àquele que se valeu do modo de morrer através do suicídio foram imputados uma carga de estigmatização que os situam sob o manto de um julgamento social de cunho moral, o que provoca um (auto)isolamento e potencializa seus sofrimentos.

Discussão

Os estudos levantados apontaram que o estigma atua como um complexificador no enlutamento por suicídio. A estigmatização desse enlutamento faz com que o enlutado tenha dificuldade de pedir ajuda pela concepção pejorativa atribuída ao fenômeno do suicídio advinda do meio social.

Um dos pontos a se trabalhar é a desestigmatização do suicídio a partir da disseminação de informações claras e confiáveis tanto ao público em geral quanto nos espaços da área da saúde. Essa ação, quando consolidada, refletirá diretamente na experiência do enlutamento por suicídio tornando possível a expressão dos sentimentos sem está submetido ao julgamento moral e social.

Faz-se importante ressaltar que haver uma morte por suicídio na família é um dos fatores de risco para o próprio suicídio. Portanto, a posvenção atua como uma prevenção em forma de retroalimentação do cuidado. É preciso ampliar a perspectiva equivocada que circunscreve o processo de luto à esfera da psicopatologia, pois tal reducionismo só acentua o estigma já vigente no processo de elaboração do enlutamento por suicídio.

O presente trabalho alcançou o objetivo proposto que foi o de refletir, a partir de obras da literatura especializada, sobre a reverberação do estigma no enlutamento dos familiares por suicídio e, revelou de como se mostra incontestemente a necessidade de implantação de programas específicos de posvenção na área da saúde e uma maior especialização no âmbito da Psicologia Clínica, em atendimentos à população envolvida. Cientes da limitação deste estudo, acredita-se que estes achados possam servir de subsídios a outros estudos que se utilizem de metodologias mais amplas, empíricas e direcionadas para o efetivo atendimento de pessoas enlutadas por suicídio.

Referências Bibliográficas

- Bertolote, J. M. (2012). *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo: Ed. Unesp.
- Botega, N. J. (2015). *Crise suicida: avaliação e manejo*. Porto Alegre: Ed. Artmed.
- Brasil. (2019). Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113819.htm
- Casellato, G. (2020). Apresentação. In Casellato, G. (Org.), *O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido* (p. 12). São Paulo: Summus editorial.
- Clark, S. (2007). *Depois do suicídio: Apoio às pessoas em luto* (1ª ed.; M. Borges, Trad.). São Paulo: Gaia. (Trabalho original publicado em 1995)
- Devine, D. (2021). *Tudo bem não estar tudo bem*. Rio de Janeiro: Sextante.
- Franco, M. H. P. (2021). *O luto no século 21: uma compreensão abrangente do fenômeno*. São Paulo: Summus editorial.
- Fukumitsu, K. O. (2019). *Sobreviventes enlutados por suicídio: cuidados e intervenções*. São Paulo: Summus Editorial.
- Goffman, E. (2022). *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (4a ed.; M B. M. L. Nunes, Trad.). Rio de Janeiro: LTC. (Trabalho original publicada em 1963)
- Lima, L. & Navasconi, P. V. P. (2022). Apresentação. In Lima, L. & Navasconi, P. V. P (Orgs.), *(Re)pensando o suicídio_ subjetividades, interseccionalidade e saberes pluriépistêmicos* (p. 8). Salvador: Edufba.
- Ministério da Justiça e Segurança Pública. *Mapa da segurança pública 2024: ano-base 2023*. Brasília. Sinesp, 2024
- National Action Alliance for Suicide Prevention (2015). Repending to grief, trauma, and distress after a suicide. *U. S. National Guidelines*. Washington: Naasp. <https://theactionalliance.org/sites/default/files/inline-files/NationalGuidelines.pdf> Acesso em: 02 mai. 2024.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2021). *Vamos falar sobre suicídio?* https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/opp_diamundialprevencaosuicidio_documento.pdf
- Portugal. (2024). Lei nº17/2024. <https://portugal2030.pt/legislacao/decreto-lei-n-o-17-2024/>
- Reis, A. H. (2020). *História do suicídio: Livro I. Variações antigas e o domínio do Cristianismo*. Belo Horizonte: Páginas Editora.
- Scavacini, K., Cornejo, E. R., Cescon, L. F., Guedes, I., Cacciacarro, M. F. & Motoyama, E. P. (2020). *Posvenção: orientações para o cuidado ao luto por suicídio*. <https://vitalere.com.br/wp-content/uploads/2020/08/Cartilha-Posvencao-e-Cuidado-ao-Luto-por-Suicidio-Vita-Alere.pdf>
- Shneidman, E. (1973). *Deaths of a man*. New York: Quadrangle.
- Silva, D. R. (2009). *E a vida continua... o processo de luto dos pais após o suicídio de um filho*. Dissertação de mestrado não publicada, Programa de pós-graduação em Psicologia clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, Brasil.
- World Health Organization. (2008). *Preventing suicide: how to start a survivors' group*. Geneva: WHO <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44801>
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: WHO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/131056/?sequence=1>
- World Health Organization. (2023). *Suicide*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

CAPÍTULO 6

Perceção da saúde em Portugal: diferenças entre géneros e estatutos socioeconómicos

Ana Serpa, Beatriz Viana, Catarina Engrácio, Maria João Pires

Universidade da Beira Interior, Portugal

Autor Correspondente: Beatriz Viana. E-mail: Ferreira.viana7bf@gmail.com

Resumo

Introdução: Pesquisas anteriores sobre a avaliação da perceção da saúde física e mental destacam diferenças significativas entre géneros e estatutos socioeconómicos. Este estudo amplia essas descobertas ao incluir variáveis como uso de medicação, apoio profissional e diagnósticos de doenças físicas e mentais. Tem como objetivo avaliar a perceção da saúde física e mental na sociedade portuguesa, analisando diferenças entre géneros e estatutos socioeconómicos. **Métodos:** Estudo quantitativo, comparativo e transversal. Amostra é composta por 831 indivíduos, com idades entre 18 e 80 anos (média = 32.3; DP = 12.8). Utilizou-se um questionário sociodemográfico e escalas Likert para avaliar saúde física e mental, com perguntas fechadas e abertas sobre o tema. **Resultados:** Homens avaliam melhor a perceção da sua saúde física e mental e indivíduos de maior estatuto socioeconómico têm uma avaliação mais positiva da perceção da saúde física e mental. **Discussão:** Concluímos que o nosso estudo está em consonância com pesquisas prévias. Além disso, ao examinar as disparidades de saúde entre géneros e estatutos socioeconómicos, identificamos lacunas no acesso aos cuidados, na adoção de comportamentos saudáveis e na qualidade de vida. Apesar da importância para a Psicologia Clínica e/ou da Saúde, é notável que essa temática permanece pouco explorada em Portugal.

Palavras-chave: Saúde Física; Saúde Mental; Género; Estatuto Socioeconómico.

Abstract

Background: Previous research into the assessment of perceived physical and mental health has highlighted significant differences between genders and socio-economic status. This study extends these findings by including variables such as medication use, professional support and diagnoses of physical and mental illness. It aims to assess the perception of physical and mental health in Portuguese society, analysing differences between genders and socio-economic status. **Methods:** Quantitative, comparative and cross-sectional survey. The sample consisted of 831 individuals aged between 18 and 80 years (mean = 32.3; SD = 12.8). A socio-demographic questionnaire and Likert scales were used to assess physical and mental health, with both closed

and open-ended questions. **Results:** Men rated their perceptions of their physical and mental health more favourably, and individuals with higher socio-economic status had more positive perceptions of their physical and mental health. **Discussion:** We conclude that our study is consistent with previous research. Furthermore, by examining health inequalities between genders and socioeconomic statuses, we identified gaps in access to care, adoption of healthy behaviours and quality of life. Despite its importance for clinical and/or health psychology, it is noteworthy that this topic remains little studied in Portugal.

Keywords: Physical Health; Mental Health; Gender; Socio-economic status.

Introdução

A saúde física abrange o bom funcionamento do corpo, alimentação equilibrada e disposição, promovida por hábitos saudáveis e exercícios regulares, facilitando a adaptação do organismo ao ambiente (Koipysheva et al., 2018). Já a saúde mental, definida pela Organização Mundial da Saúde (2022), envolve bem-estar geral, capacidade de lidar com o stresse, produtividade e contribuição para a comunidade, sendo um direito fundamental que influencia a nossa capacidade de perceber o mundo e tomar decisões.

As diferenças de género na avaliação da perceção de saúde mental e física, apesar de bem documentadas, ainda são alvos de polémicas entre os diferentes autores. Pesquisas anteriores demonstram que homens e mulheres tendem a ter diferentes tipos de problemas de natureza mental e física, embora apontem diferentes motivos para explicar esta diferenciação (Rabasquinho & Pereira, 2012).

Os autores enfatizam o papel do género como uma construção social na análise da saúde mental, destacando que as mulheres tendem a internalizar o *distress*, enquanto os homens tendem a externalizá-lo. Essas diferenças são influenciadas por fatores psicossociais e de personalidade, como busca de suporte social nas mulheres e impulsividade nos homens. A diferenciação na avaliação da saúde mental entre os géneros é atribuída mais à socialização do que às diferenças comportamentais. Além disso, outras pesquisas questionam a ideia de que as mulheres têm taxas mais altas de doenças mentais, argumentando que muitos estudos focam em sintomas associados tradicionalmente às mulheres, enquanto sintomas mais comuns entre os homens são frequentemente negligenciados (Rabasquinho & Pereira, 2012; Subramaniapillai et al., 2023).

As mulheres tendem a procurar mais ajuda do que os homens devido à perceção social de fragilidade associada a elas, enquanto que os homens são menos propensos a revelar as suas vulnerabilidades devido a estereótipos de masculinidade. Além disso, as mulheres têm maior adesão aos serviços de saúde preventiva, o que aumenta as chances de diagnóstico precoce de doenças, reduzindo o seu potencial avanço para estágios graves (Needham & Hill, 2010; Rabasquinho & Pereira, 2012).

As diferenças de saúde física entre os géneros são evidentes: mulheres enfrentam mais doenças crónicas debilitantes e infeções, como anemia e artrite, enquanto homens têm maior incidência de doenças fatais, como cancro e cirrose hepática. Essas disparidades são influenciadas por fatores biológicos e psicossociais, incluindo a distribuição desigual das ocupações entre os géneros e o contacto mais frequente das mulheres com crianças, aumentando sua vulnerabilidade a doenças infecciosas (Needham & Hill, 2010).

O estatuto socioeconómico afeta a avaliação da percepção da saúde física e mental. Os indivíduos com maior estatuto socioeconómico tendem a ter melhor saúde devido a um maior acesso a recursos e a ambientes saudáveis, visto que o acesso facilitado aos cuidados de saúde aumenta a qualidade da saúde física e mental. Por outro lado, um baixo estatuto socioeconómico está ligado a problemas de saúde mental, devido à falta de recursos para lidar com demandas ameaçadoras à sobrevivência e bem-estar (Combs et al., 2023; Jiménez-Molina et al., 2021; Kim & Cho, 2020; Liu & Liu, 2023).

O presente estudo visa avaliar a percepção da saúde física e mental de adultos em Portugal, investigando possíveis diferenças entre géneros e estatutos socioeconómicos. Serão comparadas variáveis como uso de medicação, suporte profissional em saúde mental e diagnóstico de doenças físicas e mentais com a avaliação da percepção de saúde física e mental. O objetivo é compreender como fatores como género e estatuto socioeconómico afetam a avaliação dessa percepção, levando em conta características sociodemográficas e outras variáveis relevantes, de modo a ampliar o conhecimento já presente na literatura.

Deste modo, formulamos as seguintes hipóteses: *H1*: As mulheres têm uma melhor avaliação da percepção de saúde mental do que os homens; *H2*: Os homens têm uma melhor avaliação da percepção de saúde física do que as mulheres; *H3*: Quanto maior for o estatuto socioeconómico dos indivíduos, melhor será a avaliação da percepção de saúde física; *H4*: Quanto maior for o estatuto socioeconómico dos indivíduos, melhor será a avaliação da percepção de saúde mental; *H5*: Quem toma medicação apresenta uma melhor avaliação da percepção da sua saúde física; *H6*: Quem toma medicação apresenta uma melhor avaliação da percepção da sua saúde mental; *H7*: As pessoas que recorrem ao apoio profissional de saúde mental apresentam uma melhor avaliação da percepção da sua saúde mental; *H8*: Os indivíduos que tem diagnóstico de doença física apresentam uma pior avaliação da percepção da sua saúde física e da sua saúde mental; *H9*: Os indivíduos que tem diagnóstico de doença mental apresentam uma pior avaliação da percepção da sua saúde mental.

Método

Participantes

A amostra é constituída por 831 participantes com idades compreendidas entre 18 e 80 anos (Média=32,288; DP=12.798), dos quais 535 se autoidentificam como mulher, 282 como homem, 6 como fluido e 5 como não binário. A maioria dos participantes afirma ter nacionalidade portuguesa (96.5%), diz residir em Portugal (96.6%) e informa ser europeu/branco (94.9%). Quanto à orientação sexual, 87.5% autoidentificam-se como heterossexuais e 12.5% como outros. Mais de metade da amostra declara ser trabalhador por conta de outrem (50.6%), relata viver numa pequena cidade (42%), profere ter um nível socioeconómico médio (56.6%), e menciona ter até 12 anos de escolaridade (37%). Quanto ao estado marital, 32.1% dos participantes afirma ser solteiro/a com namorado/a e 33.8% declara que o seu agregado familiar é composto por 3 pessoas.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos da amostra (n=831; $M_{idade}=32.288$; $DP_{idade}=12.798$).

		n	%
Género	Mulher	535	64.6
	Homem	282	34.1
	Fluido	6	0.7

Nacionalidade	Não Binário	5	0.6
	Portuguesa	795	96.5
	Outro	29	3.5
Onde vive	Portugal	798	96.6
	Outro	28	3.4
Estado marital	Solteiro/a sem namorar	252	30.3
	Solteiro/a com namorado/a	267	32.1
	Casado/a	216	26
	União de facto	58	7
	Divorciado/a	27	3.2
	Outro	11	1.3
Agregado familiar	1 pessoa (sozinho/a)	97	11.7
	2 pessoas	156	18.8
	3 pessoas	281	33.8
	4 pessoas	237	28.5
	5 ou mais pessoas	60	7.2
Habilitações:	Até 9 anos de escolaridade	66	8
	Até 12 anos de escolaridade	307	37
	Licenciatura	280	33.7
	Pós-Graduação/Mestrado	146	17.6
	Doutoramento	15	1.8
	Outro	16	1.9
Local de residência	Pequeno meio rural	212	25.6
	Grande meio rural	110	13.3
	Pequena cidade	347	42
	Grande cidade	152	18.4
	Outro	6	0.7
Estatuto Socioeconómico	Baixo	45	6.5
	Baixo-médio	236	28.5
	Médio	469	56.6
	Médio alto	79	9.5
Orientação sexual	Heterossexual	722	87.5
	Outro	103	12.5
Grupo étnico	Europeu/branco	784	94.9
	Africano/negro	6	0.7
	Mulato/mestiço/prado	11	1.3
	Hispânico/latino	22	2.7
	Asiático	2	0.2
Profissão/ocupação	Outro	1	0.1
	Desempregado	10	1.2
	Estudante	268	32.4
	Trabalhador-estudante	57	6.9
	Trabalhador por conta própria	65	7.9
	Trabalhador por conta de outrem	419	50.6
	Reformado/aposentado	6	0.7
	Outro	3	0.4

Instrumentos

Foi utilizado um questionário sociodemográfico para recolher idade, género, nacionalidade, país de residência, estado marital, agregado familiar, nível de escolaridade, local de residência, estatuto socioeconómico, orientação sexual, grupo étnico e situação profissional.

Para avaliar a autoperceção de saúde física e de saúde mental foram utilizadas duas escalas *Likert*, uma para cada tipologia de saúde, que varia de (1) Muito pobre a (5) Excelente, sendo as respostas dos participantes referentes à sua autoclassificação da sua saúde atualmente.

Foi questionado, através de perguntas fechadas, sobre o porte de alguma doença física diagnosticada, alguma doença mental diagnosticada no passado ou no presente, sobre a toma de medicação e sobre o apoio profissional de algum técnico de saúde mental.

Foi também questionado, através de perguntas abertas, sobre qual o técnico de saúde mental a que recorreu e sobre os motivos pelos quais não recorreu a um técnico de saúde mental.

Procedimentos

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comité de Ética da Universidade da Beira Interior, garantindo o respeito pelos princípios éticos do consentimento informado, confidencialidade, anonimato e do direito de abandonar o estudo a qualquer momento. Para a aplicabilidade do estudo foi construído um questionário *online*, com recurso ao *Google Forms*, que foi divulgado pelos elementos do grupo de investigação, através de contactos e redes sociais, no período de 20 de setembro a 11 de outubro de 2023. Os dados recolhidos foram limpos e analisados de acordo com os objetivos do estudo, tendo sido criada uma base de dados no *IBM SPSS Statistics* (versão 29, Armonk, N.Y.).

Análise de Dados (data analyse)

Consiste num estudo quantitativo, comparativo e transversal. Deste modo, no processo de análise dos dados recolhidos foram desenvolvidas diversas análises estatísticas, nas quais um valor de $p < .05$ foi considerado estatisticamente significativo, de modo a responder aos objetivos propostos. Primeiramente, foram realizadas estatísticas descritivas, nomeadamente as frequências e percentagens dos dados demográficos para caracterizar a amostra, e a média, moda, mediana, desvio padrão e valor máximo e mínimo para descrever a avaliação da perceção que os indivíduos apresentavam relativamente à sua saúde física e mental. Seguidamente, realizou-se o processo de estatísticas inferencial no qual se executou o *T test* para comparar as diferenças da avaliação da perceção de saúde física e mental entre géneros, bem como a *one way ANOVA* para comparar as diferenças da avaliação da perceção de saúde nos diferentes estatutos socioeconómicos. Para comparar as diferenças da avaliação da perceção de saúde física e mental relativamente à toma de medicação, ao apoio profissional de técnico de saúde mental e ao diagnóstico de doença física ou mental foram executados, também, diversos *T tests*. Posteriormente, realizaram-se tabelas de referência cruzadas (*crosstabs*) juntamente com o teste Qui-quadrado com o objetivo de analisar as diferenças entre os géneros relativamente à toma de medicação e ao apoio profissional, uma vez que se trata de variáveis categóricas. A correlação de Pearson foi executada de modo a determinar o grau de relação entre as variáveis saúde mental, saúde física e idade. As regressões lineares simples foram realizadas com o

objetivo de avaliar o valor preditivo das variáveis sociodemográficas na avaliação da percepção de saúde física e mental da amostra.

Resultados

A **tabela 2** apresenta diferenças estatisticamente significativas na avaliação da percepção de saúde física e saúde mental relativamente ao género através dos valores ($t(803) = -3.597$; $p < .001$) e ($t(805) = -5.960$; $p < .001$), respetivamente. Os resultados indicam que os indivíduos do género masculino apresentam uma maior avaliação da percepção da sua saúde física ($M=3.65$; $DP=.89$) e da sua saúde mental ($M=3.59$; $DP=.95$) quando comparado com a avaliação da percepção de saúde física ($M=3.43$; $DP=.85$) e de saúde mental ($M=3.19$; $DP=.91$) dos indivíduos do género feminino.

Tabela 2 - Comparação da avaliação da percepção de saúde física e mental relativamente ao género.

	Variáveis		Média (DP)	T (df)	p
Saúde física	Género	Mulher	3.4250 (.84636)	-3.597 (803)	<.001
		Homem	3.6547 (.88886)		
Saúde mental	Género	Mulher	3.1856 (.90519)	-5.960 (805)	<.001
		Homem	3.5914 (.94720)		

Quanto ao estatuto socioeconómico verificam-se, também, diferenças estatisticamente significativas na avaliação da percepção de saúde física ($F(2;814) = 7.491$; $p < .001$) e de saúde mental ($F(2;816) = 6.959$; $p = .001$). De acordo com os valores indicados na **tabela 3**, os sujeitos de estatuto socioeconómico baixo/médio baixo apresentam uma avaliação da percepção de saúde física mais baixa ($M=3.35$; $DP=.93$), quando comparados com os indivíduos de estatuto médio ($M=3.57$; $DP=.83$) e médio alto/alto ($M=3.65$; $DP=.79$). Da mesma forma que os sujeitos de estatuto socioeconómico baixo/médio baixo apresentam uma avaliação da percepção de saúde mental mais baixa ($M=3.15$; $DP=.99$), quando comparados com os indivíduos de estatuto médio ($M=3.39$; $DP=.93$) e médio alto/alto ($M=3.49$; $DP=.86$).

Tabela 3 - Comparação da avaliação da percepção de saúde física e mental relativamente ao estatuto socioeconómico.

	Variáveis		Média (DP)	F (df)	p
Saúde física	Estatuto Socioeconómico	Baixo/Médio Baixo	3.3453 (.92859)	7.491 (2;814)	<.001
		Médio	3.5748 (.82708)		
		Médio Alto/Alto	3.6538 (.78669)		
		Total	3.5043 (.86619)		
Saúde mental	Estatuto Socioeconómico	Baixo/Médio Baixo	3.1511 (.99030)	6.959 (2;816)	.001
		Médio	3.3909 (.93077)		
		Médio Alto/Alto	3.4872 (.86405)		
		Total	3.3187 (.95230)		

A **tabela 4** apresenta a matriz de correlação entre as variáveis: avaliação da percepção de saúde física, avaliação da percepção de saúde mental e idade. Os resultados obtidos mostraram uma correlação significativa e positiva entre a avaliação da percepção de saúde física e a avaliação da percepção de saúde mental ($r = .499$; $p < .001$). Não existiu correlação estatisticamente significativa entre a avaliação da percepção de saúde física e idade ($r = .041$; $p = .244$). Houve também entre a avaliação da percepção de saúde mental e a idade uma correlação significativa e positiva ($r = .190$; $p < .001$).

Tabela 4 - Correlação entre a saúde física, saúde mental e idade.

Variáveis	1	2	3
1 – Saúde física	-		
2 – Saúde mental	.499**	-	
3 - Idade	.041	.190**	-

** $p < .001$

A **tabela 5**, mostra a contribuição das variáveis sociodemográficas (idade, gênero, estatuto socioeconômico, habilitações literárias, profissão/ocupação, local de residência, orientação sexual) sobre a avaliação da percepção de saúde física através de uma regressão linear simples. O modelo explicou 4,5% ($r = .212$; $r^2 = .045$) da variância dos resultados da avaliação da percepção de saúde física dos indivíduos. Das variáveis sociodemográficas em estudo, o gênero ($\beta = .120$; $p < .001$), estatuto socioeconômico ($\beta = .130$; $p < .001$) e orientação sexual ($\beta = -.115$; $p = .002$) foram os preditores mais fortes do modelo. Os outros preditores podem ser visualizados detalhadamente na **tabela 5**.

Tabela 5 - Modelo de regressão linear simples da saúde física com a orientação sexual, estatuto socioeconômico, gênero, habilitação, idade, residência e profissão.

Variáveis	Modelo	R = .212	R ² = .045
	B	Erro	β (padronizado)
Constante	3.250	.221	
Idade	.003	.003	.048
Gênero	.203	.059	.120**
Estatuto Socioeconômico	.183	.050	.130**
Habilitações	.009	.030	.011
Profissão / ocupação	-.037	.028	-.060
Local de residência	-.005	.029	-.007
Orientação sexual	-.298	.094	-.115**

** $p < .001$

Foi realizado o mesmo processo de regressão linear simples para analisar a contribuição das variáveis sociodemográficas (idade, gênero, estatuto socioeconômico, habilitações literárias, profissão/ocupação, local de residência, orientação sexual) sobre a avaliação da percepção de saúde mental. O modelo explicou 10,5% ($r = .323$; $r^2 = .105$) da variância dos resultados da avaliação da percepção de saúde mental dos participantes. Das variáveis sociodemográficas em estudo, o gênero ($\beta = .159$; $p < .001$), estatuto socioeconômico ($\beta = .129$; $p < .001$) e orientação sexual ($\beta = -.139$; $p < .001$) foram os preditores mais fortes do modelo. Os outros preditores podem ser observados na **tabela 6**.

Tabela 6 - Modelo de regressão linear simples da saúde mental com a orientação sexual, estatuto socioeconômico, gênero, habilitação, idade, residência e profissão.

	Modelo	R =.323	R ² = .105
Variáveis	B	Erro	β (padronizado)
Constante	2.498	.235	
Idade	.008	.003	.113*
Gênero	.295	.063	.159**
Estatuto Socioeconômico	.200	.053	.129**
Habilitações	.039	.032	.042
Profissão / ocupação	.051	.030	.076
Local de residência	-.042	.030	-.048
Orientação sexual	-.397	.100	-.139**

*p<.05

**p<.001

A **tabela 7** demonstra diferenças estatisticamente significativas na avaliação da percepção de saúde física ($t(815) = -4.620$; $p < .001$) e da percepção de saúde mental ($t(817) = -6.062$; $p < .001$) relativamente a indivíduos que não tomam/tomam medicação. Quanto à avaliação da percepção de saúde física, os participantes que não tomam medicação têm uma maior avaliação da percepção da sua saúde física ($M=3.59$; $DP=.86$), comparativamente aos que tomam ($M=3.27$; $DP=.85$). Em relação à avaliação da percepção de saúde mental, os indivíduos que não tomam medicação evidenciaram uma maior avaliação da percepção ($M=3.44$; $DP=.93$), quando comparado aos que tomam ($M=2.99$; $DP=.95$). Existe diferenças estatisticamente significativas na avaliação da percepção de saúde física ($t(815) = -4.323$; $p < .001$) e na avaliação da percepção de saúde mental ($t(817) = -5.452$; $p < .001$) quanto a indivíduos que não tem/tem apoio profissional de técnicos de saúde mental. No que concerne à avaliação da percepção de saúde física, os sujeitos que não tem apoio profissional de técnicos de saúde mental evidenciaram uma maior avaliação da percepção de saúde física ($M=3.62$; $DP=.86$), comparativamente aos que tem apoio ($M=3.36$; $DP=.85$). Em relação à avaliação da percepção de saúde mental, os participantes que não tem apoio profissional apresentaram uma maior avaliação da percepção de saúde mental ($M=3.48$; $DP=.92$), relativamente aos que tem apoio ($M=3.12$; $DP=.95$). Verificou-se diferenças estatisticamente significativas na avaliação da percepção de saúde física ($t(816) = -3.998$; $p < .001$) nos indivíduos que não tem/tem diagnóstico de doença física. Os participantes que não tem diagnóstico de doença física apresentaram uma maior avaliação da percepção de saúde física ($M=3.56$; $DP=.87$), quando comparado aos indivíduos com diagnóstico de doença física ($M=3.25$; $DP=.80$). Não se verificou diferenças estatisticamente significativas na avaliação da percepção de saúde mental ($t(819) = -1.863$; $p=.063$) nos participantes que não tem/tem diagnóstico de doença física. Além disso, apresenta diferenças estatisticamente significativas na avaliação da percepção de saúde física ($t(814) = -4.455$; $p < .001$) e na avaliação da percepção de saúde mental ($t(816) = -8.758$; $p < .001$) nos participantes que não tem/tem diagnóstico de doença mental. Relativamente à avaliação da percepção de saúde física, os indivíduos que não tem diagnóstico de doença mental evidenciaram uma maior avaliação da percepção ($M=3.57$; $DP=.85$), comparado aos indivíduos que tem diagnóstico de doença mental ($M=3.22$; $DP=.90$). Quanto à avaliação da percepção de saúde mental, os participantes que tem um diagnóstico de doença mental mostram uma maior avaliação da percepção de saúde mental ($M=3.72$; $DP=.98$), quando comparado a quem não tem diagnóstico de doença mental ($M=3.45$; $DP=.90$).

Tabela 7 - Comparação da avaliação da percepção de saúde física e mental relativamente a medicação, apoio profissional de saúde mental e diagnóstico de doença física e mental.

	Variáveis		Média (DP)	T (df)	p
Saúde física	Medicação	Sim	3.2719 (.85244)	-4.620 (815)	<.001
		Não	3.5850 (.85674)		
	Apoio profissional de técnico de saúde mental	Sim	3.3607 (.84787)	-4.323 (815)	<.001
		Não	3.6208 (.86173)		
	Doença física diagnosticada	Sim	3.2483 (.80460)	-3.998 (816)	<.001
		Não	3.5590 (.86940)		
Doença mental diagnosticada	Sim	3.2192 (.89822)	-4.455 (814)	<.001	
	Não	3.5672 (.84570)			
Saúde mental	Medicação	Sim	2.9908 (.95034)	-6.062 (817)	<.001
		Não	3.4376 (.92548)		
	Apoio profissional de técnico de saúde mental	Sim	3.1199 (.95059)	-5.452 (817)	<.001
		Não	3.4779 (.92127)		
	Doença física diagnosticada	Sim	3.1879 (.91067)	-1.863 (819)	.063
		Não	3.3482 (.95854)		
Doença mental diagnosticada	Sim	3.7192 (.98080)	-8.758 (816)	<.001	
	Não	3.4479 (.89557)			

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre o género e a toma de medicação ($\chi^2(2)=25.014$; $p<.001$), no qual para os participantes do género feminino se verificou uma percentagem de 20% (N=163) quando comparados aos participantes do género masculino (N=48; 5.9%) que tomam medicação. São constatadas, também, diferenças estatisticamente significativas entre o género e o apoio profissional da saúde mental ($\chi^2(2)=9.762$; $p=.008$). Verificou-se uma percentagem de 30,2% (N=247) para as mulheres que recorrem a apoio profissional, enquanto os homens apresentam uma percentagem de 13.5% (N=110).

As variáveis correspondentes à toma de medicação e ao apoio profissional de técnico de saúde quando comparadas ao estatuto socioeconómico não evidenciam resultados estatisticamente significativos.

Relativamente à percentagem de pessoas que disse recorrer ao apoio profissional (N=367; 44.8%): cerca de 89.64% (N=329) destes indivíduos disseram recorrer ao psicólogo; 32.70% (N=120) ao psiquiatra; 10.08% (N=37) ao psicoterapeuta; 2.45% (N=9) recorreram a outro tipo de apoio (e.g., médico de família, neurologista, sexólogo, terapeuta espiritual, homeopatia e terapias holísticas).

Em relação à percentagem de pessoas que não recorre ao apoio profissional (N=453; 55.2%): cerca de 64.24% (N=291) afirma que não precisou; 14.57% (N=66) afirma ser muito caro; 4.42% (N=20) acha que não ajuda; 9.49% (N=43) afirma ter receio; 11.26% (N=51) afirma ter falta de confiança; 4.42% (N=20) acha desnecessário; 1.99% (N=9) justificam com outras

razões como familiares que não apoiam, falta de tempo, falta de oportunidade, evitamento, passividade, médico de família e a crença de que resolve o problema sozinha.

Discussão

O estudo investigou a percepção da saúde física e mental de adultos em Portugal, revelando diferenças entre os géneros e o estatuto socioeconómico. Deste modo, foi rejeitada a hipótese 1, as mulheres não apresentaram uma melhor avaliação da percepção da sua saúde mental do que os homens, possivelmente influenciadas por fatores sociais, como a socialização para internalizar o *distress*, e por características de personalidade (e.g., introversão e neuroticismo). Esses resultados coincidem com pesquisas anteriores que mostram taxas mais altas de distúrbios internalizantes em mulheres e externalizantes em homens (Needham & Hill, 2010; Rabasquinho & Pereira, 2012). A explicação para isso pode residir no facto de que a maioria dos estudos avalia, principalmente, sintomas associados às mulheres, como depressão e ansiedade, enquanto sintomas mais comuns entre os homens, como abuso de substâncias, são frequentemente deixados de fora dessas avaliações. Além disso, estudos destacam que as mulheres tendem a buscar mais ajuda que os homens, uma tendência atribuída à percepção social de que os homens não devem expressar suas emoções, enquanto há uma maior aceitação social para que as mulheres o façam (Rabasquinho & Pereira, 2012).

As mulheres, conforme confirmado pela hipótese 2, geralmente avaliam sua saúde física de maneira menos positiva que os homens, influenciadas por fatores psicossociais como papéis profissionais e familiares. Embora tenham uma maior tendência a buscar serviços de saúde preventiva, o que poderia sugerir uma melhor avaliação da sua saúde física, os nossos resultados contradizem essa expectativa (Needham & Hill, 2010). Assim como o estudo de Golinelli et al. (2021), ressalta que os homens tendem a avaliar melhor sua saúde física e mental, sendo que essa percepção diminui com o avanço da idade, especialmente entre as mulheres. Além disso, as múltiplas responsabilidades das mulheres, como carreira e cuidado dos filhos, podem contribuir para uma avaliação menos positiva da saúde mental. Da mesma forma, observou-se que um nível educacional mais alto está associado a uma melhor avaliação da saúde física e mental (Golinelli et al., 2021).

Considerando variáveis relevantes como medicação, apoio profissional em saúde mental e diagnóstico de doenças, rejeitamos as hipóteses 5, 6 e 7. Pode-se justificar a rejeição das hipóteses 5 e 6 através do facto de que o uso generalizado de medicação, muitas vezes, sem acompanhamento médico adequado, não garante uma melhor avaliação da percepção da saúde física e mental. A participação ativa do indivíduo no processo terapêutico é fundamental; contudo, nem sempre ocorre devido ao uso indiscriminado de medicamentos (Bru, 2022). Na mesma linha de raciocínio, procuramos explicar por que a hipótese 7 foi rejeitada. Deste modo, é essencial encarar o processo terapêutico com comprometimento e seriedade para que ele seja eficaz. No entanto, devido a questões financeiras, falta de tempo ou apoio de pessoas próximas, muitas vezes, ocorre o abandono da terapia. Estes fatores são impeditivos para que a mesma alcance os objetivos a que se propõem e, conseqüentemente, fazem com que os indivíduos nem sempre consigam alcançar um nível de compreensão profunda sobre a sua saúde mental.

Em relação ao estatuto socioeconómico, as hipóteses 3 e 4 foram confirmadas, corroborando estudos anteriores. Indivíduos com maior estatuto socioeconómico tendem a ter mais recursos económicos, reduzindo o stresse e facilitando o acesso aos cuidados de saúde, o que influencia positivamente na avaliação da percepção da saúde física e mental (Liu & Liu, 2023). Por outro lado, estudos mostram que pessoas com baixo estatuto socioeconómico enfrentam mais

problemas de saúde mental e física, como perturbações de humor e doenças cardiovasculares, independentemente de fatores como estilo de vida e obesidade (Kivimäki et al., 2020).

A hipótese 8 foi parcialmente confirmada: indivíduos com doenças físicas têm uma avaliação mais negativa da percepção da sua saúde física; mas não há uma associação significativa com a saúde mental. Isso contrasta com teorias que ligam diretamente a saúde mental ao bem-estar físico e à qualidade de vida (Golinelli et al., 2021). Os resultados são intrigantes, já que não confirmam a expectativa de uma relação entre o diagnóstico físico e a percepção da saúde mental.

No que se refere a hipótese 9, que afirma que os indivíduos diagnosticados com doença mental têm uma pior avaliação de sua saúde mental, foi rejeitada pelos resultados. Isso sugere que aqueles com diagnóstico de uma perturbação mental possuem uma percepção mais precisa de sua saúde mental devido à conscientização da sua condição, resultando em uma maior capacidade de *insight* sobre seu estado mental em comparação com aqueles sem diagnóstico de saúde mental.

O estudo apresenta limitações, incluindo a possível influência da desajustabilidade social nas respostas, falta de homogeneidade da amostra em relação ao gênero e ao estatuto socioeconômico, a subjetividade nas avaliações dos participantes sobre a percepção de saúde e a falta de informações sobre o apoio profissional de saúde mental e da medicação.

Futuras pesquisas devem incluir mais variáveis (e.g., faixas etárias e orientação sexual), de modo a criar uma amostra mais representativa da população. Para além disso, estudos longitudinais são necessários para acompanhar o uso de medicação e o suporte profissional ao longo do tempo.

Portanto, concluímos que nosso estudo está em consonância com pesquisas prévias, evidenciando disparidades de saúde entre gêneros e estatutos socioeconômicos. Ao examinar essas disparidades, identificamos lacunas no acesso aos cuidados, na adoção de comportamentos saudáveis e na melhoria da qualidade de vida. Desta forma, demonstra-se um tema de importante relevância para a Psicologia Clínica e/ou da Saúde. No entanto, é preocupante notar que, apesar disso, permanece pouco explorado em Portugal.

Referências Bibliográficas

- Bru, G. S. (2022). Medicalización, salud mental y género: perspectivas sobre el uso de psicofármacos por mujeres (Argentina). *Revista Katálysis*, 25, 611–620. <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2022.e85167>
- Combs, A., Freeland, R. E., Alfaro, K. M., & Mumford, E. A. (2023). The effect of occupational status on health: Putting the social in socioeconomic status. *Heliyon*, 9(11). e21766–e21766. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e21766>
- Golinelli, D., Bucci, A., Boetto, E., Maietti, E., Toscano, F., & Fantini, M. P. (2021). Gender differences and multiple determinants of perceived physical and mental health in Italy. *Annali di igiene: medicina preventiva e di comunita*, 33(5), 456–473. <https://doi.org/10.7416/ai.2021.2449>
- IBM Corp (2023) IBM SPSS Statistics for windows (v.29) [Computer Software] IBM Corp.
- Jiménez-Molina, A., & Reyes, P., & Rojas, G. (2021). Determinantes socioeconómicos y brechas de género de la sintomatología depresiva en Chile. *Revista medica de Chile*, 149, 533-542. 10.4067/s0034-98872021000400533.

- Kim, Y. M., & Cho, S. I. (2020). Socioeconomic status, work-life conflict, and mental health. *American journal of industrial medicine*, 63(8), 703–712. <https://doi.org/10.1002/ajim.23118>
- Kivimäki, M., Batty, G. D., Pentti, J., Shipley, M. J., Sipilä, P. N., Nyberg, S. T., Suominen, S. B., Oksanen, T., Stenholm, S., Virtanen, M., Marmot, M. G., Singh-Manoux, A., Brunner, E. J., Lindbohm, J. V., Ferrie, J. E., & Vahtera, J. (2020). Association between socioeconomic status and the development of mental and physical health conditions in adulthood: A multi-cohort study. *The Lancet Public Health*, 5(3), 140-149. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30248-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30248-8)
- Koipysheva, E, V Lebedinsky, M Koipysheva, Lebedinsky, V Yu, and Koipysheva. n.d. “The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences RPTSS 2018 International Conference on Research Paradigms Transformation in Social Science PHYSICAL HEALTH (DEFINITION, SEMANTIC CONTENT, STUDY PROSPECTS).” <https://doi.org/10.15405/epsbs.2018.12.73>
- Liu, K., & Liu, J. (2023). Effect of subjective and objective socioeconomic status on physical health, mental health, and well-being. *Social Behavior and Personality*, 51(11), 1–11. <https://doi.org/10.2224/sbp.12587>
- Needham, B., & Hill, T. D. (2010). Do gender differences in mental health contribute to gender differences in physical health? *Social Science & Medicine*, 71(8), 1472–1479. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.07.016>
- Rabasquinho, C., & Pereira, H. (2012). Género e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 25(3), 439–454. <https://doi.org/10.14417/ap.456>
- Subramaniapillai, S., Galea, L. A. M., Einstein, G., & de Lange, A.-M. G. (2023). Sex and gender in health research: Intersectionality matters. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 101104. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2023.101104>
- World Health Organization. (2022, June 17). *Mental health*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

CAPÍTULO 7

Análise do Perfil das Internações por Transtornos Mentais e Comportamentais no Brasil

Rosana Moyses ^{1,2}; Juliana Vianna Gonzalez Pazos ³, Janaína de Oliveira e Castro ³, Nely Caires ^{2,3}, Breno de Oliveira Ferreira ⁴, Sara Lima ¹

¹ Innovation in Health and Well-Being Research Unit, CESPU, Portugal.

² Observatório de Saúde Comunitária, Saúde Ambiental e Territórios Sanitários, Universidade Federal do Amazonas, Brasil.

³ Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Amazonas, Brasil

⁴ Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas, Brasil

Autor Correspondente: Rosana Moysés. E-mail: rosana.pimentelcorreia@gmail.com

Resumo: Introdução: Os transtornos mentais e comportamentais são definidos como um conjunto reconhecível de sintomas ou comportamentos clinicamente associados a sofrimento e interferência com as funções pessoais. Este estudo descreve o perfil das Internações por Transtornos Mentais e Comportamentais no Brasil, de 2013 a 2023. Método: Estudo ecológico, descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, com dados secundários de Base Pública do Sistemas de Informações de Morbidade Hospitalar do Sistema Único de Saúde do Brasil (2013-2023). Variáveis analisadas: sexo, faixa etária, número de internações, média de permanência em internação, taxa de mortalidade e estado do Brasil através de estatística descritiva. Resultados: Foram registadas 165344 internações. O estado de São Paulo na Região Sudeste teve maior número de internações e o com menor foi o Amapá na região norte. A média de dias de internação foi de 32 dias, sendo o estado do Rio de Janeiro na Região Sudeste com maior média, 68 dias. 49,87% eram do sexo masculino e 50,13% feminino, prevaleceu a faixa etária de 20 a 34 anos, 31,7%, de utentes brancos e a maior taxa de mortalidade foi no estado da Bahia (4.03) da Região Nordeste. Discussão: Corroboramos a literatura, com prevalência de internações em pessoas adultas brancas, com longa permanência, na Região Sudeste, que tem melhor infraestrutura de serviços de saúde e maior mortalidade no Nordeste. Isso demonstra a necessidade de políticas públicas de suporte psicossocial.

Palavras-chave: Internação hospitalar, Transtornos mentais, Sistema Nacional de Saúde.

Abstract: Introduction: Mental and behavioural disorders are defined as a recognizable set of symptoms or behaviours clinically associated with distress and interference with personal functions. This study describes the profile of Hospitalizations for Mental and Behavioural Disorders in Brazil, from 2013 to 2023. Method: Ecological, descriptive, retrospective study, with a quantitative approach, with secondary data from the Public Database of the Hospital Morbidity Information Systems of the Unified Health System. Brazilian Health (2013-2023).

Variables analysed: sex, age group, number of hospitalizations, average length of stay, mortality rate and state of Brazil using descriptive statistics. Results: 165344 hospitalizations were recorded. The state of São Paulo in the Southeast Region had the highest number of hospitalizations and the one with the lowest was Amapá in the northern region. The average number of days spent in hospital was 32 days, with the state of Rio de Janeiro in the Southeast Region having the highest average, 68 days. 49.87% were male and 50.13% female, the age group from 20 to 34 years old prevailed, 31.7% were white users and the highest mortality rate was in the state of Bahia (4.03) in the Northeast Region. Discussion: We corroborate the literature, with the prevalence of hospitalizations in white adults, with long stays, in the Southeast Region, which has better health service infrastructure and higher mortality in the Northeast. This demonstrates the need for public policies for psychosocial support.

Key-Words: Hospitalization; Mental Disorders; National Health System.

Introdução

Segundo a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID10), os transtornos mentais e comportamentais (TMC) são definidos como um conjunto reconhecível de sintomas ou comportamentos clinicamente associados a sofrimento e interferência nas funções pessoais, que dependendo da sua gravidade podem ser causa básica ou associada de morte. Estes transtornos podem resultar em danos ao nível *pessoal, familiar, social, educacional e ocupacional* (Organização Mundial da Saúde & Centro Brasileiro para Classificação de Doenças, 1995).

Hoje os TMC são considerados um problema de saúde pública, dada sua importância na morbimortalidade da população mundial e estão entre os temas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas (ONU), pois estudos demonstram que “*doenças físicas, as perturbações mentais e comportamentais são o resultado de uma complexa interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais*” (Araripe & Marcos Cordeiro et al., 2023; Brito et al., 2022).

Os TMC são diversos e diferem entre si, considerando a combinação de pensamentos anormais, emoções, comportamentos e consumo de substâncias. Este estudo foca exclusivamente em transtornos que não estão relacionados ao uso de álcool e substâncias psicoativas. A literatura demonstra que cerca de 75% da população mundial apresentam TMC e que em países de média renda como o Brasil, o acesso aos serviços de saúde ainda é um desafio (Brito et al., 2022).

Estudos demonstram que os TMC têm uma prevalência no Brasil que varia entre 29,6% e 47,4%, a depender do ciclo de vida. Os TMC estão associados ao aumento do número de anos vividos com incapacidade, a maior número de anos de vida perdidos e morte prematura. No Brasil, as internações hospitalares por doenças psiquiátricas, têm grande impacto nos gastos públicos com recursos humanos, tecnologia e materiais, sendo estes gastos por essa morbidade hospitalar, apenas menores que por internações por doenças respiratórias (da Rocha et al., 2021).

O Brasil passou por um longo processo de reforma psiquiátrica tendo como marco a aprovação da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que mudou o modelo de assistência psiquiátrica, em especial criando uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em 2011, focada na implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como um local de acolhimento humanizado e

que objetiva substituir os hospitais psiquiátricos, respeitando uma lógica de atendimento em parceria com familiares e comunidade. Hoje o atendimento hospitalar do paciente em crise por TMC é realizado em leitos específicos de hospitais gerais brasileiros, ocorrendo gradativamente a extinção dos hospitais psiquiátricos em todo país (de Macedo & Camargos, 2022).

Mesmo com o avanço da reforma psiquiátrica no Brasil, ainda existem desafios, pois mais de 75% da população brasileira habita em localidades com baixa ou nenhuma cobertura de serviços públicos determinados para a RAPS. Dentre os serviços da RAPS, temos componente hospitalar, que são leitos em unidades hospitalares que buscam atuar de forma especializada, respeitando uma infraestrutura física, espacial e de pessoal para pacientes psiquiátricos (de Lima et al., 2023).

Traçar o panorama de internações por TMC no Brasil pode ser um contributo para pensar estratégias para prevenção e promoção de saúde mental, além disso existe uma escassez de estudos que abordem esse tema no país, por isso o objetivo deste estudo é descrever o perfil das Internações por Transtornos Mentais e Comportamentais no Brasil, de 2013 a 2023.

Métodos

O presente estudo foi um estudo ecológico, descritivo, quantitativo, retrospectivo, de caráter exploratório, com uso de dados secundários dos 26 estados brasileiros e o Distrito Federal, obtidos no Banco de Base Pública do Sistemas de Informações de Morbidade Hospitalar do Sistema Único de Saúde do Brasil, base pública do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), no período de 2013 a 2023.

Para o estudo foram coletados nesta base pública, dados registados dos atendimentos aos pacientes com “outros transtornos mentais” na Lista de Morbidade CID 10, e desta forma excluiu-se os TMC relacionados ao uso de álcool e substâncias psicoativas. Para descrição e mapeamento dos casos foram consideradas as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, número de internações, média de permanência em internação, taxa de mortalidade e estado do Brasil. Os casos foram referentes a uma análise de 2013 a 2023.

Os dados foram inicialmente descritos e organizados no software Excel utilizando sua planilha eletrônica para armazenamento e a análise estatística foi processada e realizada através do programa IBM Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 24. Para caracterização do perfil dos utentes e definição da distribuição das internações por transtornos mentais e comportamentais, segundo região e estado, no período de 2013 a 2023 foi realizada a estatística descritiva.

Este estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos no Brasil. A legislação brasileira define que estudos que utilizam banco de dados secundários e públicos não necessitam de aprovação neste comitê.

Resultados

Na figura 1, apresentamos o registro de internações por TMC no Brasil, no período de 2013 a 2023, com um total de 165.344 internações no período, e média de 15.031 internações para o período. Cumpre citar o aumento de internações por TMC a partir de 2022, anos pós-pandemia de COVID-19.

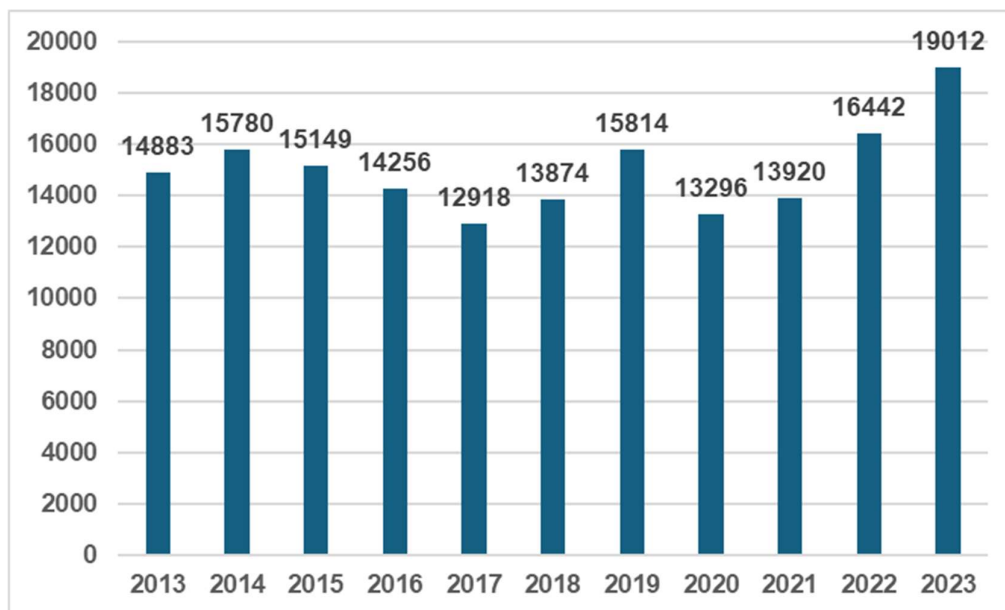


Figura 1: Número de Internações por TMC no Brasil por ano, no período de 2013 a 2023.

Fonte: Dados do Estudo- DATASUS, Brasil. Elaboração dos autores.

A tabela 1 apresenta o número de internações por estado do Brasil, demonstrando que o estado de São Paulo, na Região Sudeste teve maior número de internações (51.709 internações) e o estado do Amapá (51 internações) na Região norte do Brasil apresentou o menor número no período em análise.

Tabela 1 – Número de Internações por TMC considerando os estados do Brasil, no período de 2013 a 2023

Estados	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Rondônia	47	42	79	104	95	230	202	146	127	140	142	1.354
Acre	56	68	65	43	18	30	45	110	68	46	57	606
Amazonas	11	22	35	43	27	16	25	34	25	34	34	306
Roraima	27	34	49	65	79	13	16	3	3	9	13	311
Pará	101	65	70	108	138	141	134	167	153	165	180	1.422
Amapá	14	8	1	4	2	2	2	4	5	1	8	51
Tocantins	39	56	68	82	53	45	36	47	45	74	176	721
Maranhão	44	69	61	52	43	59	84	96	89	104	118	819
Piauí	73	83	85	134	144	164	172	142	159	173	117	1.446
Ceará	218	178	201	183	226	293	456	346	508	881	1.0	4.554
Rio Grande do Norte	57	63	71	71	48	59	64	90	91	144	184	942
Paraíba	111	134	171	162	174	120	126	93	180	152	152	1.575

Pernambuco	777	625	526	482	527	458	384	300	351	362	454	5.246
Alagoas	87	133	260	257	232	251	240	266	333	352	158	2.569
Sergipe	44	193	61	41	48	43	40	16	11	29	61	587
Bahia	190	304	197	186	224	426	567	477	613	781	723	4.688
Minas Gerais	1.7	1.7	1.8	1.6	1.4	1.7	2.0	1.7	1.9	2.4	3.0	21.310
	91	09	65	69	35	01	81	07	38	06	08	
Espírito Santo	211	543	216	113	104	100	169	151	213	214	261	2.295
Rio de Janeiro	893	981	1.0	675	617	597	874	719	832	1.1	1.1	9.486
			36							18	44	
São Paulo	5.7	5.6	5.0	5.1	4.2	4.2	4.7	3.8	3.7	4.3	4.9	51.709
	13	32	33	70	25	90	11	78	95	35	27	
Paraná	1.3	1.4	1.3	1.3	1.3	1.2	1.2	803	735	773	1.0	12.638
	13	40	59	12	09	70	87				37	
Santa Catarina	497	775	536	604	669	696	904	777	857	984	1.4	8.705
											06	
Rio Grande do Sul	1.3	1.6	1.9	1.5	1.4	1.5	1.9	1.8	1.6	1.8	1.9	18.832
	79	44	82	72	69	73	42	21	50	50	50	
Mato Grosso do Sul	201	238	255	224	177	166	123	111	123	131	176	1.925
Mato Grosso	30	23	36	54	104	73	54	71	89	104	153	791
Goiás	845	630	654	554	451	510	481	364	341	457	583	5.870
Distrito Federal	114	88	177	292	280	548	595	557	586	623	726	4.586

Fonte: Dados do Estudo- DATASUS. Elaboração dos autores.

A figura 2 apresenta o resultado da média de dias de internação por TMC nos estados do Brasil, na qual o estado do Rio de Janeiro na Região Sudeste apresentou maior média, com 68 dias e o estado de Roraima na Região Norte teve a menor média de dias com 3,9 dias de internação. Cumpre citar que a média considerando todos os estados do país foi de 32 dias no período de 2013 a 2023.

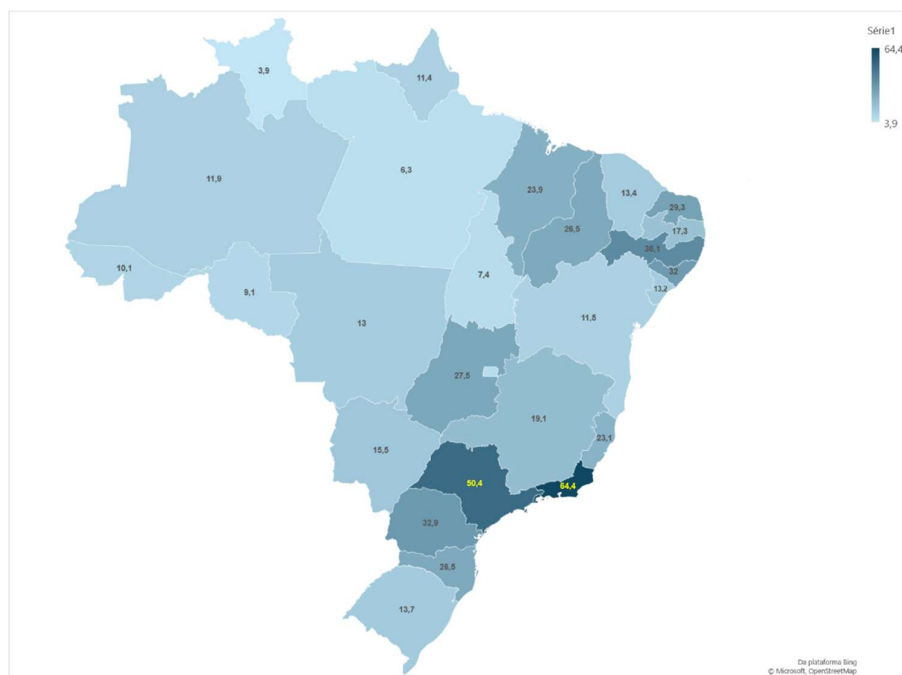


Figura 2: Média de Dias de Internação por TMC nos estados do Brasil, no período de 2013 a 2023. **Fonte:** Dados do Estudo- DATASUS, Brasil. Elaboração dos autores.

Em relação ao sexo, os resultados demonstraram que no período em análise, 49,87% dos pacientes internados por TMC eram do sexo masculino e 50,13% do sexo feminino, a maioria desses utentes também eram de pessoas que se autointitularam brancas (31,7%). A figura 3 traça o perfil de internações por faixa etária, demonstrando que o maior número de internações foi faixa etária de 20 a 34 anos (52.414 internações), seguida da faixa etária de 35 a 49 anos (41.654 internações).

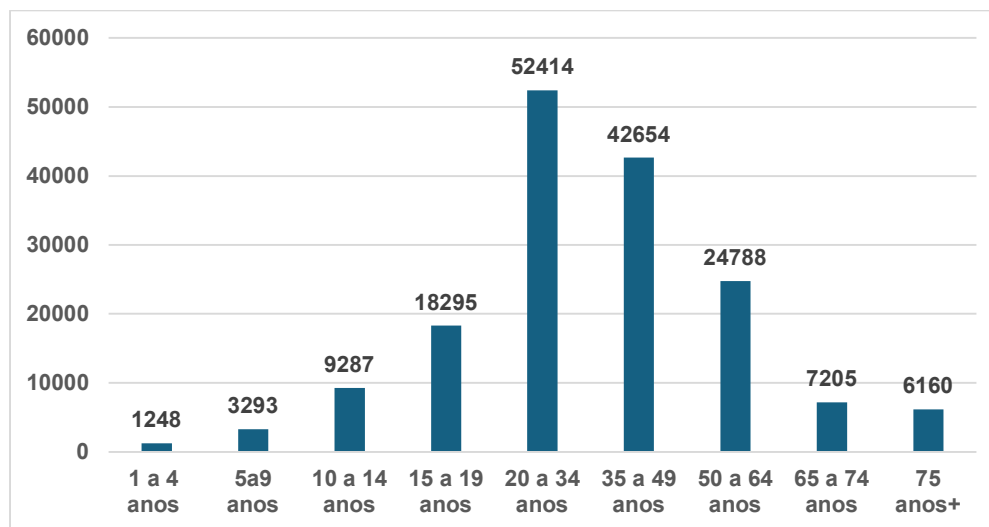


Figura 3: Quantidade de internações por TMC no Brasil, por faixa etária, no período de 2013 a 2023. **Fonte:** Dados do Estudo- DATASUS, Brasil. Elaboração dos autores.

O mapeamento das taxas de mortalidade relacionada a internações por TMC no Brasil de 2013 a 2023, apresentado na figura 4, demonstrou que a maior taxa de mortalidade foi no estado da Bahia (4.03) da Região Nordeste. A menor taxa de mortalidade foi encontrada no estado de Goiás, na Região Centro-Oeste do país.

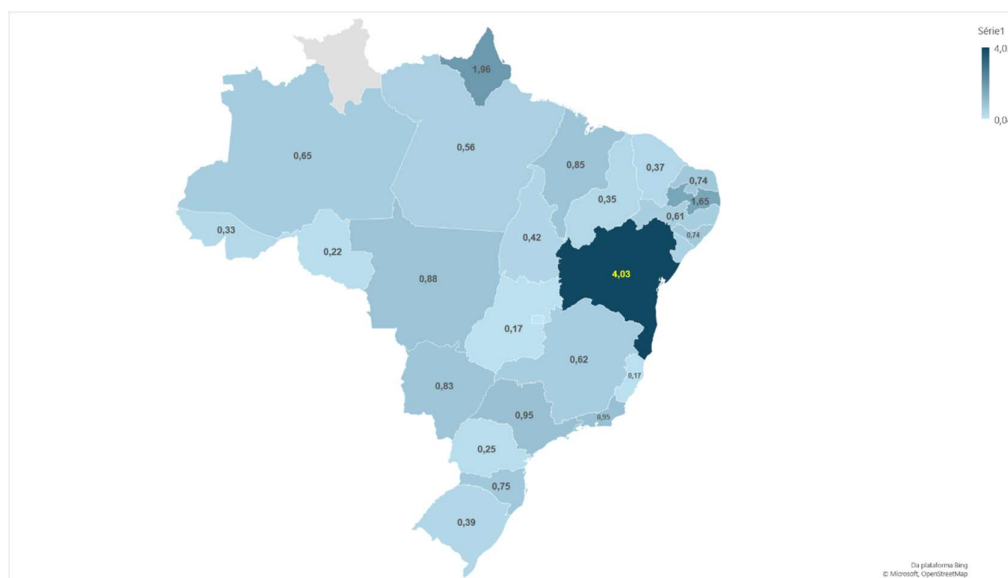


Figura 4: Taxa de mortalidade relacionada a internações por TMC por estado no Brasil, no período de 2013 a 2023. **Fonte:** Dados do Estudo- DATASUS, Brasil. Elaboração dos autores.

Discussão

Este estudo permitiu traçar um panorama nacional sobre as internações por TMC no período de 2013 a 2023, resultados importantes que trazem a discussão, a constante tentativa de estruturação da RAPS, focada no maior financiamento para a consolidação dos CAPS e que substitua os serviços hospitalares especializados por serviços de atenção extra-hospitalar, de acolhimento do paciente e das famílias. Apesar da literatura relatar que esse modelo reduziu o número de internações por TMC, este estudo apresenta ainda uma média alta de internações, com diminuição no período pandêmico e marcado aumento no período pós-pandêmico (Dias et al., 2021).

A pandemia de COVID -19 afetou diretamente a RAPS, em especial nas internações hospitalares, já que os leitos hospitalares estavam sendo utilizados massivamente para o tratamento de pacientes com agravamento do quadro de COVID 19, isso explicaria o decréscimo das internações por TMC nos anos pandêmicos no Brasil. O aumento das internações por TMC após a crise pandêmica é explicado pelo evidente aumento de TMC relacionado a diversos fatores, vastamente descritos na literatura como : o isolamento social, as mudanças de rotinas, o luto e vivências traumáticas, impactos econômicos, nas relações de trabalho, nas relações sociais e afetivas, dentre outros (NARDI et al., 2020; Carvalho et al., 2023).

Os achados deste estudo que demonstram que o estado de São Paulo, na região sudeste do Brasil, apresentou o maior número de internações por TMC e que o estado do Amapá na região norte do país, apresentou o menor número de internação, corroboram a literatura. O estudo de Gianvecchio & Jorge (2022) ao analisar mais de 2500 casos de suicídio no estado de São Paulo, demonstrou que em cerca de 56% dos casos havia o registro de TMC, e que a tentativa prévia de suicídio foi mencionada em 8,4% dos casos em homens e 15,8% dos casos em mulheres. Isso denota que os TMC é um problema de saúde pública no estado de São Paulo, o que reitera os resultados do presente estudo. (Gianvecchio & Jorge, 2022).

Os resultados referentes ao menor número de internações e média de permanência por TMC em estados da região norte do país são um desafio para discussão, pela escassez de estudos que possam justificar esses achados. Todavia, o estudo de dos Santos *et al.* (2022) demonstrou que a região norte possui o menor número de leitos hospitalares para pacientes psiquiátricos no país e que nessa região, 97% das internações psiquiátricas no período de 2017 a 2021, foram somente de urgência.(dos Santos *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2021)

A média de dias de internação por TMC no estado do Rio de Janeiro foi a maior do país, sendo de 68 dias, muito acima da média identificada para todo os estados do Brasil, que foi de 32 dias. A diminuição da média de dias de internação é descrita nos estudos como resultado do descredenciamento dos grandes hospitais para internações de longa permanência diante do fortalecimento da RAPS em detrimento do modelo de internação compulsória, hospitalocêntrico e de isolamento que era a realidade do Brasil antes da Reforma Psiquiátrica, (Carvalho *et al.*, 2023; Yano *et al.*, 2022)

Este estudo ratifica outras evidências científicas que apresentam que a maioria das internações por TMC é de homens e com média de idade de adultos médios entre 35 e 49 anos. Sendo então indivíduos em idade economicamente ativa, tendo desta forma os TMC além do impacto psicossocial, o socioeconômico, no contexto familiar e da comunidade. (Carvalho *et al.*, 2023; Yano *et al.*, 2022).

Sobre as taxas de mortalidade, os resultados do estado da Bahia na região nordeste foram impactantes e espelham os achados do estudo de Oliveira (2023) que ao analisar a mortalidade por TMC neste estado identificou um risco crescente de mortes por estes transtornos, com aumento de 65% comparando os anos de 2011 a 2021, especialmente em homens. Para o autor esse aumento está intimamente relacionado aos desafios impostos pela pandemia de COVID 19 no estado da Bahia. (OLIVEIRA, 2023).

Os resultados deste estudo, ao abordarem o panorama nacional podem colaborar na proposição de estratégias de cuidado em saúde para os transtornos mentais mais sensíveis a necessidade de cada localidade aqui analisada, podendo contribuir para uma discussão nacional e local sobre o processo de implantação da RAPS.

Agradecimentos (Opcional)

Agradecimento ao Programa de Iniciação Científica da Universidade Federal do Amazonas (PIBIC 2023/2024).

Referências Bibliográficas

- Araripe & Marcos Cordeiro et al. (2023). Mortalidade e incidência por transtorno mental e comportamental: Revisão sistemática. *Revista Multidisciplinar Em Saúde*, 4(3), 86–100.
- Brito, V. C. D. A., Bello-Corassa, R., Stopa, S. R., Sardinha, L. M. V, Dahl, C. M., & Viana, M. C. (2022). Prevalência de depressão autorreferida no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 31.
- Carvalho, C. N., Fortes, S., Castro, A. P. B. D., Cortez-Escalante, J., & Rocha, T. A. H. (2023). A pandemia de covid-19 e a morbidade hospitalar por transtorno mental e comportamental no Brasil: uma análise de série temporal interrompida, janeiro de 2008 a julho de 2021. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 32.
- de Lima, L. M. F., dos Santos, L. P., Costa, L. M. S., Novais, A. K. R., Costa, B. S. R., da Silva Martins, F. I., & Monte, A. S. (2023). Análise da morbidade hospitalar por transtornos mentais e comportamentais no interior do Ceará, de 2015 a 2021. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23(6).
- de Macedo, E. V., & Camargos, M. C. S. (2022). Evolução da cobertura de caps e das internações por transtornos mentais e comportamentais em Minas Gerais. . . *Saúde (Santa Maria)*.
- Dias, B. M., Badagnan, H. F., Marchetti, S. P., & Zanetti, A. C. B. (2021). Gastos com internações psiquiátricas no estado de São Paulo: estudo ecológico descritivo, 2014 e 2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 30.
- dos Santos, J. N. G., Arenhardt, A. S., de Almeida Moreira, A. M., Vaz, H. J., de Souza, M. V. S., da Costa Oliveira, T. I., & Coêlho, K. A. A. (2022). Internações por transtornos mentais e comportamentais, região Norte, Brasil, de 2017 a 2021. *Research, Society and Development*, 11(10).
- Gianvecchio, V. A. P., & Jorge, M. H. P. D. M. (2022). O suicídio no estado de São Paulo, Brasil: comparando dados da Segurança Pública e da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27, 2427–2436.

- Nardi, A. E., Neto, A. G. de A. A., & Abdo, Carmita. (2020). O impacto da pandemia na saúde mental. *Jornalista Responsável Natalia Cuminale Ilustrações*, 14.
- Oliveira, G. I. P. (2023). *Tendência da mortalidade por transtornos mentais na Bahia no período de 2011 a 2021*.
- Organização Mundial da Saúde, & Centro Brasileiro para Classificação de Doenças. (1995). Classificação Internacional de Doenças – CID-10. *OMS*, 10.
- Rocha, H. A. da, Reis, I. A., Santos, M. A. da C., Melo, A. P. S., & Cherchiglia, M. L. (2021). Internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde no Brasil ocorridas entre 2000 e 2014. *Revista de Saúde Pública*, 55, 14. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002155>
- Rocha, H. A. D., Reis, I. A., Santos, M. A. D. C., Melo, A. P. S., & Cherchiglia, M. L. (2021). Prevalência e fatores associados à suspeição de transtornos mentais comuns em idosos: um estudo populacional. *Revista de Saúde Pública*, 55(14).
- Silva, M. G. D., Daros, G. C., Bitencourt, R. M. D., & Iser, B. P. M. (2021). Internações psiquiátricas no Brasil: análise exploratória e de tendência de 2009 a 2019. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 70, 39–44.
- Yano, K. M., Prado, S. I., & de Novais, M. A. P. (2022). Caracterização de internações psiquiátricas: uma revisão integrativa. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*, 12(38), 68–79.

CAPÍTULO 8

Conceptualização e Impacto do *Distress* em Doentes Oncológicos: Revisão Narrativa da Literatura

Tiago Lima¹, Ana Torres^{1,2,3}, Paula Carvalho

¹ Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior, Portugal

² CINTESIS&RISE Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde| Rede de Investigação em Saúde

³ CIDESD Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento Humano

Autor Correspondente: Tiago Lima. E-mail: tiago.lima@ubi.pt

Resumo: Introdução: O impacto que o cancro tem sobre o sujeito não se limita unicamente à componente física. De facto, o tratamento oncológico implica várias etapas, desde o pré-diagnóstico até à eventual morte do doente. A transição entre estas etapas pode provocar um conjunto de experiências emocionais, tipicamente negativas, que por vezes persistem após o tratamento. Estas experiências emocionais negativas são entendidas, contemporaneamente, por *distress*. Método: Os dados recolhidos para este presente estudo foram obtidos através da PubMed e SCOPUS. Foram incluídos artigos relacionados com o estudo do *distress* em doentes oncológicos publicados até ao momento. Resultados: O *distress* engloba um conjunto de experiências emocionais negativas com dimensões psicológicas, sociais, espirituais e ocupacionais que variam num *continuum*, desde sentimentos de vulnerabilidade, medo e isolamento social até questões relacionadas com crises espirituais, depressão e ansiedade. Devido aos efeitos secundários associados ao tratamento e ao *distress*, os doentes destacam um conjunto de preocupações relacionadas com o cansaço, dificuldade em dormir ou manter o sono, problemas atencionais e motores, dificuldade na aprendizagem e concentração e alterações de humor. Discussão: Os resultados são relevantes para o conhecimento sobre o *distress* em doentes oncológicos, contudo, devido às limitações da revisão narrativa, incentivam-se revisões sistemáticas da literatura.

Palavras-chave: doentes oncológicos; *distress*; revisão narrativa.

Abstract: Introduction: The impact that cancer has on the individual is not limited solely to the physical side. In fact, cancer treatment involves several stages, from pre-diagnosis to the possible death of the patient. The transition between these stages can cause a series of emotional experiences, typically negative, which sometimes persist after treatment. These negative emotional experiences are contemporarily understood as distress. Method: The data collected for this study was obtained from PubMed and SCOPUS. Articles related to the investigation of distress in cancer patients published to date were included. Results: Distress

encompasses a set of negative emotional experiences with psychological, social, spiritual and occupational dimensions that vary along a continuum, from feelings of vulnerability, fear and social isolation to issues related to spiritual crises, depression and anxiety. Due to the side effects associated with treatment and distress, patients highlight several concerns related to tiredness, difficulty sleeping or maintaining sleep, attention and motor problems, difficulty learning and concentrating and mood swings. Discussion: The results are relevant to knowledge about distress in cancer patients, however, due to the limitations of the narrative review, systematic reviews of the literature are encouraged.

Key-Words: cancer patients; distress; narrative review.

Introdução

Segundo a Direção-Geral de Saúde (2023), entende-se por cancro como um conjunto de doenças onde as células se multiplicam, de forma descontrolada, acabando por invadir tecidos adjacentes.

A nível nacional, estima-se que ocorram, aproximadamente, 50.000 casos de cancro por ano (Direção-Geral de Saúde, 2023). Tal estatística tem aumentado ao longo do tempo, como destacam as evidências de Ferlay e colaboradores (2024) quando referem que os casos de cancro registados em Portugal no ano de 2022 foram 69.567. A nível global, pelo menos um terço dos doentes oncológicos apresentam níveis de *distress* clinicamente significativos (Carlson et al., 2018). Tendo em conta esta informação, a revisão em vigor tem como principal objetivo clarificar o que é *distress* e quais são as consequências do *distress* entre doentes oncológicos.

Conceptualização

Apesar da sua natureza biológica, o impacto que o cancro tem sobre o sujeito não se limita à componente física. De facto, o tratamento oncológico implica uma viagem com várias etapas, desde o pré-diagnóstico até à eventual morte do doente (Wang et al., 2022, as cited in Silva et al., 2023). A transição entre estas etapas pode provocar um conjunto de experiências emocionais, tipicamente negativas (Dean & Street, 2014), que por vezes persistem após o tratamento (Bleiker et al., 2000; Vinokur et al., 1990, as cited in Trunzo & Pinto, 2003). Estas experiências emocionais negativas são entendidas, contemporaneamente, por *distress* (Clover et al., 2015).

Deste modo, o *distress* apresenta uma história conceptual rica, visto ser originalmente utilizado no século XIII (Ridner, 2004) sobre o nome de *distringo*, cujo significado remete para um conjunto de tensões opostas que puxam em diferentes direções (Glare, 1968). Durante o século XX, *distress* começou a ser utilizado por profissionais na área da saúde, principalmente enfermeiras oncológicas, sendo entendido como um funcionamento psicológico maladaptivo perante eventos de vida que atuam como indutores de *stress* (Abeloff et al., 2000, as cited in Ridner, 2004).

Com o intuito de diferenciar *distress* de outros conceitos, como *strain* e *stress*, Walker e Avant (1995, as cited in Ridner, 2004) propuseram cinco atributos para o mesmo: insuficiência dos processos de *coping*, alteração do estado emocional, desconforto, comunicação de desconforto e dano sobre o próprio.

Dentro desta perspetiva, o *distress* é um conceito amplamente utilizado na área da saúde, entretanto a definição do mesmo não é consensual entre os autores. Por vezes *distress* é

definido como a manifestação de sintomatologia depressiva e ansiógena perante preocupações relacionadas com a saúde (Linden et al., 1986; Ullrich et al., 2008, as cited in Segrin & Badger, 2014).

Outros autores, como Silva e colaboradores (2023) adotam uma conceptualização de *distress* mais holística que abarca um conjunto de dimensões: psicológica, social e espiritual que existem num contínuo e cujo impacto no sujeito varia entre sentimentos de vulnerabilidade a crises existenciais. A título de exemplo, destaca-se a seguinte definição (Silva et al., 2023):

The term “distress” encompasses a comprehensive range of unpleasant emotional experiences with psychological (e.g., cognitive, behavioural, emotional), social, and spiritual dimensions that exist on a continuum, spanning from typical feelings of vulnerability, sadness, and fear to more severe issues like depression, anxiety, panic, social isolation, and even existential and spiritual crisis. (p.2)

Assim sendo, salvaguarda-se a existência de outras definições utilizadas para caracterizar *distress*. Entretanto, o exemplo previamente mencionado é utilizado por ser o mais completo entre a literatura analisada.

Consequências

Tendo em consideração as consequências inerentes ao *distress*, Mishell (1990, as cited in Lebel et al., 2009), afirma que existe um impacto a nível cognitivo, visto que doentes terão maior dificuldade em interpretar sintomatologia ambígua e em procurar profissionais dentro do sistema de saúde indicados para a problemática. Lee-Jones e colaboradores (1997) reforçam que pacientes sobre o efeito de *distress* apresentam hipervigilância na procura de sintomas somáticos e, perante estes, ativam-se respostas cognitivas associadas à doença, nomeadamente o medo inerente a uma recidiva.

Para além do impacto cognitivo que o *distress* tem sobre o sujeito, os pacientes também se queixam de cansaço, dificuldade em dormir ou manter o sono e problemas de mobilidade, sendo o cansaço caracterizado como a principal fonte de *distress* (Bower, 2014, as cited in Mehnert et al., 2018). Alguns doentes também expressam uma preocupação perante a disrupção dos papéis sociais e parentais, a possível insuficiência de recursos financeiros (Vickberg, 2003), temendo, de igual modo, o impacto que a toxicidade do tratamento tem sobre a fertilidade e a vida sexual (Chan et al., 2021).

Variabilidade do distress em função do diagnóstico e tratamento

Os níveis de *distress* entre doentes oncológicos também variam conforme o diagnóstico e o tratamento (Carlson et al., 2018; Gudenkauf et al., 2019). De facto, pacientes com condições oncológicas onde a taxa de sobrevivência é menor, como o cancro do pulmão, estômago e pâncreas, apresentam níveis de *distress* significativamente superiores comparativamente a doentes com cancro da próstata (Carlson et al., 2018).

Curiosamente, o tamanho, posicionamento e estadiamento do cancro não são preditores de *distress* (Cook, 2018). Considerando o tratamento, doentes que realizam quimioterapia ou uma combinação de quimioterapia e radioterapia apresentam maiores níveis de *distress* quando comparados com sujeitos que apenas realizam radioterapia (De Graeff et al., 2000, as cited in Cook et al., 2018).

Outras variáveis associadas ao distress

Espiritualidade

Existem outras variáveis que merecem ser apresentadas quando se explora *distress*, nomeadamente a fé ou espiritualidade do sujeito. Pessoas crentes ou espirituais apresentam níveis de *distress* inferiores relativamente a pessoas não crentes (Gudenkauf et al., 2019). Testoni e colaboradores (2015, as cited in Testoni et al., 2017) defendem que pessoas crentes ou espirituais possuem representações ontológicas transformativas sobre a morte, entendendo a mesma como uma passagem. Por outro lado, não crentes entendiam a morte como a aniquilação do próprio.

Dentro desta perspetiva, Gudenkauf e colaboradores (2019) destacam a pertinência em desenvolver programas de intervenção que visam incrementar a vivência espiritual do sujeito. Tais programas deverão criar um espaço de discussão sobre crenças espirituais, o significado do diagnóstico, temáticas de perda, luto, propósito, esperança e significado.

Sentido de Propósito

No que concerne o sentido de propósito, este conceito tem sido estudado por Park e Folkman (1997, as cited in Vickberg et al., 2010), sendo definido como uma crença de que a vida possui ordem e o próprio se encontra motivado para procurar significado. Em contexto oncológico, a sensação de que a vida possui ordem e coerência permite colocar em perspetiva a mudança do estado de saúde da pessoa e, por consequência, os níveis de *distress* em sujeitos com sentido de propósito serão inferiores (Vickberg et al., 2010).

Dentro desta perspetiva, os autores (Vickberg et al., 2010) argumentam que a presença de sentido de propósito atua como um fator protetor contra pensamentos intrusivos, sendo estes caracterizados como memórias, sonhos ou pensamentos recorrentes e incontroláveis sobre um evento vivenciado com *stress* (Baum et al., 1993; Greenberg et al., 1997; McFarlane et al., 1992, as cited in Vickberg et al., 2010). Tais pensamentos intrusivos contribuem para os níveis de *distress* do doente oncológico.

Método

A presente investigação remete para uma revisão narrativa da literatura (Ruther, 2007). Deste modo, os estudos recolhidos foram obtidos através das seguintes bases de dados: PubMed e SCOPUS. Foram incluídos artigos relacionados com o estudo do *distress* em doentes oncológicos publicados até ao momento através do uso de um conjunto de palavras-chave, operadores booleanos e filtros disponibilizados.

Resultados

No que concerne a operacionalização do *distress*, alguns autores caracterizam o mesmo como “global subjective non-specific negative affect state that might encompass stress, anxiety, or depression” (Matthews, 2016, as cited in Anderson et al., 2023, p.230). Outros adotam uma visão proposta pelo Nacional Comprehensive Cancer Network (NCCN) “The NCCN in the US defines cancer-related psychological distress as a multifactorial unpleasant experience of psychological (i.e., cognitive, behavioral, emotional), social, spiritual, and/or physical nature

that may interfere with one's ability to cope effectively with cancer, its symptoms and treatment" (Ratnasekera et al., 2023, p.1014). Em última análise, também se destaca a seguinte definição "Psychological distress (i.e., a broad range of emotional reactions including worry, fear, helpless, sadness)" (Aust et al., 2018; Mavridou et al., 2013; Mitchell, 2010; Zemla et al., 2019, as cited in Sommer et al., 2022, p.1).

No que concerne as consequências associadas ao *distress*, Duijts e colaboradores (2014) destacam um conjunto de problemáticas expostas por pacientes, como problemas atencionais e motores, dificuldade na aprendizagem e concentração, alterações de humor e conflitos, especialmente entre colegas de trabalho. Outros autores acrescentam a presença de pensamentos intrusivos, sendo estes caracterizados como memórias, sonhos ou pensamentos recorrentes e incontroláveis sobre um evento vivenciado com *stress* (Baum et al., 1993; Greenberg et al., 1997; McFarlane et al., 1992, as cited in Vickberg et al., 2010).

Discussão

A visão do *distress* por Anderson e colaboradores (2023) remete para o entendimento do mesmo como um estado emocional negativo, sendo este resultado de uma combinação entre *stress*, ansiedade e/ou depressão. Tal definição contrasta, negativamente, com o exemplo de Silva e colaboradores (2023) inicialmente destacado nesta investigação. De facto, esta proposta (Anderson et al., 2023) carece de vários elementos que a literatura tem vindo a demonstrar como basilares na compreensão da vivência de um doente oncológico, nomeadamente aspetos sociais (Vickberg et al., 2003) e de natureza espiritual (Gudenkauf et al., 2019).

De facto, entre as propostas de conceptualização do *distress* revistas ao longo desta análise, a definição do *distress* pelo NCCN é uma das mais completas no que concerne a captação da experiência, tendencialmente negativa, de um doente oncológico. Esta proposta também reforça a dificuldade que o *distress* provoca no que concerne o processo de *coping* perante os sintomas e o tratamento (Mishell, 1990, as cited in Lebel et al., 2009). Entretanto, a definição não enquadra aspetos ocupacionais, especificamente o conceito de *performance* e como a redução da mesma poderá afetar a relação que o individuo tem com a sua atividade (Duijts et al., 2014).

Em última análise, a operacionalização do *distress* destacada por Sommer e colaboradores (2022) revela-se como uma proposta bastante sensível à componente psicológica, dando de igual modo, um particular interesse sobre a possibilidade do *distress* variar em grau de gravidade, dependendo do doente oncológico, à semelhança da definição de Silva e colaboradores (2023). Entretanto, esta proposta acaba por excluir outras componentes necessárias para a compreensão do *distress* na sua totalidade, especialmente quando não refere o impacto físico sentido pelo doente (Mehnert et al., 2018).

Entre as consequências do *distress*, as observações levantadas por Duijts e colaboradores (2014) e Vickerberg e colaboradores (2010) são bastante compatíveis com as preocupações inicialmente expostas previamente nesta investigação, nomeadamente as dificuldades motoras (Bower, 2014, as cited in Mehnert et al., 2018) e cognitivas (Mishell, 1990, as cited in Lebel et al., 2009; Lee-Jones et al., 1997).

Assim sendo, os resultados são relevantes para o conhecimento sobre o *distress* em doentes oncológicos, especialmente no que concerne a conceptualização do *distress* e, possivelmente, a avaliação e intervenção em doentes oncológicos com níveis clinicamente significativos do mesmo. Realça-se que devido às limitações da revisão narrativa (Rother, 2007), incentivam-se

à produção de revisões sistemáticas da literatura sobre esta temática com o intuito de criar investigações com um maior grau de replicabilidade e pormenor sobre a informação presentemente destacada.

Referências Bibliográficas

- Anderson, L. E., Ireland, M. J., Myers, K., Avenell, C., Connaughton, T., & Godwin, B. C. (2023). Psychological distress and bowel cancer screening participation. *Psycho-Oncology*, *32*(2), 229-236. <https://doi.org/10.1002/pon.6072>
- Carlson, L. E., Zelinski, E. L., Toivonen, K., Sundstrom, L., Jobin, C., Damaskos, P., & Zebrack, B. (2018). Prevalence of psychosocial distress in cancer patients across 55 North American cancer centers. *Journal of Psychosocial Oncology*, *37*(1), 5–21. <https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1521490>
- Chan, R. J., Nekhlyudov, L., Duijts, S. F. A., Hudson, S. V., Jones, J., Keogh, J. W. L., Love, B., Lustberg, M. B., Mehnert, T. A., Nathan, P. C., Ness, K. K., Sheppard, V. B., Smith, K. C., Tevaarwerk, A. J., Yu, X., & Feuerstein, M. (2021). Future research in cancer survivorship. *Journal of Cancer Survivorship*, *15*(5), 659–667. <https://doi.org/10.1007/s11764-021-01102-x>
- Clover, K., Mitchell, A. J., Britton, B., & Carter, G. (2015). Why do oncology outpatients who report emotional distress decline help? *Psycho-Oncology*, *24*(7), 812–818. <https://doi.org/10.1002/pon.3729>
- Cook, S. A., Salmon, P., Hayes, G., & Byrne, A. (2018). Predictors of emotional distress a year or more after diagnosis of cancer: A systematic review of the literature. *Psycho-Oncology*, *27*(3), 791–801. <https://doi.org/10.1002/pon.4601>
- Dean, M., & Street, R. L. (2014). A 3-stage model of patient-centered communication for addressing cancer patients' emotional distress. *Patient Education and Counseling*, *94*(2), 143–148. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.09.025>
- Direção-Geral da Saúde. (n.d.). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas: Perguntas e Respostas*. Retrieved outubro 30 2023, from <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-oncologicas/perguntas-e-respostas.aspx>
- Duijts, S. F. A., Van Egmond, M., Spelten, E., Van Muijen, P., Anema, J. R., & Van Der Beek, A. J. (2014). Physical and psychosocial problems in cancer survivors beyond return to work: a systematic review. *Psycho-Oncology*, *23*(5), 481–492. <https://doi.org/10.1002/pon.3467>
- Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Laversanne, M., Colombet, M., Mery, L., Piñeros, M., Znaor, A., Soerjomataram, I., & Bray, F. (2024). *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Retrieved 7 february 2024, from <https://gco.iarc.who.int/today>
- Glare, P. G. W. (1968). *Oxford Latin Dictionary*. Clarendon Press.
- Gudenkauf, L. M., Clark, M. M., Novotny, P. J., Piderman, K. M., Ehlers, S. L., Patten, C. A., Nes, L. S., Ruddy, K. J., Sloan, J. A., & Yang, P. (2019). Spirituality and emotional distress among lung cancer survivors. *Clinical Lung Cancer*, *20*(6), 661–666. <https://doi.org/10.1016/j.clc.2019.06.015>
- Lebel, S., Rosberger, Z., Edgar, L., & Devins, G. M. (2009). Emotional distress impacts fear of the future among breast cancer survivors not the reverse. *Journal of Cancer Survivorship*, *3*(2), 117–127. <https://doi.org/10.1007/s11764-009-0082-5>
- Lee-Jones, C., Humphris, G., Dixon, R., & Hatcher, M. B. (1997). Fear of cancer recurrence - a literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of

- recurrence fears. *Psycho-Oncology*, 6(2), 95–105. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199706\)6:2<95::AID-PON250>3.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199706)6:2<95::AID-PON250>3.0.CO;2-B)
- Mehnert, A., Hartung, T., Friedrich, M., Vehling, S., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Koch, U., & Faller, H. (2018). One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. *Psycho-Oncology*, 27(1), 75–82. <https://doi.org/10.1002/pon.4464>
- Ratnasekera, N., Perera, I., Kandapola-Arachchige, P., & Jayasekara P. (2023). Initiation of distress screening in oral cancer clinics in Sri Lanka. *Psycho-oncology*, 32(7), 1013–1021. <https://doi.org/10.1002/pon.6098>
- Ridner, S. H. (2004). Psychological distress: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 536–545. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02938.x>
- Rother, E. T. (2007). Revisão Sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2), 5–6. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>
- Segrin, C., & Badger, T. A. (2014). Psychological and physical distress are interdependent in breast cancer survivors and their partners. *Psychology Health & Medicine*, 19(6), 716–723. <https://doi.org/10.1080/13548506.2013.871304>
- Silva, S., Paredes, T., Teixeira, R. J., Brandão, T., Dimitrovová, K., Marques, D., Sousa, J., Leal, M., Dias, A., Neves, C. A., Marques, G., & Amaral, N. (2023). Emotional distress in Portuguese cancer patients: the use of the Emotion Thermometers (ET) screening tool. *Healthcare*, 11(19), Article 2689. <https://doi.org/10.3390/healthcare11192689>
- Sommer, J. K., Reynolds, K., Hebbard, P., Mota, N., Roos, K., Sareen, J., Devereaux, P. J., Srinathan, S., & El-Gabalawy, R. (2022). Healthcare-related correlates of preoperative psychological distress among a mixed surgical and cancer-specific sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 161, Article 111036. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.111036>
- Testoni, I., Sansonetto, G., Ronconi, L., Rodelli, M., Baracco, G., & Grassi, L. (2018). Meaning of life, representation of death, and their association with psychological distress. *Palliative & Supportive Care*, 16(5), 511–519. <https://doi.org/10.1017/s1478951517000669>
- Trunzo, J. J., & Pinto, B. M. (2003). Social Support as a Mediator of Optimism and Distress in Breast Cancer Survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 805–811. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.805>
- Vickberg, S. M. (2003). The Concerns About Recurrence Scale (CARS): A Systematic Measure of Women's Fears About the Possibility of Breast Cancer Recurrence. *Annals of Behavioral Medicine*, 25(1), 16–24. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2501_03
- Vickberg, S. M., Bovbjerg, D. H., DuHamel, K. N., Currie, V. E., & Redd, W. H. (2010). Intrusive thoughts and psychological distress among breast cancer survivors: global meaning as a possible protective factor. *Behavioral Medicine*, 25(4), 152–160. <https://doi.org/10.1080/08964280009595744>

CAPÍTULO 9

Aspectos psicodinâmicos de pacientes hospitalizados após Síndrome Coronariana Aguda (SCA)

Aline Cristina Antonechen^{1,2}, Rose-Angelique Belot², Sonia Regina Pasian¹

¹Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo - Brasil.

²Psychologie Clinique et Psychopathologie Université de Franche-Comté (UFC) - Laboratoire de Psychologie UR3188 Besançon – France.

Autor Correspondente: Aline Cristina Antonechen **E-mail:** aline_antonechen@usp.br

Resumo: Introdução: Síndromes Coronarianas Agudas (SCA) são eventos cardíacos graves com importantes repercussões psíquicas. O objetivo deste trabalho é investigar indicadores psicodinâmicos de adultos hospitalizados por SCA em comparação a não pacientes. Método: pesquisa quantitativa, transversal e observacional. Foram avaliados 50 pacientes hospitalizados com SCA (G1, 74% homens, idade média de 48,94±7,51 anos) e comparados a 50 pessoas sem cardiopatia (G2, 68% homens, idade média de 44,92±9,38 anos). Instrumentos: Questionário Sócio demográfico e Clínico e Teste de Zulliger (Z-Teste – Escola de Paris). Resultados: A comparação dos grupos no Z-Teste apontou para aumento significativo de respostas formais-esfumado (FE) e diminuição das respostas-cor (FC, CF e \sum Cp) em G1 em comparação a G2. Estes indicadores revelam possível inibição afetiva e angústia, mas não desorganizadora, visto preservação de contato com realidade externa. Quanto ao conteúdo das respostas, houve diminuição significativa de conteúdos humanos (H) de G1 em comparação a G2, revelando dificuldades nas relações sociais, associadas ao trauma da vivência de SCA. Além disso, o aumento significativo de conteúdos animais (A%) no G1 em relação a G2 pode indicar socialização preservada e regressão frente ao adoecimento cardíaco. Conclusão: A utilização do Z-Teste em pacientes após SCA permitiu identificar indicadores psicodinâmicos relevantes para proposição clínica, visando adaptação operante dos cuidados em saúde.

Palavras-chave: Síndrome Coronariana Aguda; Métodos Projetivos; Personalidade; Teste das Manchas de Tinta; Serviço Hospitalar de Emergência.

Abstract: Introduction: Acute Coronary Syndromes (ACS) are severe cardiac events with significant psychological repercussions. The aim of this study is to investigate psychodynamic indicators in adults hospitalized for ACS compared to non-patients. Method: quantitative, cross-sectional, and observational research. Fifty hospitalized patients with ACS (G1, 74% men,

mean age 48.94 ± 7.51 years) were evaluated and compared to 50 individuals without heart disease (G2, 68% men, mean age 44.92 ± 9.38 years). Instruments: Socio-demographic and Clinical Questionnaire and Zulliger Test (Z-Test – Paris School). Results: Comparison of the groups in the Z-Test indicated a significant increase in formal-smoky responses (FE) and a decrease in color responses (FC, CF, and $\sum C_p$) in G1 compared to G2. These indicators reveal possible affective inhibition and distress, but not disorganizing, considering preservation of contact with external reality. Regarding the content of responses, there was a significant decrease in human content (H%) in G1 compared to G2, indicating difficulties in social relationships associated with the trauma of experiencing ACS. Additionally, the significant increase in animal content (A%) in G1 compared to G2 may indicate preserved socialization and regression in the face of cardiac illness. Conclusion: The use of the Z-Test in patients after ACS allowed the identification of relevant psychodynamic indicators for clinical proposition, aiming at operant adaptation of healthcare.

Key-Words: Acute Coronary Syndrome; Projective Methods; Personality; Inkblot Test; Emergency Hospital Service.

Introdução

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são aquelas que acometem o coração e os vasos sanguíneos. Atualmente elas figuram entre as principais causas de morbidade e mortalidade no mundo (Lloyd-Jones et al., 2022). Nos países membros da Sociedade Europeia de Cardiologia, foram registrados cerca de 4,1 milhões de óbitos por estas patologias nos anos precedentes, sendo 2,2 milhões de mulheres e 1,9 milhões de homens (Byrne et al., 2023). Dentre as DCV, destaca-se a Síndrome Coronariana Aguda (SCA), que são eventos agudos que comprometem o funcionamento do músculo cardíaco. As SCA mais conhecidas são o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e a Angina Instável (AI). Em 2019, foram contabilizadas 1.266.000 internações por SCA em todo o mundo (Tsao et al., 2023). Neste mesmo ano, o Brasil registrou 95.758 mortes por IAM e as hospitalizações pela mesma patologia chegaram a 170.470 casos em 2023 (DATASUS, 2024).

A etiologia dessas patologias é considerada multifatorial, uma vez que pode ser influenciada por aspectos físicos, genéticos, ambientais, sociais, comportamentais e psicológicos (Lloyd-Jones et al., 2022; Tsao et al., 2023). Este último componente, foco do presente trabalho, é objeto de diversos estudos, por sua relevância para a área de cardiologia. A primeira publicação científica nesta direção foi realizada em 1910 e descrevia a propensão de pessoas mais ansiosas e ambiciosas a desenvolverem DCI (Almeida & Ribeiro, 2008). Muitos trabalhos científicos foram produzidos desde então, investigando desde características globais, como traços de personalidade, a indicadores específicos, como saúde mental, vivências de raiva e hostilidade, otimismo, inibição social, dentre outros (Denollet, 2005; Lloyd-Jones et al., 2022). Atualmente, considera-se que o bem-estar psicológico e os determinantes sociais são fatores essenciais para a saúde cardiovascular, podendo influenciar no desenvolvimento da doença, enfrentamento e posterior adesão ao tratamento (Ávila & Remor, 2019; Lloyd-Jones et al., 2022).

A investigação dos fenômenos psicológicos neste campo é realizada de diversas maneiras, sendo a mais frequente o uso de instrumentos de autorrelato. Esta estratégia avaliativa apresenta algumas vantagens, como a objetividade e melhores resultados psicométricos, porém certos fatores precisam ser levados em consideração, como a possibilidade de enviesamento das respostas pelo respondente e a desejabilidade social (Almiro, 2017). Outro recurso avaliativo são os métodos projetivos, que tratam-se de materiais ambíguos e semiestruturados em que o

respondente é convidado a ofertar respostas, geralmente por meio de associação livre (Chabert, 2019). O objetivo é investigar componentes conscientes e inconscientes do comportamento humano, ou seja, aquilo que o indivíduo nem sempre consegue expressar (Anzieu, 1986). Na área da cardiologia, os estudos que utilizam metodologia projetiva são escassos em comparação aos demais instrumentos. Destacam-se aqui três trabalhos que utilizaram esta técnica para avaliação psicodinâmica de pacientes com cardiopatia, com ênfase nos métodos projetivos com manchas de tinta.

Dritto et al. (2015) investigaram traços de Personalidade tipo D (constituída pela predominância de vivência de afetos negativos e inibição social) em 40 pacientes com histórico de IAM, a partir do Método de Rorschach (Escola de Paris). Como principais resultados, os autores apontaram o número aumentado de respostas anatômicas, associando-o a preocupações somáticas excessivas. Além disso, a frequência elevada de respostas de movimento animal em relação a respostas de cor e a porcentagem de respostas banais acima da média foram compreendidas como indicadores de inibição social. Dessa forma, o Método de Rorschach se mostrou uma ferramenta sensível para identificação de traços comumente associados ao adoecimento cardíaco (Dritto et al. 2015).

Um estudo com delineamento longitudinal investigou a relação entre hostilidade e o desenvolvimento de doenças cardíacas. Foram avaliados física e psicologicamente 416 homens que cursavam medicina entre 1948 e 1964, com um protocolo em que estava incluso o Método de Rorschach (aplicação no sistema Beck e codificação no Sistema Compreensivo de Exner). As avaliações foram realizadas anualmente até 2003 e neste período identificou-se que 9% (n=37) dos participantes desenvolveram doenças cardíacas e em 5,5% (n=23) de maneira prematura (antes dos 55 anos). Verificou-se que altos níveis de raiva e hostilidade implícita e explícita estavam relacionados de forma estatisticamente significativa ao desenvolvimento precoce de doenças cardíacas, independentemente de outros fatores de risco (Meyer et al., 2017).

No contexto brasileiro, foi apresentado um estudo de caso que utilizou o Teste de Zulliger (Escola de Paris) para demonstrar a aplicabilidade deste instrumento na prática clínica. Uma mulher (Ana) de 73 anos, hospitalizada após diagnóstico de IAM foi avaliada por um protocolo multimétodos e dentre os instrumentos constava o Teste de Zulliger. Os principais resultados encontrados evidenciaram preservação do funcionamento lógico e intelectual da paciente, mesmo que seu juízo crítico fosse menos objetivo e preciso. Quanto às manifestações afetivas, Ana demonstrou facilidade em externalizar suas emoções e afetos, privilegiando estilo mais reativo. E nas relações sociais, ela aparentou dificuldade nos contatos e formação de vínculos sociais, revelando um retraimento social que poderia ser compreendido como mecanismo de defesa. Concluiu-se que o Teste de Zulliger pode ser uma ferramenta útil para identificação de componentes psicodinâmicos em contextos como a urgência cardiológica (Antonechen et al., 2022).

Tendo em vista tais achados, observa-se que os métodos projetivos podem ser de grande valia para identificação de indicadores psicológicos na área de cardiologia. Suas possibilidades exploratórias bem como a riqueza interpretativa de seus resultados permitem a investigação de uma gama de componentes psicodinâmicos a partir do uso destes instrumentos. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é investigar indicadores psicodinâmicos de adultos hospitalizados por SCA em comparação a não pacientes, por meio do Teste de Zulliger (Escola de Paris). Levanta-se a hipótese de que os pacientes com SCA apresentem indicadores de sofrimento psíquico e dificuldade nas relações sociais mais elevados do que o grupo de não pacientes.

Método

Delineamento metodológico

Esta pesquisa seguiu delineamento quantitativo e qualitativo, com desenho transversal, observacional e descritivo-comparativo entre grupo clínico e grupo de comparação (Sampieri et al., 2013).

Participantes

Foram avaliados 100 voluntários, de ambos os sexos, que formaram dois grupos: Grupo Clínico (G1, n=50), composto por pacientes hospitalizados devido quadro de Síndrome Coronariana Aguda (SCA) e Grupo de Comparação (G2, n=50), constituído de indivíduos sem doença cardíaca e balanceado em idade, sexo e escolaridade com o G1. Os critérios para inclusão foram serem adultos (idade entre 30 e 59 anos), estar com o quadro clínico estabilizado (no caso de G1) e aceitar participar voluntariamente do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Já os critérios de exclusão foram não estar em condições físicas, mentais ou emocionais para participação, presença de deficiências sensoriais ou recusar-se a assinar o TCLE.

Em ambos os grupos prevaleceram participantes do sexo masculino, uma vez que as SCA são mais incidentes neste sexo. No G1, 74% (n=37) da amostra eram homens, a idade média dos pacientes foi de $48,94 \pm 7,51$ anos e a escolaridade média de $9,70 \pm 4,46$ anos. Já no G2, 68% (n=34) dos participantes eram homens, a idade média foi de $44,92 \pm 9,38$ anos e a escolaridade média de $10,0 \pm 2,46$ anos. A média de escolaridade da amostra foi compatível com o ensino médio incompleto no Brasil. Os grupos apresentaram diferença estatisticamente significativa apenas na idade média ($p=0,020$), sendo os participantes de G2 ligeiramente mais jovens que os de G1. No entanto, ressalta-se que em ambos os grupos a faixa etária média foi entre 45 e 50 anos.

Instrumentos

Questionário Socio Demográfico e Clínico

Questionário elaborado no Laboratório de Pesquisa (Centro de Pesquisas em Psicodiagnóstico – CPP) para investigação de dados demográficos, socioeconômicos, hábitos de vida e informações clínicas dos participantes.

Teste de Zulliger (Z-Teste - Escola de Paris)

Método projetivo que utiliza estímulos ambíguos e semiestruturados para avaliação de características funcionais e estruturais da personalidade. O Z-Teste é constituído de três cartões com manchas de tinta, que são ofertadas ao respondente, seguidos da seguinte instrução: “Com o que isso se parece?”, solicitando respostas ofertadas por meio de associação livre. Após a aplicação, é realizada a fase de inquérito, na qual o avaliador verifica a localização, determinantes e conteúdos de cada resposta. Com base no material produzido, são realizadas as codificações e interpretações de indicadores psíquicos. A base teórica utilizada neste trabalho baseia-se em referencial fenomenológico, psicodinâmico e psicanalítico, que constitui o sistema avaliativo Escola de Paris. O manual técnico do instrumento foi elaborado no Brasil por

Procedimentos

Primeiramente, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da universidade no Brasil. Após a aprovação foi iniciada a triagem de possíveis participantes, que eram abordados individualmente e informados sobre o propósito do estudo. Mediante o aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), era realizada a aplicação do protocolo avaliativo.

A coleta de dados foi realizada com amostra de conveniência. Os pacientes do G1 foram abordados na Unidade Coronariana (UCo) de um hospital universitário de urgência de uma cidade de médio porte da região sudeste do Brasil. Os participantes foram avaliados em poltrona próxima ao seu leito hospitalar, pois precisavam manter-se na UCo para monitoramento contínuo dos parâmetros cardíacos (mesmo que o quadro clínico já estivesse estável). No caso do G2, os possíveis participantes eram indicados pela rede de contato das pesquisadoras ou abordados diretamente por elas. A participação se deu em um ambiente protegido e adequado, com mínima interferência externa possível, como a sala do laboratório de pesquisa na universidade. Em ambos os grupos, o tempo médio de aplicação do protocolo de pesquisa foi de 90 minutos.

Os dados coletados foram corrigidos e codificados de acordo com o manual técnico-científico do instrumento. Posteriormente, foram tabulados em tabelas do *Microsoft Excel* e estas foram transpostas para os *softwares Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, versão 23.0) e JASP (versão 0.8.6, Universidade de Amsterdam, <https://jasp-stats.org/>), para análise descritiva e comparativa dos resultados. Para descrição das variáveis, considerou-se média e desvio padrão e para comparação entre grupos utilizou-se o Teste *t de Student*, com nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$) e tamanho de efeito *d* de Cohen (*d*).

Resultados

Para apresentação dos resultados do Z-Teste, foram selecionadas as principais variáveis fornecidas por este instrumento, em termos de produção, ritmo, modos de apreensão, determinantes e conteúdos. Os resultados médios encontrados, bem como a comparação estatística entre os grupos são expostos na Tabela 1. Os indicadores que apresentaram diferenças estaticamente significativas entre os grupos foram evidenciados.

Tabela 1 - Resultados descritivos e comparativos entre os grupos nas variáveis principais do Z-Teste (n=100).

Variável	Grupo Clínico (G1=50)	Grupo de Comparação (G2=50)	Comparação estatística		
	<i>Média(DP)</i>	<i>Média(DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Respostas	6,92(7,34)	7,34(2,25)	-0,841	0,402	-0,168
TRm	24,25(13,40)	20,57(9,59)	1,579	0,118	0,316
G%	22,73(14,92)	21,51(18,40)	0,363	0,718	0,073

D%	58,89(15,67)	65,12(18,65)	-1,808	0,074	-0,362
Dd%	11,95(13,06)	8,91(13,38)	1,151	0,252	0,230
Dbl%	5,0(8,50)	4,22(6,52)	0,511	0,611	0,102
F%	52,52(21,28)	46,83(19,11)	1,408	0,162	0,282
F+%	66,98(29,16)	73,52(27,00)	-1,164	0,247	-0,233
F+ext%	70,51(19,05)	72,98(20,37)	-0,628	0,532	-0,126
Σ Cp	0,74(0,75)	1,62(1,35)	-4,020	$\leq 0,001$	-0,804
FC	0,44(0,64)	0,96(0,98)	-3,116	0,002	-0,623
CF	0,28(0,53)	0,62(0,80)	-2,485	0,015	-0,497
Σ Ep	0,56(0,73)	0,32(0,51)	1,897	0,061	0,379
FE	0,42(0,73)	0,14(0,35)	2,442	0,016	0,488
Σ Clob	0,12(0,32)	0,24(0,51)	-1,385	0,169	-0,277
A%	55,16(19,27)	47,53(19,93)	1,947	0,054	0,389
Ad	0,40(0,60)	0,18(0,43)	2,081	0,040	0,416
H%	20,50(17,31)	21,85(12,91)	-0,443	0,659	-0,089
H	0,70(0,86)	1,06(0,97)	-1,952	0,054	-0,390
Banalidade %	33,65(17,65)	39,62(20,06)	-1,579	0,117	-0,316

Nota: DP = Desvio Padrão; t = Teste t de Student; p = Nível de significância; d = d de Cohen; TRm = Tempo médio de resposta; G = Respostas Globais; D = Respostas de Grande Detalhe; Dd = Resposta de Pequeno Detalhe; Dbl = Resposta na parte branca do cartão; F% = Porcentagem de respostas de Forma; F+% = Porcentagem de respostas de forma bem vista; F+ext% = Porcentagem de respostas de forma bem vista expandido; Cp = Somatório de respostas com Cor; FC = Resposta forma-Cor; CF = Resposta Cor-Forma; Ep = Somatório de respostas com Esfumado; FE = Respostas Forma-Esfumado; Clob = Respostas de Disforia; A = Resposta de Animal; (A) = Resposta de Animal desvitalizado; Ad = Resposta de parte de Animal; (Ad) = Resposta de parte de Animal desvitalizado; A% = Porcentagem de respostas Animal; H = Resposta de Humano; (H) = Resposta de Humano desvitalizado; Hd = Resposta de parte de Humano; (H) = Resposta de parte de Humano desvitalizado; H% = Porcentagem de respostas Humano.

Os grupos apresentaram similaridades em variáveis de ritmo (TRm) e produção (número de respostas), bem como nos modos de apreensão das respostas. No que diz respeito aos determinantes, foram identificadas diferenças estatisticamente significativas nas respostas de Forma-Cor (FC), Cor-Forma (CF) e Somatória de respostas cromáticas (Σ Cp), sendo que G1 apresentou valores menores nestas variáveis que o grupo de não pacientes. Observou-se ainda aumento significativo das respostas de Forma-Esfumado (FE) entre os pacientes cardíacos em relação ao grupo de comparação. As diferenças contaram com tamanho médio de efeito, sugerindo marcadores relevantes entre os grupos.

Quanto aos conteúdos, verificou-se diversidade de escolhas nas respostas de ambos os grupos. Neste trabalho são focaliza-se as frequências de conteúdos Humano e Animal, por seu valor interpretativo. O G1 apresentou rebaixamento de conteúdo Humano (H) e aumento dos

conteúdos parte de animal (Ad) e porcentagem de conteúdos animais (A%), com diferença estatisticamente significativa em relação ao G2 e tamanhos de efeito considerados pequenos a moderados. Cabe ressaltar que ao considerar o manual técnico do instrumento (Resende & Nascimento, 2019), estes indicadores de G2 assemelham-se mais ao referencial normativo do que os de G1.

Discussão

De modo geral, os participantes conseguiram responder ao instrumento de maneira satisfatória. O ritmo associativo das respostas e a capacidade de interpretação dos estímulos, avaliados pelo TRm e o número de respostas respectivamente, esteve dentro do esperado para adultos brasileiros (Resende & Nascimento, 2019). Os modos de apreensão das respostas apontaram que ambos os grupos sinalizaram análises prioritárias de elementos relevantes da realidade (D%), com percepção integrativa e abstrata preservada (G%). Apresentaram também capacidade de identificar minúcias (Dd%) e análises complementares dos estímulos (Db1%).

No que diz respeito aos determinantes e conteúdos das respostas, houve diferenças significativas na amostra, que assinalam possíveis singularidades entre os grupos. Os participantes do G1 apresentaram diminuição de respostas cromáticas, que podem ser sugestivas de dificuldades nos pacientes com cardiopatia em lidar com suas emoções e afetos (Resende & Nascimento, 2019). Este achado aproxima-se do descrito por Dritto et al. (2015), que associou o predomínio de respostas de movimento em relação às respostas cromáticas em sua amostra de pacientes cardíacos a traços de inibição social. Outro indicador relevante em termos de determinantes foi o aumento de respostas Forma-Esfumado (FE) em G1, sugerindo vivência de angústia racionalmente controlada nestes indivíduos. Este sentimento pode ser expresso por meio de transtornos como ansiedade e depressão, que são frequentemente descritos como prevalentes em pacientes com adoecimento cardíaco (Ávila & Remor, 2019; Lloyd-Jones et al., 2022).

Em relação aos conteúdos, o rebaixamento de respostas de conteúdo humano (H) no G1 em relação ao G2 pode apontar diminuição do interesse social por parte dos pacientes do primeiro grupo. No entanto, observa-se que na proporção total de conteúdos humanos (H%) a diferença entre os grupos se esvaiu. Já o aumento nos conteúdos animais no G1 em comparação ao G2 é associado a uma forma mais padronizada e estereotipada de interação com o mundo, podendo sinalizar imaturidade para lidar com as exigências das relações sociais (Resende & Nascimento, 2019). No G1, interação entre estes conteúdos pode denotar características de inibição social, retratada na literatura científica como um traço predominante neste grupo (Antonechen et al., 2022; Dritto et al., 2015; Lloyd-Jones et al., 2022). A inibição social é descrita como a propensão a inibir expressões emocionais e afetivas, a fim de evitar a desaprovação social (Denollet, 2005). Desta forma, o indivíduo tenderia a agir de modo socialmente esperado (estereotipado) pelo medo de rejeição.

Em suma, o Teste de Zulliger (Escola de Paris) permitiu identificação de indicadores relevantes sobre a psicodinâmica do G1 em comparação ao G2. Os resultados encontrados apontaram que os participantes com diagnóstico de SCA apresentavam sinais de angústia e possíveis dificuldades em gerir suas emoções e afetos. Além disso, os pacientes também aparentavam compensar dificuldades sociais por meio de interação socialmente esperada, com índices de passividade.

Desta forma, o Teste de Zulliger se mostrou uma ferramenta útil para avaliação psicológica em

contexto de saúde/hospitalar. Por tratar-se de um método projetivo que visa avaliação de características de personalidade, oferta uma gama importante de indicadores relacionados ao funcionamento cognitivo, afetivo e social dos respondentes. Sua aplicação rápida e fácil (apesar de exigir treinamento prévio do aplicador) favorece o uso em contextos de internação breve, como a urgência cardiológica. Tendo em vista a relevância dos componentes psicológicos para a saúde cardiovascular, a avaliação de demandas psicológicas durante a internação pode ser de suma importância para intervenção e encaminhamento psicológico.

Apesar da relevância dos achados apresentados neste trabalho, há algumas limitações a serem consideradas. O tamanho da amostra pode ser considerado pequeno, uma vez que as SCA apresentam alta prevalência. E a coleta de dados do G1 foi realizada em apenas um hospital, bem como a coleta do G2 considerou apenas uma região do país, dificultando a generalização dos resultados encontrados para outros contextos.

Agradecimentos

Processo nº 2023/04623-4, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) na forma de apoio geral às atividades de pós-graduação no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP).

Referências Bibliográficas

- Almeida, C. P., & Ribeiro, A. L. A. (2008). *Psicologia em cardiologia: novas tendências*. Alínea editora.
- Almiro, P. A. (2017). Uma nota sobre a desejabilidade social e o enviesamento de respostas. *Avaliação psicológica*, 16(3), 253-257. <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2017.1603.ed>
- Antonechen, A. C., Cololbarolli, M. S., Gomes, G. V. A. (2022). Teste de Zulliger no sistema Escola de Paris. In A. E. Villemor-Amaral, S. R. Pasian & D. Amparo (Orgs.), *Avanços em Métodos Projetivos* (pp. 9-18). Hografe.
- Anzieu, D. (1986). *Os métodos projetivos*. Tradução de Maria Lúcia do Eirado Silva. 4a.ed. Rio de Janeiro: Campus.
- Ávila, C. M., & Remor, E. (2019). Avaliação psicológica de pessoas diagnosticadas com distúrbios cardiovasculares. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, C. M. Trentini, & E. Remor (Orgs.). *Avaliação psicológica nos contextos de saúde e hospitalar* (1a ed., pp.115-125). Artmed.
- Byrne, R. A., Rosello, X., Coughlan, J. J., Barbato, E., Berry, C., Chieffo, A., Claeys, M. J., Dan, G-A., Dweck, M. R., Galbraith, M., Gilard, M., Hinterbuchner, L., Jankowska, E. A., Jüni, P., Kimura, T., Kunadian, V., Leosdottir, M., Lorusso, R., Pedretti, R. F. E., ... Ibanez, B. (2023). 2023 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes. *European Heart Journal*, 44, 3720-3826. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191>
- Chabert, C. (2019). Projective Methods in Clinical Psychopathology. In B. Verdon, C. Azoulay (Editors). *Psychoanalysis Projective Methods in Personality Assessment: The French School* (pp. 3-18). Hografe.
- Datusus (2024). *Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS)*. https://datusus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/morbidade-hospitalar-do-sus_sih-sus/
- Denollet, J. (2005). DS14: standart assessment of negative affectivity, social inhibition, and

- Type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 89-97.
<http://10.1097/01.psy.0000149256.81953.49>
- Dritto, I. P., Tummineri, S., Moscuza, V., Perri, M. C. D., Rizzo, A., Liotta, M., Merlo, E. M., & Ciciarelli, C. (2015). Type D Personality in infarcted patients a study with the Rorschach projective technique. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 3(3), 1-10. <https://doi.org/10.6092/2282-1619/2015.3.1115>
- Lloyd-Jones, D. M., Allen, N. B., Anderson, C. A. M., Black, T., Brewer, L. C., Foraker, R. E., Grandner, M. A., Lavretsky, H., Perak, A. M., Sharma, G., & Rosamond, W. (2022). Life's Essential 8: Updating and Enhancing the American Heart Association's Construct of Cardiovascular Health: A Presidential Advisory From the American Heart Association. *American Heart Association*, 146(5), e18-e43. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001078>
- Meyer, G. J., Katko, N. J., Mihura, J. L., Klag, M. J., & Meoni, L. A. (2018). The Incremental Validity of Self-Report and Performance-Based Methods for Assessing Hostility to Predict Cardiovascular Disease in Physicians. *Journal of Personality Assessment*, 100(1), 68-83. <http://10.1080/00223891.2017.1306780>
- Resende, M. A., & Nascimento, E. (2019). *Z-SEP: Teste de Zulliger no sistema Escola de Paris*. 2ª ed. São Paulo (SP): Hogrefe.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. P. B. (2013). *Metodologia de Pesquisa*. Porto Alegre (RS): Penso
- Tsao, C. W., Aday, A. W., Almarzooq, Z. I., Anderson, C. A. M., Arora, P., Avery, C. L., Baker-Smith, C. M., Beaton, A. Z., Boehme, A. K., Buxton, A. E., Yvonne Commodore-Mensah, Elkind, M. S. V., Evenson, K. R., Eze-Nliam, C., Fugar, S., Generoso, G., Heard, D. G., Hiremath, S., Ho, J. E., Kalani, R., . . . Martin, S. S. (2023). Heart Disease and Stroke Statistics—2023 Update: A Report From the American Heart Association. *American Heart Association*, 1, e1-e529. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001123>

CAPÍTULO 10

Estilo de reação à frustração em mulheres: evidências clínicas preliminares

Aline Cristina Antonechen^{1,2}, Gisele Patricia De Oliveira Carniel¹, Maria Julia Sverzut¹,
Rose-Angelique Belot², Sonia Regina Pasian¹

¹Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de
Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo - Brasil.

²Psychologie Clinique et Psychopathologie Université de Franche-Comté (UFC) - Laboratoire
de Psychologie UR3188 Besançon – France.

Autor Correspondente: Aline Cristina Antonechen **E-mail:** aline_antonechen@usp.br

Resumo: Introdução: A frustração é um sentimento inerente a todos os indivíduos e a reação manifesta diante deste fenômeno associa-se à adaptabilidade ao meio em que estão inseridos. O objetivo deste trabalho é comparar a reação à frustração de mulheres de diferentes grupos (clínico, profissional e controle). Método: pesquisa quantitativa, transversal e observacional. Foram avaliadas mulheres adultas (idade média de 45 anos e escolaridade média de 11 anos) divididas em três grupos: (G1,n=10) pacientes diagnosticadas com Síndrome Coronariana Aguda (SCA), (G2,n=10) profissionais de saúde e (G3,n=10) participantes de grupo controle. Instrumentos: Questionário Sócio demográfico e Clínico e Teste Brasileiro Projetivo de Reação à Frustração (TRFP). Resultados: Ao analisar as 11 reações possíveis no TRFP, verificou-se diferenças estatisticamente significativas em três componentes, a saber: a) mulheres com SCA apresentaram aumento significativo de respostas que buscavam solucionar a situação por meio de suas próprias ações (in) e reações que procuravam minimizar a situação frustrante, vendo-as como eventos favoráveis ou providenciais (Na’); b) profissionais de saúde manifestaram diminuição significativa de respostas de evitação ou fuga da situação frustrante, minimizando indiferença aos acontecimentos (Na). Conclusão: Embora preliminares, estes resultados apontam que o adoecimento cardíaco e a escolha profissional podem associar-se à tendência a reagir de determinadas maneiras diante de situações frustrantes.

Palavras-chave: Frustração; Técnicas Projetivas; Mulheres; Mulheres Profissionais; Cardiopatias.

Abstract: Introduction: Frustration is an inherent feeling in all individuals, and the manifested reaction to this phenomenon is associated with the adaptability to the environment in which they are inserted. The objective of this study is to compare the reaction to frustration of women from different groups (clinical, professional, and control). Method: Quantitative, cross-

sectional, and observational research. Adult women (average age of 45 years and average education of 11 years) were evaluated and divided into three groups: (G1, n=10) patients diagnosed with Acute Coronary Syndrome (ACS), (G2, n=10) healthcare professionals, and (G3, n=10) control group participants. Instruments: Sociodemographic and Clinical Questionnaire and the Brazilian Projective Test of Reaction to Frustration (TRFP). Results: When analyzing the 11 possible reactions in the TRFP, statistically significant differences were found in three components, namely: a) women with ACS showed a significant increase in responses seeking to solve the situation through their own actions (in) and reactions aiming to minimize the frustrating situation, viewing them as favorable or providential events (Na'); b) healthcare professionals showed a significant decrease in responses of avoidance or escape from the frustrating situation, minimizing indifference to events (Na). Conclusion: Although preliminary, these results indicate that heart disease and professional choice may be associated with a tendency to react in certain ways to frustrating situations.

Key-Words: Frustration; Projective Techniques; Women; Professional Women; Heart Diseases.

Introdução

A frustração é um conceito amplo, que considera a reação do indivíduo frente a alguma insatisfação diante de necessidade real ou fictícia. Um marco importante na compreensão deste construto foi o surgimento da Teoria Geral da Frustração (TGF), proposta por Rosenzweig em 1924 (Rosenzweig, 1948). Com base nos princípios clássicos e psicanalíticos, a TGF propõe que diante de uma situação frustrante, o indivíduo pode acionar três níveis de defesas psicobiológicas: celular ou imunológica, autônoma (ou de emergência) ou ainda de nível superior. Esta última envolve mecanismos de defesa psicodinâmicos contra agressões psicológicas, constituindo objeto de estudo da TGF (Faiad, 2008).

De acordo com esta teoria, a reação à frustração depende de três fatores: tipo de economia das necessidades frustradas, nível de reação e ajuste do comportamento ao contexto. A análise empírica de associações entre estes aspectos por Rosenzweig (1948) originou 11 possíveis tipos de reações consideradas possíveis frente a situações frustrantes, detalhadas mais a frente neste trabalho. Para analisar estes componentes, Rosenzweig criou o instrumento *Picture Frustration Test* (PFT), no qual as respostas ofertadas pelo indivíduo a situações consideradas frustrantes são codificadas de acordo com as 11 possíveis categorias de reações (Detry & Fonseca e Castro, 1990). Com objetivo de atualização desta ferramenta e sua adaptação ao contexto brasileiro, Faiad (2008) criou novo instrumento para investigação da reação à frustração, baseado nos mesmos princípios do PFT. Primeiramente foi elaborada a versão projetiva, denominada Teste Brasileiro Projetivo de Reação à Frustração (TRFP) e posteriormente foi criada e validada a versão objetiva (Teste Brasileiro Objetivo de Reação à Frustração - TORF). Para este trabalho, optou-se pelo uso da versão projetiva.

A reação à frustração tem influência direta no comportamento e estado emocional dos indivíduos, podendo associar-se a vivências como raiva e hostilidade, estresse e dificuldades nas habilidades sociais (Faiad, 2008; Mello & Soares, 2014). Procurou-se examinar, na literatura científica, como os estilos de reação à frustração em mulheres se mostravam interferentes em sua adaptação a diferentes contextos de vida.

Um estudo realizado na França avaliou 58 pacientes (26% mulheres) com cardiopatia isquêmica, com o intuito de averiguar como lidavam com a frustração comparativamente a um

grupo de 244 pessoas sem doenças cardíacas, recorrendo ao PFT para análise dos estilos de reação à frustração. Os pesquisadores notaram que os pacientes com cardiopatia, em relação aos não pacientes, tendiam a culpabilizar-se ou considerar a situação como não frustrante (respostas Intraceptivas e Aceptivas) ao invés de direcionar a agressão ao outro (respostas Extraceptivas), além de terem propensão a reprimir suas emoções e tentar solucionar os problemas por si mesmos (Godefroy et al., 2010).

Outro trabalho, desenvolvido no Brasil, buscou verificar eventuais associações entre frustração e raiva, utilizando uma amostra composta por universitárias da área de saúde. As participantes responderam o PFT e o Inventário de Raiva como traço-estado (STAXI). Os resultados revelaram que respostas Extraceptivas e com ênfase no obstáculo apresentavam correlação estatisticamente significativa com o estado de raiva, porém baixa associação com o traço de raiva. Os achados empíricos fortaleceram evidências de validade do PFT na realidade do Brasil, a partir de correlações entre as variáveis analisadas, evidenciando possibilidades de aplicação clínica do PFT na realidade nacional (Silva & Capitão, 2011).

Mathur et al. (2014) compararam amostra de 200 mulheres indianas (100 trabalhadoras e 100 não trabalhadoras) focalizaram a possível influência do estado civil no estilo de reações de frustração desses dois grupos, recorrendo ao instrumento *Reaction to Frustration Scale* (RFS). Além de identificarem elevados níveis de reatividade a situações frustrantes no total das mulheres avaliadas, notaram entre as casadas não trabalhadoras níveis mais altos de estresse, por sentirem-se limitadas, socialmente julgadas e por referirem não alcançar o que mereciam (Mathur et al., 2014).

Em seus estudos psicométricos referentes à versão objetiva do instrumento (TRFO), Faiad et al. (2016) avaliaram 1.766 participantes adultos de diferentes regiões do Brasil. Considerando as 11 possíveis reações à frustração, os autores identificaram maior ocorrência das categorias: Intraceptivas para resolução (in), seguidas de Aceptivas para resolução (na) e Aceptivas contra um foco (Na). As reações que concentraram menor número de respostas foram: Extraceptiva com desculpas (Ex/), Intraceptiva com ênfase no obstáculo (In') e Extraceptiva contra um foco (Ex). Seus dados empíricos mostraram boas evidências de validade do TRFO para adultos, ressaltando a relevância de interpretar os estilos predominantes de reação à frustração ao invés de procurar identificar um único estilo de comportamento diante dos estímulos propostos (Faiad et al., 2016).

A partir deste breve levantamento da literatura científica a respeito dos estilos de reação à frustração nota-se que diferentes grupos de pessoas tendem a características particulares, de acordo com a amostra estudada. De forma geral, os trabalhos apontaram que o modo como as pessoas gerenciam suas frustrações tendia a impactar a forma de enfrentamento de dificuldades vivenciadas durante a vida e também em sua saúde mental. Frente a essas evidências, o objetivo deste trabalho é descrever e comparar estilos de reação à frustração de mulheres com diferentes contextos cotidianos de vida: pacientes com cardiopatia (grupo clínico), profissionais de saúde e grupo da comunidade (considerado normativo). A partir dos trabalhos previamente apresentados, levanta-se hipótese de que mulheres com diagnóstico cardíaco terão média mais elevada de respostas Intraceptivas (In', In, In/ ou in) e que mulheres que trabalham na área da saúde apresentarão mais respostas Extraceptivas (Ex', Ex, Ex/ ou ex), comparativamente a mulheres da comunidade (normativas).

Método

Delineamento metodológico

Trata-se de pesquisa exploratória de delineamento quantitativo, transversal, observacional e descritivo-comparativo entre grupos. Para investigação do fenômeno de interesse, utilizou-se método projetivo de avaliação psicológica (Cohen et al., 2014). Este trabalho integra dados de três pesquisas distintas (de responsabilidade das autoras) que utilizaram o mesmo instrumento para mensuração da variável nos grupos de interesse.

Participantes

Nesta amostra preliminar, participaram 30 mulheres subdivididas em três grupos distintos: Grupo Clínico (G1, n=10), constituído de mulheres hospitalizadas em urgência cardiológica após diagnóstico de Síndrome Coronariana Aguda (SCA); Grupo Profissional (G2, n=10), formado por mulheres que trabalhavam em uma Unidade Básica de Saúde; Grupo de Comparação (G3, n=10), composto por mulheres da mesma região e sem adoecimento cardíaco ou atividade laboral na área da saúde. Os critérios de inclusão neste trabalho foram: sexo feminino, idade entre 30-59 anos (correspondente à fase adulta), aceitação voluntária da pesquisa por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas mulheres que não estavam em condições clínicas, mentais ou emocionais para responder ao instrumento.

Os três grupos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas em relação a idade média (G1=47,30±5,77; G2=47,50±7,92; G3=41,60±4,78; $p=0,077$) e escolaridade (G1=11,80±1,39; G2=12,00±1,05; G3=11,20±0,42; $p=0,220$). A idade das mulheres desta amostra variou de 35 a 58 anos, com maior concentração entre 40 e 47 anos. A escolaridade média das participantes foi compatível com o nível de ensino médio no Brasil.

Instrumentos

Questionário Sócio Demográfico e Clínico. Questionário para verificar dados demográficos, socioeconômicos, hábitos de vida e informações clínicas dos participantes.

Teste Brasileiro Projetivo de Reação à Frustração (TRFP). Método projetivo utilizado para caracterização de possíveis reações mediante situações de frustração. Este instrumento foi desenvolvido por Faiad (2008) baseado no PFT (Rosenzweig, 1948), mas contando com figuras atualizadas e adaptadas para o contexto brasileiro. O TRFP é composto por 31 figuras com dois ou mais personagens em situações supostamente frustrantes. O respondente é convidado a identificar-se com um dos personagens, sinalizado por um balão em branco, e expressar suas respostas diante da situação apresentada. Para a análise das respostas, são consideradas 11 reações possíveis, levando em conta a direção e a forma como o respondente busca solucionar a situação de conflito. Os tipos de reação e suas definições estão contemplados na Tabela 2, inserida na sessão de Anexo, no final deste trabalho. Após a codificação, é realizada a somatória dos tipos de reação, a fim de verificar qual a frequência de cada categoria.

Procedimentos

Após aprovação dos projetos de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres

Humanos, as coletas de dados foram realizadas pelas pesquisadoras. Para todas as voluntárias foram disponibilizadas informações sobre a pesquisa e realizado o convite para participação. Para aquelas que aceitavam, era ofertado o TCLE, sendo a participação condicionada à assinatura deste documento.

As participantes do G1 foram abordadas na Unidade Coronariana (UCo) de um hospital universitário de urgência localizado em uma cidade de médio porte na região sudeste do Brasil. As pacientes encontravam-se internadas após diagnóstico de SCA e a abordagem e avaliação se deu no leito hospitalar, pela necessidade de monitoramento contínuo (mesmo com quadro clínico estável). As profissionais de saúde que compuseram o G2 foram abordadas na Unidade Básica de Saúde em que trabalhavam e a participação ocorreu em sala reservada neste local. Já as voluntárias de G3 foram selecionadas por conveniência, por indicação da rede de contato das pesquisadoras. A coleta de dados deste grupo se deu em ambiente protegido, com o mínimo de interferência externa possível, como a sala do laboratório de pesquisa no campus universitário.

A coleta de dados foi padronizada para as participantes, sendo realizada em sessão única, com tempo de duração entre 60 a 90 minutos (entre setembro de 2021 a setembro de 2023). Em todos os casos, foi realizado acolhimento do participante e ratificada a possibilidade de entrevista devolutiva com os principais resultados, quando desejado.

Por tratar-se de método projetivo, o TRFP foi analisado por três avaliadoras independentes, encontrando-se alta concordância nas codificações. As respostas ofertadas a cada situação do TRFP foram categorizadas dentre os 11 tipos de reações possíveis. Os protocolos corrigidos foram sistematizados em tabelas do *Microsoft Excel*. Posteriormente, os dados foram transferidos para os *softwares* Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS, versão 23.0) e JASP (versão 0.8.6, Universidade de Amsterdam, <https://jasp-stats.org/>) para realização de análises descritivas e comparativas. Para descrição dos resultados, foi calculada média e desvio-padrão e para comparação estatística entre grupos, utilizou-se teste estatístico ANOVA, considerando-se o nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$) e tamanho de efeito *Eta* (η^2).

Resultados

Foram codificadas 837 respostas no conjunto da amostra, sendo 279 reações provenientes de cada grupo. Os resultados descritivos e sua análise estatística comparativa estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Resultados médios e comparação estatística das reações à frustração (TRFP) entre os grupos (n=30).

Tipo de reação	Grupo Clínico (G1=10)	Grupo Profissional (G2=10)	Grupo de Comparação (G3=10)	Comparação estatística		
	<i>Média(DP)</i>	<i>Média(DP)</i>	<i>Média(DP)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Ex'	5,60±2,06	8,10±3,47	6,20±3,32	1,863	0,175	0,121
Ex	3,00±1,63	2,50±1,95	1,20±1,61	2,839	0,076	0,174

Ex/	-	0,10±0,31	-	-	-	-
ex	5,50±2,27	6,80±2,44	4,90±1,96	1,887	0,171	0,123
In'	1,00±0,94	0,80±0,78	0,70±0,94	0,290	0,750	0,021
In	0,50±0,97	1,30±1,63	3,20±4,44	2,471	0,103	0,155
In/	1,50±1,43	2,00±1,41	2,30±2,00	0,607	0,552	0,043
in	7,10±2,33	3,80±2,53	4,90±3,57	3,443	0,047	0,203
Na'	3,20±1,61	1,80±0,91	1,70±0,94	4,832	0,016	0,264
Na	2,60±1,83	1,40±1,17	3,70±1,63	5,341	0,011	0,283
na	1,00±0,81	2,40±2,22	2,20±1,54	2,150	0,136	0,137

Nota: DP= Desvio Padrão; Min = Mínimo; Max = Máximo; F = teste ANOVA; p = nível de significância; η^2 = eta; Ex' = Extraceptiva com ênfase no obstáculo; Ex = Extraceptiva contra um foco; Ex/= Extraceptiva com desculpa; ex = Extraceptiva para resolução; In' = Intraceptiva com ênfase no obstáculo; In = Intraceptiva contra um foco; In/= Intraceptiva com desculpa; in = Intraceptiva para resolução; Na' = Aceptiva com ênfase no obstáculo; Na = Aceptiva contra um foco; na = Aceptiva para resolução.

Nos três grupos houve variabilidade de estilos de reação frente às situações frustrantes propostas pelo TRFP. A reação Extraceptiva com desculpas (Ex/) foi identificada unicamente no grupo composto por profissionais de saúde (G2). Os grupos apresentaram diferenças estatisticamente significativas em três tipos de reação: Intraceptiva para resolução (in), Aceptiva com ênfase no obstáculo (Na') e Aceptiva contra um foco (Na). Para verificar em quais grupos estas diferenças foram evidenciadas, recorreu-se ao Teste de Bonferroni.

As participantes do G1 apresentaram média significativamente maior de respostas Intraceptivas para resolução (in) em comparação ao G2 ($p=0,047$). Na reação Aceptiva com ênfase no obstáculo (Na'), a média de G1 foi significativamente maior que aos demais grupos (G2: $p=0,045$; G3: $p=0,029$). Já na reação Aceptiva contra um foco (Na), G2 apresentou média significativamente menor que G3 ($p=0,009$).

Discussão

Conforme sugerido por Faiad et al. (2016), a reação à frustração foi analisada a partir dos estilos predominantes, não sendo selecionado apenas um tipo específico. Parte-se do pressuposto de que o instrumento TRFP tem como intuito investigar as tendências de reação do indivíduo frente a situações de frustração, porém não limitá-la a um único estilo.

Apesar da ocorrência média de reações serem diferentes entre os grupos, há algumas tendências que se aproximam daquelas descritas por Faiad et al. (2016) nos estudos de validação da versão objetiva do instrumento (TRFO). Na amostra do presente trabalho as respostas Intraceptivas para resolução (in) também foram frequentes, correspondendo a maior reação média do G1 e a terceira maior ocorrência nos demais grupos. As reações Intraceptiva com ênfase no obstáculo (In') e Extraceptiva com desculpas (Ex/), que figuram entre as três menos frequentes na amostra normativa do TRFO, também apresentaram baixa ocorrência nos grupos que compuseram este trabalho. Desta forma, observa-se que as reações expressas pelas participantes dos três atuais

grupos assemelham-se à do referencial normativo do instrumento, mesmo que utilizado em outra versão (TRFO).

Analisando-se as categorias analíticas de reação à frustração que apresentaram diferenças estatisticamente significativas, verificou-se que G1 apresentou maior número do estilo Intraceptivo para resolução (in) em comparação ao G2 e Aceptiva com ênfase no obstáculo (Na') em relação aos demais grupos. Tais reações sinalizam possível propensão das mulheres com cardiopatia a culpabilizar-se pela situação frustrante e tentar resolvê-las (in) e a minimizar o sentimento de frustração, percebendo o ocorrido como positivo ou providencial (Na') (Faiad, 2008). Estes resultados acompanham os achados de Godefroy et al. (2010) ao investigarem reações à frustração em pacientes com cardiopatia isquêmica. Os resultados fortalecem a hipótese de que pacientes com adoecimento cardíaco tendem a um funcionamento psicológico marcado por tentativas de gestão interna da frustração (dobramento sobre si, internalização).

Outras diferenças estatisticamente significativas identificadas referem-se às mulheres atuantes como profissionais na área da saúde. Somente em G2 foram manifestas reações Extraceptivas com desculpas (Ex/), marcando um comportamento de expressão agressiva acompanhado de um pedido de desculpas (Faiad, 2008). No entanto, a média de ocorrência desta reação foi muito baixa, diminuindo, portanto, seu possível valor interpretativo. A média de respostas Aceptivas contra um foco (Na), em que há comportamento de fuga ou indiferença à situação frustrante (Faiad, 2008), foi menor no G2 do que nos demais grupos, com diferença significativa em relação ao G3. Uma possibilidade interpretativa é que esta reação esteja associada a aumento da resiliência nestas profissionais de saúde, motivando-as a evitar comportamentos de fuga diante de situações desafiadoras. A resiliência é compreendida como a capacidade do indivíduo interagir com o seu ambiente de maneira adaptativa, mesmo na presença de fatores estressores (Sousa & Araujo, 2015). A presença desta característica pode ser considerada um fator protetivo, uma vez que é relacionada a baixo estresse ocupacional e *burnout* e maior capacidade de executar funções exigentes (Robertson et al., 2016; Sousa & Araujo, 2015; Vieira et al., 2002).

No entanto, cabe ressaltar que as respostas aceptivas não estão entre as maiores médias em nenhum dos grupos. De modo geral, este estilo de reação é aquele em que o indivíduo não envolve a si ou ao outro na solução do problema, apenas aguarda passivamente uma solução e espera que o conflito se resolva por si mesmo ou fuge da situação (Faiad, 2008). A baixa frequência destas reações pode estar relacionada aos níveis mais elevados de frustração em mulheres (Mathur et al., 2014), levando-as a reagir de alguma forma diante de situações que geram desconforto.

Embora preliminares, os resultados apresentados permitiram identificar tendências de reação à frustração nos três grupos de mulheres. Algumas características a serem destacadas sobre o instrumento TRFP podem ser destacadas, como sua facilidade de aplicação e a possibilidade de averiguar avaliar o construto de maneira ampla, sem desconsiderar os estilos de reação à frustração menos esperados no cotidiano (Faiad et al., 2016). O uso da versão projetiva, que permite emissão de respostas por meio de associação livre, pode favorecer a identificação de mecanismos de defesa do ego utilizados diante de situações frustrantes. De acordo com Roman (2017), as provas projetivas podem ser consideradas um “dispositivo de simbolização” (p. 266), como um convite ao indivíduo em reconhecer aspectos de sua própria trajetória e de seu modo de agir e pensar.

Investigar a reação à frustração de mulheres, especialmente aquelas com adoecimento cardíaco e as que trabalham na área da saúde, pode favorecer cuidados voltados a este público. Tendo

em vista que as reações diante de situações frustrantes podem nos dar indícios do funcionamento psíquico, averiguar os estilos predominantes pode sinalizar possíveis predisposições a fatores de risco, como vivência de estresse e de raiva e hostilidade, ou como protetivos, como a resiliência. Neste sentido, instrumentos que focalizam a avaliação deste construto específico, como o TRFP, TRFO e o PFT podem ser de grande auxílio na prática profissional e em processos de avaliação psicológica, embora ainda sejam necessários novos estudos na área.

Este trabalho apresenta algumas limitações, a saber: os grupos contam com poucas participantes, sendo seus resultados não generalizáveis e; não foram consideradas outras variáveis, como indicadores de saúde mental. Sugere-se que em estudos futuros sejam avaliadas amostras maiores e investigados outros indicadores para verificar eventual associação com os tipos de reação à frustração, como nível de estresse, vivência de raiva, hostilidade e indicadores relativos à resiliência.

Anexo

Tabela 2 - Descrição das onze reações possíveis à frustração propostas no TRFP (Faiad, 2008).

Categoria ou Reação	Símbolo	Descrição da reação
Extracectivo com ênfase no obstáculo	Ex'	O indivíduo busca a solução do problema e deixa claro, em sua resposta, que a situação é, de fato, frustrante. O sujeito se irrita com o objeto ou situação frustrante e não sabe o que fazer, ou seja, <u>fica irritado com o acontecimento</u> , podendo chegar à hostilidade ou agressão, mas sempre com <u>foco na situação</u> e não em outra pessoa. Na resposta ao teste, faz uso de exclamação, dentre outros artifícios. É nesta categoria que se encontra referência a palavras, ironia, <u>indignação</u> , sarcasmo e atitudes de surpresa na resposta.
Extracectivo contra um foco	Ex	O indivíduo busca a solução do problema e, para isso, <u>agride uma pessoa ou algo que tenha causado a frustração</u> , ou que se encontre na situação de frustração. Caracteriza-se como a <u>agressão clássica</u> , hostilidade, sendo considerado uma pessoa agressiva. Pode apresentar ataques verbais contra algum outro ou alguma coisa, reações emocionais ou descontroladas.
Extracectivo com desculpa	Ex/	O indivíduo busca a solução do problema e acaba agredindo o outro, embora esse comportamento agressivo venha acompanhado de um <u>pedido de desculpas por estar sendo agressivo</u> . O indivíduo sabe que está sendo agressivo e desculpa-se como forma de defender-se de sua agressividade, tentando justificar a sua agressividade ao descrever um motivo qualquer.
Extracectivo para resolução	ex	O indivíduo busca a solução do problema e, para isso, <u>pede ou exige que alguém tome alguma providência</u> sobre a situação frustrante, ou que proponha solução à mesma. Ou seja, o indivíduo <u>delega</u> , faz com que haja uma solução para o problema e que este seja resolvido por alguém.
Intracectivo com ênfase no obstáculo	In'	O indivíduo busca a solução do problema e, para isso, pode reagir <u>se responsabilizando pelo ocorrido</u> , enfatizando em sua resposta que ele pode ter provocado ou provocou uma situação frustrante. Em alguns momentos, o sujeito se irrita consigo por ter provocado a situação, tecendo uma <u>autocrítica</u> . Em sua resposta, faz uso de exclamação, dentre outros artifícios, que dão ênfase em sua fala. É nesta categoria que se encontram referências a palavras ou sarcasmo na resposta que são referendados à própria pessoa.
Intracectivo contra um foco	In	O indivíduo busca a solução do problema e, para isso, assume a responsabilidade pela situação frustrante, <u>se desculpa e lamenta pelo ocorrido. A agressão é voltada para ele mesmo</u> , reconhecendo ser ele a causa da situação frustrante. Tais indivíduos tendem a reagir com choro e, em alguns casos, com traços depressivos, dado o sentimento de culpa.

Intraceptivo com desculpa	In/	O indivíduo busca a solução do problema e para isso se culpa pelo ocorrido, reconhece sua responsabilidade, mas tenta explicar-se pelo fato, como forma de se defender. Diferencia-se do In, pois a pessoa <u>descreve o motivo que a levou a assumir a culpa.</u>
Intraceptivo para resolução	in	O indivíduo busca a solução do problema e se propõe a <u>corrigir a situação</u> , ou seja, ele mesmo se compromete a resolver o problema. A pessoa toma iniciativa para auxiliar alguém ou si mesmo, com o <u>intuito de resolver a situação</u> ; diz respeito à <u>presteza</u> .
Aceptivo com ênfase no obstáculo	Na'	O indivíduo busca a solução do problema e, para isso, tenta <u>minimizar a situação frustrante</u> . O indivíduo procura ver a situação frustrante como um evento favorável, positivo e providencial.
Aceptivo contra um foco	Na	O indivíduo busca a solução do problema, embora para isso evite ou fuja do mesmo. Tem a atitude de eximir o outro, o ambiente ou a ele mesmo de qualquer responsabilidade sobre a situação frustrante. Ele simplesmente <u>alega que nada aconteceu</u> , ou que não há problema quanto ao fato, podendo ser indiferente ao mesmo.
Aceptivo para resolução	na	O indivíduo busca a solução do problema e, para isso, afirma não haver problema com o fato ocorrido pois, de qualquer modo, <u>a situação se resolverá por si mesma</u> ou irá se resolver com o passar do tempo.

Agradecimentos

Processo nº 2023/04623-4, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) na forma de apoio geral às atividades de pós-graduação no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP).

Referências Bibliográficas

- Cohen, R. J., Swerdlik, M. E., & Sturman, E. D. (2014). *Testagem e Avaliação Psicológica*. São Paulo (SP): AMG Editora.
- Detry, B., & Fonseca e Castro, M. L. (1990). *O teste de frustração de S. Rosenzweig: forma adultos*. Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Faiad, C. (2008). *Reação à frustração: construção e validação da medida e proposta de um perfil de reação*. [Tese de Doutorado, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional da UnB. https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/3298/1/2008_CristianeFaiadMoura.pdf
- Faiad, C. Pasquali, L., & Primi, R. (2016). Construção e evidência de validade do Teste de Reação à Frustração Objetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(esp), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-3772e32ne224>
- Godefroy, L., Hell, M-C., Spitz, E. (2010). Caractéristiques psychologiques des patients coronariens en situation de gestion de la frustration. *Annales Médico-Psychologiques*, 168(4), 268-272. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.03.011>
- Mathur, G., Rathor, S., Pandey, C., Nagori, P., Kulshrestha, P., Dubey, S., & Dixit, S. (2014). Marital Status and Frustration Among Working and Non-Working Females. In S. S. Bhalar & T. Singh (Orgs.). *A Handbook for Writing Research Paper* (pp. 96-108). Bharti Publications.
- Mello, T. V. S., & Soares, A. B. (2014). Habilidades Sociais y frustracion en estudiantes de medicina. *Ciências Psicológicas*, VIII(2), 163-172. ISSN 1688-4221.

- Robertson, H. D., Elliot, A. M., Burton, C., Iversen, L., Murchie, P., Porteous, T., & Matherson, C. (2016). Resilience of primary healthcare professionals: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 66(647), e423-e-433. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X685261>
- Roman, P. (2017). Traces traumatiques et figures projectives des catastrophes de symbolisation. *Bulletin de psychologie*, 550(4), 265-273. <http://10.3917/bupsy.550.0265>
- Rosenzweig, S. (1948). *Teste de Frustração: manual de psicologia aplicada*. (Trad. E. Nick). Rio de Janeiro (RJ): CEPA
- Silva, L. S., & Capitão, C. G. (2011). Evidências de validade entre o STAXI e o PFT. *Avaliação Psicológica*, 10(2), 151-161. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712011000200006&lng=pt&tlng=pt
- Sousa, V. F. S., & Araujo, T. C. C. F. (2015). Estresse profissional e resiliência entre profissionais de saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(3), 900-915. <https://doi.org/10.1590/1982-370300452014>
- Vieira, L. S., Machado, W. L., Pai, D. D., Magnano, T. S. B. S., Azzolin, K. O., & Tavares, J. P. (2022). Burnout e resiliência em profissionais de enfermagem de terapia intensiva frente à COVID-19: estudo multicêntrico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30, 1-13. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5778.3589>

CAPÍTULO 11

Análise do Perfil dos Atendimentos de Cuidados Paliativos no Brasil

Juliana Vianna Gonzalez Pazos ¹, Janaína de Oliveira e Castro ¹, Raylson Nóbrega ², Nely Caires ^{1,5}, Breno de Oliveira Ferreira ³, Sara Lima ⁴, Rosana Moysés ^{4,5}

¹Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Amazonas, Brasil

² Distrito Sanitário Indígena, Amazonas, Brasil

³ Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas, Brasil

⁴ Innovation in Health and Well-Being Research Unit, CESPU, Portugal.

⁵ Observatório de Saúde Comunitária, Saúde Ambiental e Territórios Sanitários, Universidade Federal do Amazonas, Brasil.

Autor Correspondente: Juliana Pazos. **E-mail:** jvgpazos@gmail.com

Resumo: Introdução: Os Cuidados Paliativos consistem no controle de sintomas físicos, sociais, emocionais e espirituais, com visão ampla e transdisciplinar. Este estudo descreve o perfil dos cuidados paliativos no Brasil, de 2013 a 2023. Método: Estudo ecológico, descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, com dados secundários de Base Pública do Sistemas de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde do Brasil (2013-2023). Variáveis analisadas: quantidade de atendimentos, sexo, faixa etária e estado do Brasil através de estatística descritiva. Resultados: Foram registrados 2.189.777 atendimentos, média de 199070 atendimentos/ano. O ano com maior média de atendimentos foi 2019 com 228.354. O ano de 2021 teve menor média 5986. O estado de Santa Catarina na Região Sul teve maior número de atendimentos, de 956.359, 44% dos atendimentos do país. O estado com menor número de atendimentos foi o Roraima região norte, com 42. A maioria dos utentes era do sexo feminino, 66,25% e na faixa etária de 55 a 64 anos, 25%. Discussão: As Regiões Sul e Sudeste concentram mais centros de cuidados paliativos, 106 na Sudeste e 33 na Sul. A predominância do sexo feminino justifica-se pôr em países em desenvolvimento, como o Brasil prevalecerem cânceres no sexo feminino. A faixa etária reitera a transição demográfica e epidemiológica de aumento de doenças crônicas. Esta caracterização busca abordagens psicossociais mais sensíveis.

Palavras-chave: Perfil de Saúde; Cuidados Paliativos Integrativos; Sistema Nacional de Saúde.

Abstract: Introduction: Palliative Care consists of controlling physical, social, emotional, and spiritual symptoms, with a broad and transdisciplinary vision. This study describes the profile of palliative care in Brazil, from 2013 to 2023. Method: ecological, descriptive, retrospective study, with a quantitative approach, with secondary data from the Public Base of the Ambulatory Information Systems of the Brazilian Unified Health System (2013- 2023). Variables analyzed: number of visits, gender, age group and state of Brazil through descriptive

statistics. Results: 2,189,777 consultations were recorded, an average of 199,070 consultations/year. The year with the highest average number of visits was 2019 with 228,354. The year 2021 had a lower average of 5,986. The state of Santa Catarina in the South Region had the highest number of visits, 956,359, 44% of the country's visits. The state with the lowest number of visits was the northern region of Roraima, with 42. Most users were female, 66.25% and in the age group of 55 to 64 years old, 25%. Discussion: The South and Southeast Regions have more palliative care centers, 106 in the Southeast and 33 in the South. The predominance of females is justified by considering that in developing countries, such as Brazil, cancers prevail in females. The age group reiterates the demographic and epidemiological transition of an increase in chronic diseases. This characterization seeks more sensitive psychosocial approaches.

Key-Words: Health Profile; Integrative Palliative Care; National Health System.

Introdução

Os Cuidados Paliativos (CP) foram historicamente restritos para paciente em terminalidade, a fim de aliviar o sofrimento durante o fim de vida (World Health Organization & United Nations Children Fund, 2018). Não obstante, uma vez que foi entendido que o manejo dos sintomas e o direito à morte digna são questões de saúde pública, os cuidados paliativos foram estendidos aos pacientes com doenças ameaçadoras à continuidade da vida, com intenso enfoque em pacientes oncológicos (Rosa *et al.*, 2021, 2021)

A Organização Mundial da Saúde determinou como Cuidado Paliativos, o cuidado ao paciente com doenças ameaçadoras a vida, com ou sem possibilidade de reversão ou tratamento curativo e seus familiares, por uma equipe multidisciplinar, a fim de garantir melhora na qualidade de vida (World Health Organization, 2002). Tendo em vista a necessidade de atualização do conceito e a discordância entre as organizações sobre como e quando aplicar os CP, foi realizada uma revisão sobre as diversas definições, a fim de abarcar todos os níveis de atenção à saúde e de condições socioeconômicas. Atualmente, é definido como o cuidado integral oferecidos por uma equipe multidisciplinar aos pacientes e sua rede de apoio durante o enfrentamento de doenças crônicas sem perspectivas de cura ou ameaçadoras a vida durante o período do diagnóstico, adoecimento, finitude e luto (Rosa *et al.*, 2021).

A abordagem dos Cuidados Paliativos consiste no controle de sintomas físicos, sociais, emocionais e espirituais, com foco na visão ampla e transdisciplinar, a fim de reconhecer e responder às necessidades dos pacientes e dos envolvidos no seu processo de adoecimento (Ministério da Saúde & Hospital Sírio Libanês, 2020). Haja vista as melhores condições sanitárias, nutricionais, educacionais e o avanço tanto do acesso quanto da tecnologia na medicina, a expectativa de vida da população geral aumentando, influenciando no crescimento da incidência de doenças crônicas e de neoplasias (Hoffmann *et al.*, 2021).

No Brasil foi realizada uma pesquisa realizada em 2018, no Instituto do Câncer de São Paulo e no Hospital das Clínicas (n=135) ambos no estado de São Paulo na Região Sudeste do país, demonstrou que 68,2% dos pacientes em CP apresentavam neoplasia e a análise da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) indicou que 47,4% dos pacientes apresentavam sintomas de ansiedade e 41,5% sintomas depressivo (Mendes, 2023).

Segundo dados do Atlas de Cuidados Paliativos (2019) no Brasil, no ano de 2019, tinham 190 serviços de atendimento em Cuidados Paliativos, sendo ainda um país com baixíssima cobertura

em cuidados paliativos no mundo. Isso é resultado da desigualdade na distribuição geográfica, da qualificação profissional e disponibilidade de medicação e infraestrutura em alguns estados. (Santos, *et al.*, 2019).

Neste sentido, diante da carência de estudos nacionais que caracterizem o panorama nacional de atendimentos em cuidados paliativos, este estudo pode ser um contributo para pensar políticas públicas de fortalecimento do atendimento e da discussão sobre a importância de estudos futuros analisarem questões psicossociais tão relevantes no contexto de cuidados paliativos. Por isso, o objetivo deste estudo é descrever o perfil dos atendimentos de utentes em cuidados paliativos no Brasil no período de 2013 a 2023.

Métodos

Tratou-se de um ecológico, descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, com uso de dados secundários dos 26 estados brasileiros e o Distrito Federal, obtidos no Banco de Base Pública do Sistemas de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde do Brasil do Ministério da Saúde, base pública do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), no período de 2013 a 2023.

Para o estudo foram analisados nesta base pública os dados dos atendimentos aos pacientes em cuidados paliativos por local de residência entre os anos de 2013 a 2023, considerando as variáveis: quantidade de atendimentos, sexo dos utentes, faixa etária dos utentes e estado do Brasil de atendimento dos utentes.

Os dados foram inicialmente descritos e organizados no software Excel utilizando sua planilha eletrônica para armazenamento e a análise estatística foi processada e realizada através do programa IBM Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 24. Para caracterização do perfil dos utentes e definição da distribuição dos atendimentos de cuidados paliativos, segundo região e estado, no período de 2013 a 2023 foi realizada a estatística descritiva.

Este estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos no Brasil, pois a legislação nacional determina que estudos que utilizam banco de dados públicos não necessitam de aprovação neste comitê.

Resultados

No período de 2013 a 2023 foram registrados 2.189.777 atendimentos de utentes em cuidados paliativos no Brasil, com uma média de cerca de 199070,63 atendimentos por ano. Conforme descrito na figura 1, o ano com maior número de atendimentos foi 2019 com atendimentos 228.354. No ano de 2021, ainda na pandemia de COVID 19 foi registrado a segunda menor média de atendimentos em cuidados paliativos no Brasil registrando 5.986 atendimentos, somente acima do primeiro ano em análise que foi 2013 (média de 5.940 atendimentos).

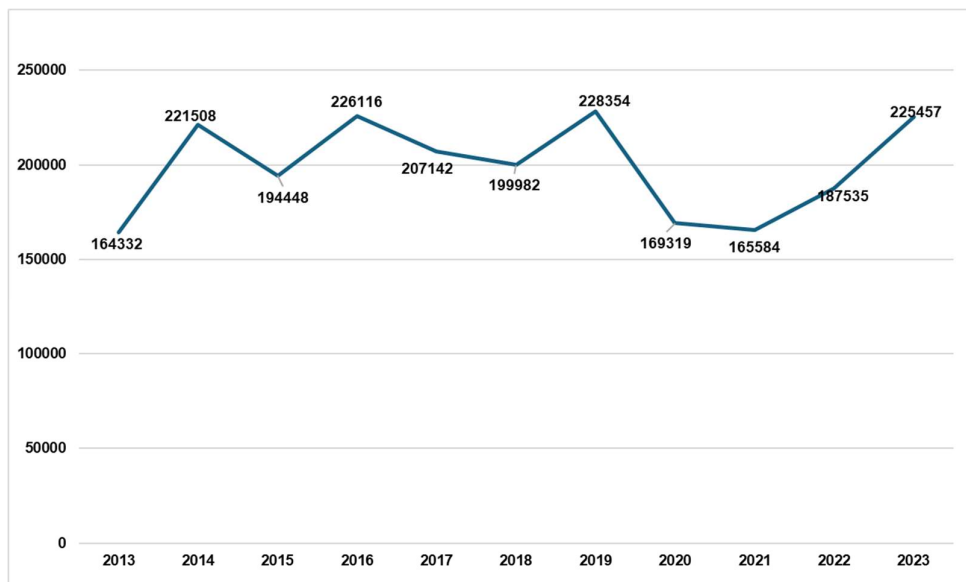


Figura 1: Quantidade de Atendimentos em Cuidados Paliativos no Brasil, no período de 2013 a 2023. **Fonte:** Dados do Estudo- DATASUS. Elaboração dos autores.

A Figura 2 apresenta a média de atendimentos em cuidados paliativos por estados do Brasil. O estado brasileiro com maior média e maior número de atendimentos em cuidados paliativos no período em análise foi Santa Catarina, localizado na região Sul do Brasil, com um total de 956.359 atendimentos, média de 86941,72. Estes resultados em número representaram cerca de 44% de todos os atendimentos do país entre 2013 e 2023. O estado com menor número de atendimentos foi o Roraima, localizado na região norte do Brasil, com somente 42 atendimentos registrados e média de 10,5.

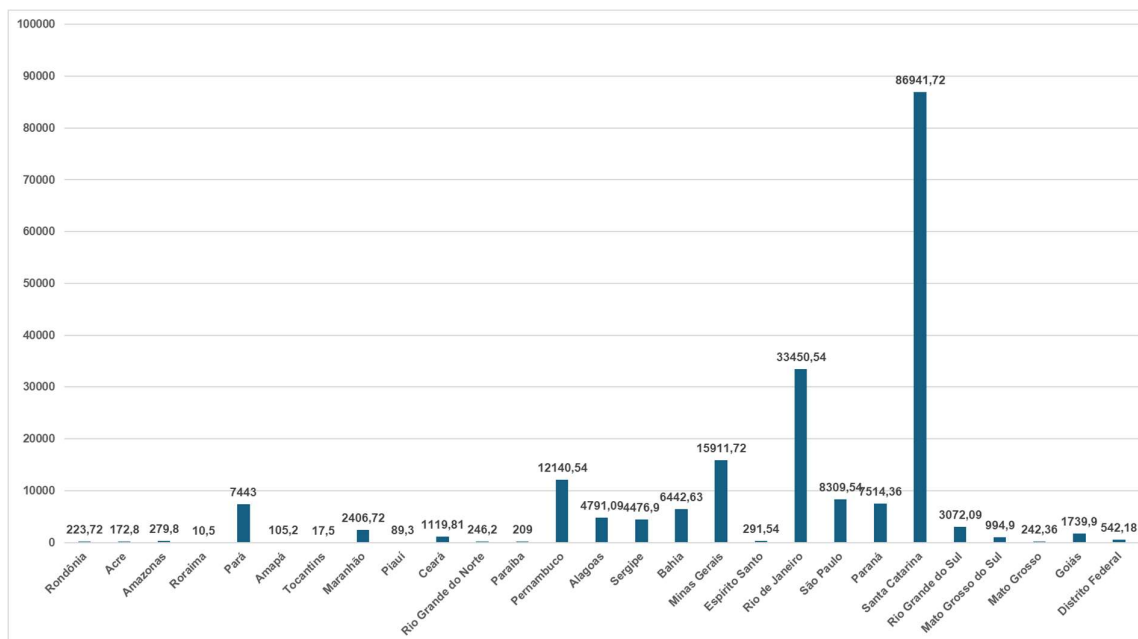


Figura 2: Média de Atendimentos em Cuidados Paliativos por estado no Brasil, no período de 2013 a 2023. **Fonte:** Dados do Estudo- DATASUS. Elaboração dos autores.

Em relação ao sexo, a maioria dos atendimentos foram de utentes do sexo feminino (1450750 atendimentos), sendo 66,25% dos registros. A figura 3 apresenta o número de atendimentos por faixa etária, sendo a maioria dos utentes da faixa etária de 55 a 64 anos, representando 25% dos utentes atendidos em cuidados paliativos no Brasil.

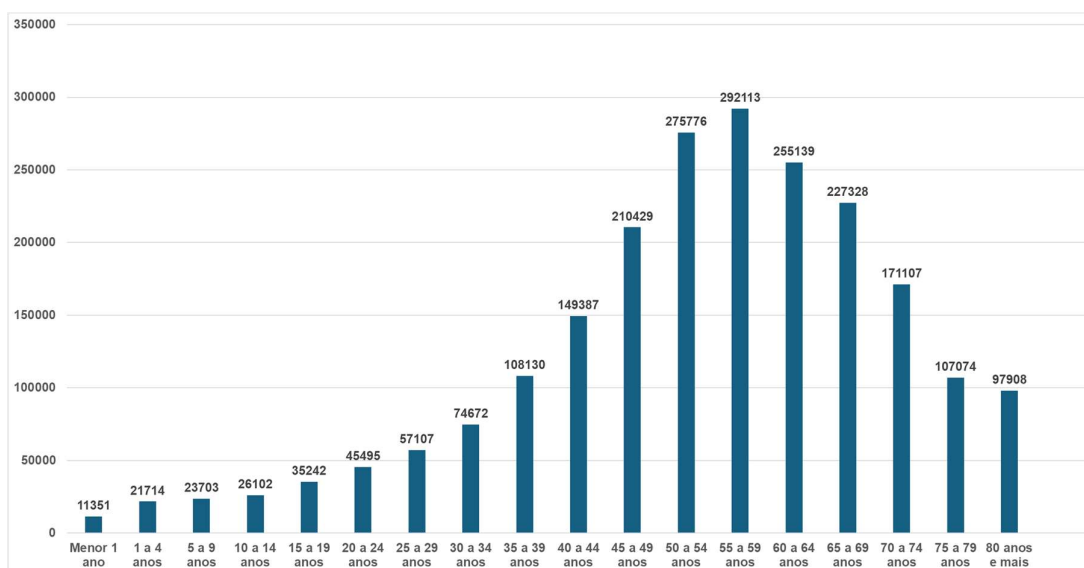


Figura 3: Quantidade de Atendimentos em Cuidados Paliativos por idade no Brasil, no período de 2013 a 2023. **Fonte:** Dados do Estudo- DATASUS. Elaboração dos autores.

Discussão

Este estudo evidenciou que a maior concentração de atendimentos de cuidados paliativos ocorreu nos últimos 10 anos em dois estados, um na Região Sul e outro na Região Sudeste, isso deve-se ao fato de nestas regiões estarem localizados o maior número de centros de cuidados paliativos do País, na Região Sudeste são 106 centros e na Região Sul são 33 centros, já a região norte possui 7 centros, sendo que nenhum deles encontra-se no estado de Roraima, localidade que apresentou menor número de atendimentos.(Santos *et al.*, 2019).

Cumprir citar que a Região Sul tem estados com legislações locais que fortalecem os cuidados paliativos, e que a literatura apresenta que em 2019 nesta região possuía-se o maior número de atendimentos novos em cuidados paliativos por mês, sendo cerca de 43 pacientes/mês na Região Sul comparado com 41pacientes/mês na Região Sudeste.(Santos *et al.*, 2019)

Os resultados também demonstram o impacto da pandemia de COVID 19 nos atendimentos em cuidados paliativos. A literatura corrobora que durante a pandemia aumentaram os desafios para os cuidados paliativos, especialmente pela escassez de recursos humanos e materiais, realidade imposta pelo panorama pandêmico. Isso resultou em piora do quadro de saúde dos pacientes em cuidados paliativos pela sobrecarga dos profissionais de saúde e cuidadores, e pelo isolamento social. Fatores estes, que também resultaram em maior adoecimento psicológico destes pacientes. Reforçando a necessidade de melhor planejamento dos cuidados paliativos em termos de equipe multidisciplinar e suporte familiar e social.(de Brito Júnior *et al.*, 2011; Martins *et al.*, 2023).

Neste estudo, foi verificado que a maioria dos utentes atendidos em cuidados paliativos eram mulheres, semelhante ao encontrado em outros estudos. Isso pode estar relacionado ao fato de que países em desenvolvimento, como o Brasil, ocorre um predomínio de cânceres no sexo feminino, com altos índices de detecção de neoplasias específicas a esse gênero, como o câncer de colo uterino, além do fato de estudos demonstrarem que a população feminina tem maior acesso ao cuidado quando apresenta doenças crônicas no final de vida.(Araújo *et al.*, 2021; Rodrigues *et al.*, 2021)

A faixa etária encontrada demonstra o padrão atual largamente discutido na literatura de transição demográfica e epidemiológica no Brasil, com envelhecimento populacional e aumento das doenças crônicas, muitas destas dependentes de cuidados paliativos. O panorama aqui apresentado contribui para pensarmos em pesquisas voltadas para esse perfil de pacientes, mulheres acima dos 50 anos em adoecimento crônico e em cuidados paliativos, que na sociedade brasileira hoje representam 45% dos chefes de família do país, isto é, são as responsáveis pela subsistência de suas casas, e famílias, e somado a isso, muitas são mães solo. As famílias monoparentais, formadas por mães e filhos, que em 2022 eram 14,7% dos arranjos familiares do Brasil. (Rodrigues *et al.*, 2021)

Diante disso, reforça-se a importância de caracterizar o perfil dos utentes em cuidados paliativos para que as abordagens psicossociais sejam mais direcionadas e sensíveis a suas necessidades. Além disso, os resultados chamam a atenção para premência de maior investimento ao nível nacional para o atendimento dos utentes em cuidados paliativos.

Agradecimentos

Agradecimento ao Programa de Iniciação Científica da Universidade Federal do Amazonas (PIBIC 2023/2024).

Referências Bibliográficas

- Araújo, I. F., Aguiar, B. R., Ferreira, G. F., & Arantes, A. M. B. (2021). Perfil clínico-epidemiológico de pacientes oncológicos em cuidados paliativos: um estudo retrospectivo. *Brasília Med*, 58, 1–7.
- de Brito Júnior, A. A., da Anunciação Barreto, G. A., Nascimento Mendes, G., Santos Silva, L., Guimarães, G. L., & de Santana Fraga Pedreira, L. R. (2011). Interdisciplinaridade no manejo de pacientes oncológicos em cuidados paliativos: Uma abordagem no contexto da pandemia da COVID-19. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(6), 23823–23834.
- Hoffmann, L. B., Santos, A. B. B., & Carvalho, R. T. (2021). Sentidos de vida e morte: reflexões de pacientes em cuidados paliativos. . . *Psicologia USP*, 32.
- Rosa, W. E., Pettus, K. I., De Lima, L., Silvers, A., Sinclair, S., & Radbruch, L. (2021). Top Ten Tips Palliative Care Clinicians Should Know About Evidence-Based Advocacy. *Journal of Palliative Medicine*, 24(8), 1240-1245.
- Martins, L. G., Araujo, R. R., & Oliveira Carneiro, A. C. M. (2023). O impacto dos cuidados paliativos no contexto da pandemia do novo coronavírus: perspectiva dos familiares. *Comunicação Em Ciências Da Saúde*, 34(3).

- Mendes, B. V. et al. (2023). Bem-estar espiritual, sintomas e funcionalidade de pacientes em cuidados paliativos. *Rev. Bras. Enferm.*, 76(2).
- Ministério da saúde, & hospital sírio libanês. (2020). *Manual de Cuidados Paliativos*.
- Rodrigues, F. O. S., de Carvalho Cruz, M., do Amaral, B. R., Felicíssimo, L. D. L., Teodoro, L. C., Pereira, M. D., & Valadares, P. M. (2021). Epidemiologia da mortalidade por câncer de mama no Brasil entre os anos de 2009 e 2019 e a influência de aspectos socioeconômicos e demográficos. *Research, Society and Development*, 10(13).
- Santos A.F.J., Ferreira, E. A. L., & Guirro, U. B. P. (2019). Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019. *ANCP*, 1.
- World health organization. (2002). *World Health Organization National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines*.
- World health organization, & United nations children's fund. (2018). *Declaration of Astana*.

CAPÍTULO 12

Insegurança alimentar e transtornos mentais comuns em pessoas idosas

Josevânia da Silva¹, Myriam Tirzah Dantas de Farias¹, Amanda Kilse Macêdo da Silva¹,
Bárbara Tejo Bezerra Araújo de Souza¹, Cecília Raquel Climério da Costa¹, Ayanna Carla de
Moraes Gerôncio²

¹ Universidade Estadual da Paraíba, Brasil

² Universidade Eötvös Loránd, Hungria

Autor Correspondente: Josevânia da Silva. E-mail: josevania.psi@gmail.com

Resumo: O aumento expressivo da fome e da pobreza em diversos países tem demandado investigações sobre a relação entre insegurança alimentar e transtornos mentais comuns. Contudo, são escassos os estudos sobre este fenômeno no contexto da pessoa idosa, no Brasil. Este estudo tem por objetivo analisar a prevalência de transtornos mentais (TMC) comuns e sua relação com a insegurança alimentar em pessoas idosas. Trata-se de um estudo transversal, exploratório, com abordagem quantitativa. Participaram 158 pessoas idosas, com idades variando entre 60 e 88 anos. Como instrumentos, utilizou-se: Questionário sociodemográfico; Escala Brasileira de Insegurança Alimentar e o Self-Reporting Questionnaire. Os dados foram analisados a partir de estatísticas descritivas e não paramétricas (teste U de Mann-Whitney, Qui-quadrado e coeficiente de correlação de Spearman). Resultados: Verificou-se uma prevalência de 51,9% (f=82) para a insegurança alimentar, e de 39,9% para os transtornos mentais comuns. A análise sobre a associação entre sofrimento psíquico, insegurança alimentar e variáveis sociodemográficas evidenciou que os maiores níveis de sofrimento psíquico ocorreram entre as mulheres e pessoas idosas com menores rendas e escolaridade. Os dados sugerem que a insegurança alimentar esteve associada com maiores de transtornos mentais comuns.

Palavras-chave: Envelhecimento; Insegurança Alimentar; Transtornos Mentais Comuns.

Abstract: The significant increase in hunger and poverty in several countries has led to investigations into the relationship between food insecurity and common mental disorders. However, studies on this phenomenon in the context of older individuals in Brazil are scarce. This study aims to analyze the prevalence of common mental disorders (CMD) and their relationship with food insecurity in older individuals. This is a cross-sectional, exploratory study with a quantitative approach. A total of 158 elderly individuals aged between 60 and 88 years participated. The following instruments were used: Sociodemographic Questionnaire;

Brazilian Food Insecurity Scale; and the Self-Reporting Questionnaire. The data were analyzed using descriptive and non-parametric statistics (Mann-Whitney U test, Chi-square test, and Spearman correlation coefficient). A prevalence of 51.9% (n=82) was found for food insecurity, and 39.9% for common mental disorders. The analysis of the association between psychological distress, food insecurity, and sociodemographic variables revealed that higher levels of psychological distress occurred among women and elderly individuals with lower income and education levels. Conclusion: The data suggest that food insecurity is associated with higher prevalence of common mental disorders.

Keywords: Aging; Food Insecurity; Common Mental Disorders.

Introdução

O envelhecimento da população brasileira é marcado por condições de vida e trabalho precárias ao longo do desenvolvimento humano. Ao chegar à velhice, muitas pessoas apresentam vulnerabilidades sociais e de saúde que poderiam ser evitadas ou minimizadas por investimentos em políticas sociais. Ademais, o modo de vida das pessoas depende da garantia de suas necessidades básicas, entre as quais se destaca a segurança alimentar (Almeida, Gutierrez, & Marques, 2012).

Desde a proclamação da Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, o acesso à alimentação adequada é amplamente reconhecido como um direito fundamental para sustentar um padrão de vida digno (Segall-Corrêa et al., 2003). No Brasil, a Lei nº 11.346 instituiu o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), definindo segurança alimentar como o "acesso contínuo e ininterrupto a alimentos de qualidade, em quantidade satisfatória, sem que isso prejudique o acesso a outras necessidades básicas, fundamentando-se em práticas alimentares que promovam a saúde, respeitando a diversidade cultural e sendo sustentáveis em aspectos ambientais, culturais, econômicos e sociais" (Brasil, 2006, p.1).

A análise de indicadores de saúde mental e vulnerabilidades é fundamental para orientar de forma apropriada as políticas públicas. Os indicadores de saúde mental para pessoas idosas incluem medidas que avaliam a saúde mental e identificam a presença de sofrimento psíquico, como a prevalência de transtornos mentais comuns, estresse, ansiedade e depressão (Casemiro; Ferreira, 2020). Esses indicadores são vitais para o planejamento de políticas públicas focadas na saúde mental, possibilitando também o desenvolvimento de estratégias para melhorar as condições de vida das pessoas idosas.

A literatura tem demonstrado a estreita relação entre as condições de vida e a saúde mental, especialmente entre os idosos (Furtado et al., 2019; Freire et al., 2020), com destaque para a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC), os quais podem ser caracterizados como uma gama de sintomas psiquiátricos não psicóticos que causam angústia mental, incluindo sintomas somáticos (dor de cabeça contínua, alteração ou aumento do apetite, tremores, má digestão, entre outros), perda de energia, dificuldades de concentração e decisão, insônia, irritabilidade e exaustão (APA, 2014).

Quanto aos grupos que mais apresentam prevalências de sofrimento psíquico, destacam-se as pessoas idosas, mulheres, indivíduos com baixa condição socioeconômica, menor nível de escolaridade, pessoas autodeclaradas pretas ou pardas e aqueles com doenças crônicas (Silva et al., 2022). Esses achados não sugerem uma fragilidade pré-determinada nesses grupos. Ao invés disso, eles elucidam a complexidade dos elementos interseccionais que estão associados à saúde

mental. As diferenças na prevalência de transtornos mentais comuns ressaltam a dimensão social e estrutural da saúde mental, mostrando como ela é afetada e configurada por uma variedade de fatores interrelacionados, incluindo condições socioeconômicas, acesso a direitos fundamentais e questões de raça e classe social.

Mediante o exposto, este estudo considerou as seguintes questões de pesquisa: Qual a prevalência de transtornos mentais comuns em pessoas idosas? Qual a associação entre transtornos mentais comuns e insegurança alimentar? Portanto, tendo em vista responder às questões de pesquisa, este estudo teve por objetivo analisar a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) e sua relação com a insegurança alimentar em pessoas idosas.

Método

Delineamento

Esta pesquisa caracterizou-se como um estudo descritivo, exploratório, de corte transversal e com abordagem quantitativa.

Participantes

A seleção da amostra ocorreu de forma não probabilística e acidental. Assim, participaram deste estudo 158 pessoas idosas com idades variando entre 60 e 88 anos (M=69 anos; DP=6,08), sendo a maioria do sexo feminino (60, 8%). Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos e ser brasileiro.

Instrumentos

Para a coleta dos dados, foram utilizados os seguintes instrumentos:

a) Questionário sociodemográfico: O questionário foi elaborado com itens que abordam aspectos como renda, nível de escolaridade, faixa etária, religião, estado civil, gênero, entre outras variáveis.

b) Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA): A escala foi desenvolvida e validada no Brasil em 2004, com o propósito de avaliar a percepção de insegurança alimentar em lares rurais e urbanos. Para o estudo em questão, adotou-se uma versão simplificada de apenas 5 itens, que havia sido ajustada e validada especificamente para o contexto brasileiro (Santos et al., 2014). Esta versão reduzida da EBIA demonstrou excelentes qualidades psicométricas, com uma sensibilidade de 95,7% e uma especificidade de 100% (Santos et al., 2014), quando comparada à escala original desenvolvida por Segall-Corrêa et al. (2003).

c) Questionário de Auto-relato (Self-Reporting Questionnaire - SRQ-20): Trata-se de um instrumento elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a detecção de morbidade psiquiátrica na população geral (rastreamento de transtornos mentais não-psicóticos). No Brasil, o instrumento foi validado por Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008). A escala é composta por 20 questões com duas possibilidades de resposta (sim/não). Para cada resposta, atribui-se uma pontuação 0 (zero), e para cada resposta afirmativa, pontua-se com o valor 1 (um). Ou seja, uma pontuação de 1 indica que o sintoma estava presente durante o

último mês, enquanto uma pontuação de 0 indica que o sintoma estava ausente. O escore final é dado por meio do somatório desses valores, podendo variar de 0 (zero) a 20 (vinte) pontos. Considerou-se como ponto de corte para a população idosa deste estudo a presença de sete ou mais respostas afirmativas, conforme critério adotado por estudos anteriores nesse grupo etário (Pimentel, Silva & Saldanha, 2022).

Procedimentos

A coleta de dados foi realizada de forma presencial. Os participantes foram abordados em ruas, logradouros, praças ou em suas casas. Antes da aplicação dos instrumentos, todos os participantes foram informados sobre a possibilidade de desistência por livre vontade em qualquer momento da pesquisa sem nenhum prejuízo. Para proceder na coleta de dados, inicialmente foi informado sobre os objetivos da pesquisa, esclarecendo aos participantes que as informações seriam mantidas em sigilo. Além disso, os participantes foram orientados para não se identificarem no questionário.

Análise dos dados

Foram procedidas análises dos dados sociodemográficos a partir de estatística descritiva (frequência e porcentagem) e de tendência central (média, desvio padrão, valor máximo e mínimo). Primeiro, realizou-se uma verificação da distribuição dos dados utilizando o teste de Kolmogorov-Smirnov, a qual evidenciou ausência de distribuição normal ($p < 0,05$) das variáveis contínuas das escalas SRQ-20 (que mensura os transtornos mentais comuns) e Insegurança Alimentar. Com base nesse resultado, optou-se por métodos estatísticos não paramétricos para a análise dos dados quantitativos. Para a comparação das médias nas variáveis contínuas entre dois grupos categóricos, utilizou-se o teste U de Mann-Whitney. Esses dados foram apresentados por meio de postos médios, mediana (Md) e intervalo interquartil (IQ). Já as variáveis categóricas foram analisadas com o teste de Qui-quadrado (χ^2) e apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas.

Aspectos éticos

Esta pesquisa faz parte de um estudo maior intitulado “Vulnerabilidade, insegurança alimentar, estresse psicológico e Bem-estar subjetivo de pessoas idosas”, que foi aprovado por comitê de ética em pesquisa (CAAE: nº 69651023.2.0000.5187). Durante todo o processo de pesquisa, foram assegurados os aspectos éticos, conforme as Resoluções 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

O perfil sociodemográfico da amostra (Tabela 1), composta por 158 pessoas idosas, foi predominantemente caracterizado por mulheres idosas, cujas idades variaram entre 60 e 88 anos (Média=69; DP=6,08). Em termos de orientação sexual, a maioria, 157 (99,4%) dos participantes declarou-se heterossexual, enquanto apenas uma pessoa (0,6%) se identificou como bissexual.

Na amostra analisada, constatou-se que a maioria dos idosos afirmou ter filhos/filhas (88,8%; n=140), e 86,7% indicaram que o sustento da casa/família estava vinculado à sua renda. Além disso, quando questionados sobre sua filiação religiosa, foi observado que 119 pessoas idosas se identificaram como católicas, 33 como evangélicas, 05 como adeptas de religiões de matriz africana, e uma pessoa declarou pertencer a outra denominação religiosa. Também foi solicitado que atribuíssem uma nota, de zero a dez, ao seu nível de religiosidade, resultando em uma média de 7,8 (DP=1,83), indicando níveis elevados de religiosidade entre os participantes.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos participantes (n=158).

Variáveis	Categorias	f (%)
Gênero	Mulher cisgênero	96 (60,8%)
	Homem cisgênero	62 (39,2%)
Faixa etária	60 a 69 anos	86 (54,4%)
	70 anos ou mais	72 (45,6%)
Escolaridade	Fundamental Incompleto	46 (29,1%)
	Fundamental Completo	37 (23,4%)
	Médio Completo	37 (23,4%)
	Superior ou mais	18 (11,4%)
	Sem escolaridade	11 (07,0%)
	Médio Incompleto	09 (05,7%)
Situação Laboral	Aposentado	102 (64,6%)
	Trabalho com vínculo formal	29 (18,4%)
	Trabalho sem vínculo formal	18 (11,4%)
	Desempregado	09 (05,7%)
Renda Familiar	Até um salário mínimo	102 (64,6%)
	Acima de um salário mínimo	56 (35,4%)
Cor	Branca	73 (46,2%)
	Parda	68 (43,0%)
	Preta	15 (09,5%)
	Amarela	02 (01,3%)
Estado Civil	Casado	78 (49,4%)
	Viúvo	33 (20,9%)
	Separado	31 (19,6%)
	Solteiro	16 (10,1%)

Nota: n = número de participantes; f = frequência; % = porcentagem.

Os resultados ainda apontaram que mais da metade dos indivíduos pesquisados (52%) ganhava até um salário mínimo, equivalente a R\$1.412,00 em 2024. A distribuição de renda entre os participantes foi ampla, estendendo-se de nenhuma renda a um valor máximo de R\$12.000,00. A renda média correspondeu a R\$2.193,77, com elevado desvio padrão (DP=2131,10), sugerindo que, apesar da maioria ter rendas mais baixas, a presença de alguns participantes com rendas substancialmente maiores elevou a média para além de um salário mínimo e meio.

No que se refere à Insegurança Alimentar, os resultados indicaram uma prevalência de 51,9% (f=82). Por sua vez, a análise do sofrimento psíquico das pessoas idosas se deu através do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), que avalia os Transtornos Mentais Comuns, considerando-se como ponto de corte a sete ou mais respostas afirmativas aos itens da escala.

Os resultados indicaram uma prevalência de transtornos mentais comuns de 39,9% (f=62). Além da identificação da prevalência, procedeu-se a análise da comparação dos postos médios das respostas dos participantes (Teste de Mann-Whitney) para o escore total do SRQ-20 e por fatores. Os índices foram comparados segundo a presença ou não de TMC entre as pessoas

idosas, o que possibilitou a identificação dos sintomas mais frequentemente assinalados pelos participantes. Foi observado que as pessoas idosas sem TMC apresentaram valores nos postos médios menores que os valores apresentados pelas pessoas idosas com TMC. Os fatores com maiores medianas foram aqueles que reúnem um conjunto de sintomas relativos aos sintomas somáticos e à diminuição da energia vital, sugerindo que o sofrimento psíquico nesse grupo etário se expressa por meio de uma variedade de sintomas. Os resultados foram apresentados na tabela a seguir.

Tabela 2 - Medianas das pontuações totais e por Fatores do SRQ-20 em pessoas idosas com e sem TMC (n=158).

Fatores	Sem TMC	Com TMC	U de Mann-Whitney	Z	p-valor
	(n=96)	(n=62)			
	Posto Médio	Posto Médio			
Humor depressivo e ansioso	55,48	116,69	670,00	-8,580	0,000
Sintomas somáticos	51,33	123,12	271,50	-9,796	0,000
Perda da energia vital	51,86	122,30	322,50	-9,782	0,000
Pensamentos depressivos	65,20	101,65	1603,00	-6,028	0,000
SRQ-20 total	48,50	127,50	4656,00	-10,641	0,000

A análise da associação entre as prevalências de transtornos mentais comuns (grupo Com TMC e Sem TMC) e as variáveis sociodemográficas apontou maior frequência entre as mulheres idosas, na faixa etária de 60 a 69 anos, que se autodeclararam pretos ou pardos, com menor renda e escolaridade. Contudo, tais prevalências foram estatisticamente significativas apenas para os grupos critérios das variáveis renda e escolaridade.

Tabela 3 - Associação entre Transtornos Mentais Comuns e variáveis sociodemográficas (n=158).

Variáveis	Sem TMC f (%)	Com TMC f (%)	χ^2	p-valor	Tamanho do efeito (ϕ)
Gênero					
<i>Homem cisgênero</i>	42 (67,7)	20 (32,3)	$\chi^2(1) = 2,087$	0,149	$\phi = 0,15$
<i>Mulher cisgênero</i>	54 (56,3)	42 (43,8)			
Faixa etária					
<i>60 a 69 anos</i>	52 (60,5)	34 (39,5)	$\chi^2(1) = 0,007$	0,934	$\phi = 0,007$
<i>70 anos ou mais</i>	44 (62,1)	28 (38,9)			
Cor autodeclarada					
<i>Pretos/pardos</i>	50 (60,2)	33 (39,8)	$\chi^2(1) = 0,000$	0,997	$\phi = 0,000$
<i>Branco</i>	44 (60,3)	29 (39,7)			
Renda					
<i>Até um salário mínimo</i>	49 (47,6)	54 (52,4)	$\chi^2(1) = 21,580$	0,000	$\phi = 0,37$
<i>Acima de um salário mínimo</i>	47 (85,5)	08 (14,5)			
Escolaridade					
<i>Até 5 anos</i>	46 (48,9)	48 (51,1)	$\chi^2(1) = 13,606$	0,000	$\phi = 0,29$
<i>Mais de 5 anos</i>	50 (78,1)	14 (21,9)			

f: frequência; %: percentual; χ^2 =Qui-quadrado; p-valor: significância (<0,05);

Por último, foram conduzidas análises de associação visando investigar a relação entre o sofrimento psíquico (Transtorno Mental Comum) e a insegurança alimentar. Observou-se que

as pessoas idosas com insegurança alimentar apresentam valores superiores e estatisticamente significativos para todas as variáveis, exceto para o fator Pensamento Depressivos. Os dados sugerem que a insegurança alimentar esteve associada com maiores níveis de sofrimento psíquico e de transtornos mentais comuns. Estes e outros achados podem ser observado na tabela abaixo.

Tabela 4 - Postos médios dos grupos comparativos (Com Insegurança Alimentar e Sem Insegurança Alimentar) em razão do SRQ-20 total e por fatores(n=158).

Variáveis	Sem IA (n=76)	Com IA (n=82)	U de Mann-Whitney	Z	p-valor
	Posto Médio	Posto Médio			
SRQ-20 total	57,03	100,33	1408,00	-5968	0,000
Humor depressivo e ansioso	61,73	95,97	1765,50	-4,911	0,000
Sintomas somáticos	55,56	101,69	1295,50	-6,441	0,000
Perda da energia vital	61,46	96,22	1745,00	-4,949	0,000
Pensamentos depressivos	74,86	83,80	2763,00	-1,514	0,13

Nota: IA (Insegurança Alimentar).

Discussão

A partir dos resultados, verificou-se uma elevada prevalência (39,9%) de transtornos mentais comuns (TMC) e de Insegurança Alimentar (51,9%). Ademais, foi evidenciada a associação entre TMC e insegurança alimentar, com maiores prejuízos para as pessoas idosas com insegurança alimentar. A prevalência de TMC também variou em razão de variáveis sociodemográficas, com maiores prevalências entre as mulheres e pessoas idosas com menores níveis de renda e escolaridade.

Estes achados apontam para a relação entre sofrimento psíquico e condições de vida, ou seja, trata-se de um sofrimento que possui uma dimensão ético-política (Sawaia, 2017). Embora seja o sujeito que sofre, este sofrimento não é explicado, meramente, a partir de um viés cognitivo e centralizado no indivíduo. Especificamente em populações idosas, esses resultados permitem explorar como os marcadores de gênero, associados às condições de vida e classe social, repercutem na saúde mental.

A partir do perfil sociodemográfico, verificou-se que os participantes, em sua maioria, possuem baixos níveis de renda (até um salário mínimo) e escolaridade (até 5 anos de escolaridade). A renda e a escolaridade são aspectos que influenciam diretamente as condições de vida das pessoas, as quais, por sua vez, desempenham um papel crucial no acesso à alimentação saudável e nutricionalmente adequada.

Uma alimentação pobre em nutrientes tem consequências deletérias para a saúde física e mental das pessoas idosas (Gyasi, Obeng, & Yeboah, 2020), contribuindo para o aumento no risco de diversos desfechos em saúde, incluindo doenças cardiovasculares (Ford, 2013), declínio cognitivo (Frith & Loprinzi, 2018), entre outros. Esses achados destacam a severidade das implicações da insegurança alimentar sobre a saúde física, ampliando a compreensão de seus efeitos além da esfera psicológica.

A insegurança alimentar e o estresse que ela demanda para a saúde mental gera sobrecarga no sistema de saúde pública, aumentando os custos com internações, medicamentos e acompanhamento psicológico. Além disso, à medida que a insegurança alimentar se intensifica,

observa-se uma diminuição substancial nos componentes da qualidade de vida, como bem-estar físico, funcionalidade, conexões sociais e saúde emocional (Pequeno, 2020).

No tocando ao gênero, a identificação de maiores níveis de TMC entre as mulheres idosas da amostra é corroborada por estudos anteriores, os quais evidenciaram a associação entre gênero e sofrimento psíquico, com mais prejuízos observados entre as mulheres. Senicato et al., (2018), em um estudo transversal de base populacional com 848 mulheres, no município de Campinas (SP), evidenciou que mulheres mais velhas, com baixa escolaridade, donas de casa, viúvas ou separadas, portadoras de doença crônica, com consumo de uma dieta pobre em frutas/legumes/verduras e com histórico de algum tipo de violência, foram mais suscetíveis ao desenvolvimento de TMC.

No contexto do Nordeste Brasileiro, um estudo realizado com idosos verificou que a probabilidade de apresentar TMC foi maior entre os indivíduos do sexo feminino (Silva et al., 2020). Dentre os fatores que podem estar relacionados, destacam-se a existência de comorbidades e incapacidades, condições precárias de vida, além de episódios de estresse durante a vida e isolamento social. Nesse mesmo contexto, um estudo sobre questões de vulnerabilidades e saúde mental (Furtado et al., 2019) apontou níveis elevados de sofrimento psíquico entre as mulheres idosas. Observou-se que as mulheres frequentemente priorizavam o cuidado com os outros em detrimento de seu próprio bem-estar. Muitas dessas mulheres relataram sofrimento psíquico e manifestaram sintomas de ansiedade e depressão (Furtado et al., 2019).

Desafios como disparidades de gênero e a sobrecarga decorrente de múltiplos papéis sociais podem intensificar o estresse e a pressão psicológica, exacerbados ainda pelas elevadas taxas de violência de gênero, por exemplo (Silva et al., 2020). A discriminação e a sobrecarga de trabalho, tanto doméstico quanto formal, foram identificadas como fatores que aumentam a incidência de sofrimento psíquico entre mulheres idosas (Furtado et al., 2019). Essas condições resultam em vulnerabilidades e riscos elevados para a saúde mental, observando-se, na literatura, maior prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em mulheres idosas em comparação com homens idosos (Silva et al., 2020).

Os resultados também apontaram que indivíduos com renda de até um salário mínimo apresentam maiores níveis de transtornos mentais comuns, de humor depressivo e ansioso, de sintomas somáticos, de pensamentos depressivos e menores níveis de energia vital em comparação com aqueles que ganham mais que um salário mínimo. Nessa direção, evidências na literatura (Burgard, Brand, & House, 2009; Muhammad et al., 2021) apontam que diversos eventos estressantes associados à renda, tais como desemprego, sobrecarga financeira e estresse no ambiente de trabalho, estão diretamente relacionadas com repercussões na saúde física e mental da população em geral. Baixos níveis de renda repercutem na saúde mental de forma significativa e prolongada (Burgard, Brand, & House, 2009). Contudo, verifica-se que tais impactos são mais acentuados na velhice (Muhammad, Srivastava, & Sekher, 2021).

A insegurança financeira na velhice contribui para uma sensação de inutilidade entre as pessoas idosas, bem como colabora para sentimentos de solidão e isolamento social (Pilania et al., 2013). Fatores como gênero, nível educacional, renda, também foram identificados como contribuintes para um maior risco de sintomas de depressão na velhice (Ma et al., 2008). Assim, considera-se que o sofrimento psíquico é um fenômeno multifacetado que engloba dimensões emocionais, sociais e culturais e emerge devido a uma variedade de fatores (Muhammad, Srivastava, & Sekher, 2021; Silva et al., 2020). Baixos níveis de renda e escolaridade, por estarem relacionados com as condições de vida das pessoas, contribuem, de algum modo para

a vivência de preocupações e sofrimento psíquico. Adicionalmente, o nível de escolaridade figura como fator importante para a inclusão social, na medida em que proporciona acesso a empregos mais qualificados e melhoria das condições de vida.

A análise das diversas vulnerabilidades contribui para o entendimento de como fatores individuais, sociais e programáticos (políticos e institucionais) impactam o desenvolvimento de processos de adoecimento psíquico, o que é evidenciado pela associação entre baixos níveis de renda e escolaridade e sofrimento psíquico. Por isso, considera-se que a saúde mental possui relação com uma variedade de fatores que incluem elementos socioculturais, econômicos, políticos, infraestruturais e ambientais.

Portanto, há que se considerar que saúde mental não se limita a aspectos biológicos; ela engloba a complexidade de um indivíduo que é, ao mesmo tempo, único, social e inserido em um contexto histórico. Assim, se faz necessário considerar a complexa interação de sintomas afetivos, somáticos e cognitivos em pessoas idosas que manifestam sintomas de TMC, o que demanda uma abordagem integrada no rastreamento e na intervenção, notadamente quando se considera de vulnerabilidade sociais.

Referências Bibliográficas

- Almeida, M. A. B., Gutierrez, G. L., & Marques, R. F. R. (2012). Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades-EACH/USP.
- APA. (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (recurso eletrônico): DSM-5® (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.Barreto & Feresoli, 2017;
- Brasil. (2006). Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências.
- Burgard, S. A., Brand, J. E., & House, J. S. (2009). Perceived job insecurity and worker health in the United States. *Social science & medicine*, 69(5), 777-785.
- Casemiro, N. V., & Ferreira, H. G. (2020). Indicadores de saúde mental em idosos frequentadores de grupos de convivência. *Revista da SPAGESP*, 21(2), 83-96.
- Ford, E. S. (2013). Food security and cardiovascular disease risk among adults in the United States: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2003-2008. *Preventing Chronic Disease*, 10, E202-E202.
- Freire, M. C. C. M., Marin, M. J. S., Lazarini, C. A., & Damaceno, D. G. (2020). Condições de vida e saúde de idosos com transtornos mentais de acordo com o sexo. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 16(1), 1-11.
- Frith, E., & Loprinzi, P. D. (2018). Food insecurity and cognitive function in older adults: Brief report. *Clinical Nutrition*, 37(5), 1765-1768.
- Furtado, F. M. D. S. F., Saldanha, A. A. W., Moleiro, C., & Silva, J. (2019). Transtornos mentais comuns em mulheres de cidades rurais: prevalência e variáveis correlatas. *Saúde e Pesquisa*, 12(1), 129-140.
- Gonçalves, D. M., Stein, A. T., & Kapczinski, F. (2008). Performance of the Self-Reporting Questionnaire as a psychiatric screening questionnaire: a comparative study with Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de saúde pública*, 24, 380-390.
- Gyasi, R. M., Obeng, B., & Yeboah, J. Y. (2020). Impact of food insecurity with hunger on mental distress among community-dwelling older adults. *PLoS One*, 15(3), e0229840.

- Ma, X., Xiang, Y. T., Li, S. R., Xiang, Y. Q., Guo, H. L., Hou, Y. Z., ... & Chiu, H. F. K. (2008). Prevalence and sociodemographic correlates of depression in an elderly population living with family members in Beijing, China. *Psychological medicine*, 38(12), 1723-1730.
- Muhammad, T., Srivastava, S., & Sekher, T. V. (2021). Association of self-perceived income status with psychological distress and subjective well-being: a cross-sectional study among older adults in India. *BMC Psychology*, 9(1), 82.
- Pequeno, N. P. F. (2020). Qualidade de vida e insegurança alimentar em adultos e idosos: estudo Brauca Natal. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Pilania, M., Bairwa, M., Kumar, N., Khanna, P., & Kurana, H. (2013). Elderly depression in India: An emerging public health challenge. *The Australasian Medical Journal*, 6(3), 107-111.
- Pimentel, P. L. B., da Silva, J., & Saldanha, A. A. W. (2022). Transtornos Mentais Comuns, distress, ansiedade e depressão em idosos brasileiros no contexto da COVID-19. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 27(2), 137-145.
- Santos, L. P. D., Lindemann, I. L., Motta, J. V. D. S., Mintem, G., Bender, E., & Gigante, D. P. (2014). Proposta de versão curta da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. *Revista de Saúde Pública*, 48, 783-789.
- Sawaia, B. (2017). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Rio de Janeiro: Editora Vozes Limitada.
- Segall-Corrêa, A. M., Escamilla, R. P., Maranhã, L. K., & Sampaio, M. F. A. (2004). Segurança alimentar no Brasil: validação de metodologia para acompanhamento e avaliação. *Relatório Técnico*. Campinas (SP).
- Senicato, C., Azevedo, R. C. S. D., & Barros, M. B. D. A. (2018). Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Ciência & saúde coletiva*, 23, 2543-2554.
- Silva, J., Gomes, D. P. F. S., & Furtado, J. F. (2022). Doenças dos nervos como expressão de sofrimento psíquico de pessoas idosas em contextos rurais. In A. W. S. Saldanha et al. (Eds.), *Das vulnerabilidades à promoção da saúde* (pp. 131-146). Campina Grande: EDUEPB.
- Silva, M. J. F., Dillon, N. M., Araújo, A. C., Andrade, B. S. R., Reis Junior, L. W. F., Neto, L. L. B., & Lobato, C. M. S. D. (2020). A promoção de saúde mental em idosos não-institucionalizados atendidos pelo SUS: gerações do fazer saúde. *Extensio: Revista Eletrônica de Extensão*, 17(36), 159-166.

CAPÍTULO 13

Estresse psicológico, insegurança alimentar e variáveis associadas em pessoas idosas

Josevânia da Silva¹, Maria do Socorro da Costa Alencar Lima¹, Mirella Raquel Alves de Araújo Rodrigues¹, Débora Castro de Freitas¹, Marcela Tavares Silva Ribeiro¹, Ayanna Carla de Moraes Gerôncio²

¹ Universidade Estadual da Paraíba, Brasil

² Universidade Eötvös Loránd, Hungria

Autor Correspondente: Josevânia da Silva. **E-mail:** josevania.psi@gmail.com

Resumo: A preocupação com a falta de alimentos e a dificuldade em prover o sustento básico podem gerar sofrimento psíquico, como sintomas de ansiedade e depressão. O estudo tem por objetivo analisar a prevalência de estresse psicológico e sua relação com a insegurança alimentar em pessoas idosas. A amostra foi constituída por 158 pessoas idosas com idades variando entre 60 e 88 anos. Foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário sociodemográfico; Escala Brasileira de Insegurança Alimentar e a Escala de Estresse Psicológico de Kessler. Os dados foram analisados a partir de estatísticas descritivas e não paramétricas, tendo em vista verificar a associação e a correlação entre as variáveis investigadas. Foi identificado uma prevalência de 51,9% (f=82) para a insegurança alimentar, e de 68,4% (f=108) para o estresse psicológico. A insegurança alimentar esteve associada com menores níveis de renda e escolaridade. Os maiores níveis de estresse psicológico ocorreram entre as mulheres e pessoas idosas com menores rendas e escolaridade. Foi evidenciada uma correlação forte e positiva ($\rho=0,61$; $p < 0,001$) entre insegurança alimentar e Estresse Psicológico. Os dados sugerem que a insegurança alimentar esteve associada com maiores níveis de estresse psicológico, o que aponta a relação entre condições de vida e sofrimento psíquico.

Palavras-chave: Envelhecimento; Insegurança Alimentar; Estresse Psicológico.

Abstract: The concern over food scarcity and the difficulty in providing basic sustenance can generate psychological distress, such as symptoms of anxiety and depression. This study aims to analyze the prevalence of psychological stress and its relationship with food insecurity in older individuals. The sample consisted of 158 elderly people aged between 60 and 88 years. The following instruments were used: Sociodemographic Questionnaire; Brazilian Food Insecurity Scale; and the Kessler Psychological Distress Scale. The data were analyzed using descriptive and non-parametric statistics to assess the association and correlation between the investigated variables. A prevalence of 51.9% (n=82) was identified for food insecurity, and 68.4% (n=108) for psychological distress. Food insecurity was associated with lower income and education levels. Higher levels of psychological distress were observed among women and

elderly individuals with lower income and education levels. A strong positive correlation ($\rho=0.61$; $p < 0.001$) was found between food insecurity and psychological distress. The data suggest that food insecurity is associated with higher levels of psychological stress, indicating a relationship between living conditions and psychological distress.

Key-Words: Aging; Food Insecurity; Psychological Stress.

Introdução

Na 69ª Assembleia Mundial de Saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016) apresentou uma projeção sobre o envelhecimento populacional, com a estimativa de que a proporção de indivíduos com 60 anos ou mais dobrará de 11% para 22%, representando aproximadamente 2 bilhões de idosos até 2050 (OPAS/OMS, 2018). Na realidade brasileira, observa-se que em 1980 apenas 6,1% da população tinha 60 anos ou mais. Esse percentual subiu para 15,8% em 2022, marcando um crescimento de 46,6% desde o Censo Populacional de 2010. Concomitantemente, observou-se uma redução na parcela da população de 0 a 14 anos, de 38,2% em 1980 para 19,8% em 2022, refletindo a diminuição da taxa de fecundidade e o aumento da expectativa de vida.

Em 2022, a expectativa de vida no Brasil aumentou de 76,8 para 77 anos (IBGE, 2022), com perspectiva de crescimento contínuo. Este aumento é fruto de uma combinação de fatores, como melhorias nas condições de vida e trabalho, avanços nos sistemas de seguridade social, maior cobertura vacinal e progressos na medicina. Contudo, é importante destacar que essas melhorias nem sempre se traduzem em condições de vida dignas para todas as pessoas idosas (Silva et al., 2022). A forma como a maioria da população brasileira envelhece está associada às condições precárias de vida e trabalho que experimentaram ao longo da vida (Silva & Leite, 2020).

As condições de vida estão diretamente relacionadas com a segurança alimentar, sendo esta compreendida como o “acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis” (Brasil, 2006, p.1). De outro modo, o termo insegurança alimentar se refere a “falta de acesso a uma alimentação adequada, devido, predominantemente, à condição socioeconômica composta por uma baixa renda, baixa escolaridade, falta de vínculo empregatício, dificuldade de acesso à saneamento básico e à quantidade de moradores no domicílio” (Bezerra, Olinda, & Pedraza, 2017).

A fome, a falta de acesso a alimentos nutritivos e a incerteza sobre a disponibilidade futura de alimentos podem gerar estresse psicológico, caracterizado como um tipo de sofrimento psíquico. Conceitualmente, o estresse psicológico é definido como a sensação de estar sobrecarregado psicologicamente, enfrentando eventos que são vistos como ameaças (Crosswell & Lockwood, 2020). Esse conceito engloba diversas situações em que o indivíduo percebe que sua capacidade de resposta, tanto psicológica quanto fisiológica, é insuficiente para lidar de forma eficiente com as demandas impostas (Cohen, Gianaros, & Manuck, 2016).

Saber distinguir entre os eventos que provocam o estresse e as reações individuais aos estressores é de fundamental importância (Crosswell, & Lockwood, 2020), uma vez que respostas emocionais às situações estressoras variam significativamente entre as pessoas. Em parte, esta influência decorre do significado pessoal atribuído às experiências vividas. Além

disso, fatores como o contexto de vida, a presença de uma rede de apoio e o suporte emocional e afetivo desempenham um papel fundamental em como cada um enfrenta o estresse (Crosswell, & Lockwood, 2020).

A relação entre sofrimento psíquico e insegurança alimentar no contexto da pessoa idosa emerge como fenômeno complexo, uma vez que a frequente dificuldade de acesso a alimentos nutritivos, pode agravar condições de saúde mental, colaborando para o aumento de vulnerabilidade e declínio da qualidade de vida dos sujeitos (Campos & Cantária, 2024). Estudo realizado em seis países (China, Gana, Índia, México, Rússia e África) com pessoas com 50 anos, possuindo rendas consideradas baixas ou médias, evidenciou a relação entre insegurança alimentar e estresse percebido (Arokiasamy, Selvamani, Jotheeswaran, & Sadana, 2021). Entre os países, a pontuação média de estresse percebido foi maior entre a população mais velha com insegurança alimentar. A análise de regressão mostrou associação significativa e positiva entre insegurança alimentar e estresse percebido (Arokiasamy et al., 2021).

A partir do exposto, este estudo considerou a seguinte questão de pesquisa: qual a prevalência de estresse psicológico em pessoas idosas e sua relação com insegurança alimentar? A análise da associação entre estresse psicológico e insegurança alimentar contribui para o direcionamento de políticas públicas que sejam planejadas segundo as necessidades prioritárias desse grupo etário. Portanto, tendo em vista responder à questão de pesquisa, o estudo teve por objetivo analisar a prevalência de estresse psicológico e sua relação com a insegurança alimentar em pessoas idosas.

Método

Tipo de estudo

Este estudo foi categorizado como uma pesquisa descritiva e exploratória, de natureza transversal, adotando uma metodologia quantitativa.

Participantes

A escolha dos participantes foi realizada através de uma amostragem não probabilística e por conveniência. Neste estudo, participaram 158 idosos com idades entre 60 e 88 anos (média de idade = 69 anos; desvio padrão = 6,08), com predominância do sexo feminino (60,8%). Os critérios para inclusão no estudo foram ter 60 anos e ser brasileiro.

Instrumentos

Para a coleta dos dados, foram utilizados os seguintes instrumentos:

a) Questionário sociodemográfico: composto por itens que abordam aspectos como renda, nível de escolaridade, estado civil, gênero, entre outras variáveis;

b) Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA): em sua versão reduzida de apenas 5 itens, trata-se de um instrumento validado especificamente para o contexto brasileiro (Santos et al., 2014). Esta versão reduzida da EBIA demonstrou excelentes qualidades

psicométricas, com uma sensibilidade de 95,7% e uma especificidade de 100% (Santos et al., 2014), quando comparada à escala original (Segall-Corrêa et al., 2003);

c) Escala de Estresse Psicológico de Kessler – K10: Esta escala foi desenvolvida por Kessler et al. (2003) com o objetivo avaliar o estresse psicológico enquanto sofrimento psíquico. No Brasil, a escala foi validada para a população idosa por Lins et al. (2021). No estudo de validação brasileiro, a escala K10 apresentou índice de consistência interna total de $\alpha=0,844$, apresentando boa confiabilidade. Para rastreamento de sofrimento mental entre idosos, foi considerado como ponto de corte o escore total maior que 14 pontos, com sensibilidade igual a 75,47% e especificidade igual a 85,0% (Lins et al., 2021). A escala é formada por 10 itens que mensuram sintomas de ansiedade e depressão percebidos pelos idosos nos últimos 30 dias (quatro semanas). As respostas são dadas numa escala do tipo *likert* de cinco pontos (5 - O tempo todo; 4 - A maior parte do tempo; 3 - Parte do tempo; 2 - Um pouco; 1 - Nunca) (Kessler et al., 2023).

Procedimentos

Os dados foram coletados presencialmente, abordando os participantes em espaços públicos como ruas, praças e também em suas residências. Antes de iniciar a coleta de dados com o uso de questionários, foi garantido aos participantes o direito de se retirarem do estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. A equipe explicou os objetivos do estudo, assegurando a confidencialidade das informações coletadas e instruindo os participantes a não se identificarem nos questionários. A aplicação dos questionários foi feita individualmente, podendo ser autopreenchidos ou preenchidos pelos pesquisadores, sempre com suporte disponível para esclarecimentos ou ajuda.

Análise dos dados

Foram procedidas análises dos dados sociodemográficos a partir de estatística descritiva (frequência e porcentagem). Inicialmente, realizou-se uma verificação da distribuição dos dados utilizando o teste de Kolmogorov-Smirnov, a qual evidenciou ausência de distribuição normal ($p < 0,05$) das variáveis contínuas da escala de Insegurança Alimentar e Estresse Psicológico. Com base nesse resultado, optou-se por métodos estatísticos não paramétricos para a análise dos dados quantitativos. A frequência de respostas dos participantes e a associação com as variáveis sociodemográficas em razão dos grupos critérios (Com Insegurança Alimentar e Sem Insegurança Alimentar) foi analisada através do teste de Qui-quadrado (χ^2) e apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas. O coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado para avaliar as correlações entre os escores da Escala de Insegurança e de Estresse Psicológico.

Aspectos éticos

Esta pesquisa faz parte de um estudo maior intitulado “*Vulnerabilidade, insegurança alimentar, estresse psicológico e Bem-estar subjetivo de pessoas idosas*”, que foi aprovado por comitê de ética em pesquisa (CAAE: nº 69651023.2.0000.5187). Todos os participantes foram esclarecidos sobre os propósitos do estudo e assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme as Resoluções 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

O perfil sociodemográfico da amostra, apresentado na Tabela 1, consistiu de 158 indivíduos idosos, majoritariamente compostos por mulheres cujas idades variaram de 60 a 88 anos (Média = 69; DP = 6,08). No que concerne à orientação sexual, a vasta maioria dos participantes, totalizando 157 (99,4%), identificou-se como heterossexual, enquanto apenas um indivíduo (0,6%) declarou-se bissexual. Outros dados podem ser observados na tabela abaixo.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos participantes (n=158).

Variáveis	Categorias	f (%)
Gênero	Mulher	96 (60,8%)
	Homem	62 (39,2%)
Faixa etária	60 a 69 anos	86 (54,4%)
	70 anos ou mais	72 (45,6%)
Escolaridade	Fundamental Incompleto	46 (29,1%)
	Fundamental Completo	37 (23,4%)
	Médio Completo	37 (23,4%)
	Superior ou mais	18 (11,4%)
	Sem escolaridade	11 (07,0%)
	Médio Incompleto	09 (05,7%)
Situação Laboral	Aposentado	102 (64,6%)
	Trabalho com vínculo formal	29 (18,4%)
	Trabalho sem vínculo formal	18 (11,4%)
	Desempregado	09 (05,7%)
Renda Familiar	Até um salário mínimo	102 (64,6%)
	Acima de um salário mínimo	56 (35,4%)
Cor	Branca	73 (46,2%)
	Parda	68 (43,0%)
	Preta	15 (09,5%)
	Amarela	02 (01,3%)
Estado Civil	Casado	78 (49,4%)
	Viúvo	33 (20,9%)
	Separado	31 (19,6%)
	Solteiro	16 (10,1%)

Nota: n = número de participantes; f = frequência; % = porcentagem.

Na amostra analisada, verificou-se que a maioria dos idosos afirmou ter filhos/filhas (88,8%; n=140), e 86,7% indicaram que o sustento da casa/família estava vinculado à sua renda. Além disso, quando questionados sobre sua filiação religiosa, foi observado que 119 idosos se identificaram como católicos, 33 como evangélicos, 05 como adeptos de religiões de matriz africana, e uma pessoa declarou pertencer a outra denominação religiosa. Também foi solicitado que atribuíssem uma nota, de zero a dez, ao seu nível de religiosidade, resultando em uma média de 7,8 (DP=1,83), indicando níveis elevados de religiosidade entre os participantes.

Os resultados ainda apontaram que mais da metade dos indivíduos pesquisados (52%) ganhava até um salário mínimo, equivalente a R\$1.412,00 em 2024. A distribuição de renda entre os participantes foi ampla, estendendo-se de nenhuma renda a um valor máximo de R\$12.000,00. A renda média correspondeu a R\$2.193,77, com elevado desvio padrão (DP=2131,10), sugerindo que, apesar da maioria ter rendas mais baixas, a presença de alguns participantes com rendas substancialmente maiores elevou a média para além de um salário mínimo e meio.

Para a análise da associação entre insegurança alimentar (variável consequente) e variáveis sociodemográficas (variável antecedente), foram constituídos os seguintes grupos critérios:

gênero (Grupo 1: Homens; Grupo 2: mulheres), *faixa etária* (Grupo 1: 60 a 69 anos; Grupo 2: idades iguais ou superiores a 70 anos), *cor autodeclarada* (Grupo 1: pretos e pardos; Grupo 2: brancos), *renda* (Grupo 1: renda até um salário mínimo; Grupo 2: renda acima de um salário mínimo) e *escolaridade* (Grupo 1: até 5 anos de escolaridade; Grupo 2: acima de 5 anos de escolaridade). Considerando que os dados não possuem distribuição normal, a associação entre as variáveis foi analisada através do teste Qui-quadrado (χ^2).

Não foram identificadas diferenças significativas em relação ao gênero e faixa etária. Similarmente, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas em relação à insegurança alimentar em razão da cor autodeclarada. Contudo, foi evidenciado uma associação significativa entre insegurança alimentar e renda, bem como em relação aos níveis de escolaridade. A insegurança alimentar foi mais prevalente no grupo das pessoas idosas com renda até um salário mínimo (menores níveis de renda) e aqueles com até 5 anos de escolaridade (menores níveis de escolaridade). Esses dados podem ser observados na tabela a seguir.

Tabela 2 - Associação entre Insegurança Alimentar (IA) e variáveis sociodemográficas (n=158).

Variáveis	Com IA* f (%)	Sem IA f (%)	χ^2	p-valor	Tamanho do efeito (ϕ)
Gênero					
<i>Homem</i>	24 (38,7)	38(61,3)	$\chi^2(1)=3,605$	0,058	$\phi = 0,15$
<i>Mulher</i>	52 (54,2)	44 (45,8)			
Faixa etária					
<i>60 a 69 anos</i>	49 (57,0)	37(43,0)	$\chi^2(1)=1,949$	0,163	$\phi = 0,11$
<i>70 anos ou mais</i>	33 (45,8)	39 (54,2)			
Cor autodeclarada					
<i>Pretos/pardos</i>	45 (54,2)	38 (45,8)	$\chi^2(1)=0,374$	0,541	$\phi = 0,04$
<i>Branco</i>	36 (49,3)	37 (50,7)			
Renda					
<i>Até um salário mínimo</i>	73 (70,9)	30 (29,1)	$\chi^2(1)=42,676$	0,000	$\phi = 0,52$
<i>Acima de um salário mínimo</i>	09 (16,4)	46 (83,6)			
Escolaridade					
<i>Até 5 anos de escolaridade</i>	61 (64,9)	33 (35,1)	$\chi^2(1)=15,698$	0,000	$\phi = 0,31$
<i>Mais de 5 anos de escolaridade</i>	21 (32,8)	43 (67,2)			

f: frequência; %: percentual; χ^2 =Qui-quadrado; p-valor: significância (<0,05);

Por sua vez, a análise do estresse psicológico (sofrimento psíquico) das pessoas idosas foi conduzida mediante a aplicação da escala K10 (Escala de Estresse Psicológico de Kessler). Esta escala é destinada à avaliação do sofrimento psíquico e cada item do instrumento é respondido numa escala de cinco pontos, permitindo que o total acumulado das pontuações varie entre 10 e 50 (Lins et al., 2021). Para a determinação dos escores totais, efetuou-se a inversão na escala de pontuação de cinco pontos, estabelecendo que quanto maior o escore, mais acentuada seria a presença de sofrimento psíquico (sintomas de ansiedade e depressão). Em sequência, procedeu-se o somatório das respostas, adotando-se como ponto de corte para a identificação de estresse psicológico as pontuações iguais ou superiores a 15 (Anderson et al., 2013; Lins et al., 2021). A escala possibilita ainda a categorização dos níveis de sofrimento psíquico com base nas pontuações obtidas pelos participantes idosos, especificamente: pontuações de 10 a 14 indicam provável ausência de sofrimento psíquico; pontuações entre 15 e 18 denotam sofrimento psicológico leve; escores entre 19 a 22 correspondem a sofrimento psicológico moderado; e pontuações ≥ 23 significam sofrimento psicológico grave (Anderson et al., 2013; Lins et al., 2021).

Os resultados evidenciaram que as pontuações dos participantes na escala de Estresse Psicológico apresentaram uma mediana de 17,00, com amplitude de 12 a 27, acima do ponto de corte indicativo de sofrimento psicológico. A prevalência de estresse psicológico entre as pessoas idosas investigadas foi de 68,4% (n = 108). Na análise por níveis, verificou-se provável ausência de sofrimento psíquico em 31,6% (f = 50) das pessoas idosas e nenhum participante pontou níveis moderados de sofrimento. Contudo, 38% (f = 60) das pessoas idosas apresentou sofrimento psíquico leve e 30,4% (f = 48) apresentou sofrimento psíquico grave.

Para análise da associação entre as variáveis sociodemográficas e os grupos critérios (1- Sem sofrimento psíquico; 2 - Com sofrimento psíquico), foi realizado o teste de Qui-quadrado (χ^2). Os resultados indicaram diferenças estatisticamente significativas apenas para as variáveis gênero (homem/mulher) e renda (renda até um salário mínimo/renda superior a um salário mínimo).

No que se refere ao gênero, a prevalência de sofrimento psíquico entre as mulheres idosas foi superior a observada entre os homens idosos ($\chi^2 = 3,876$; gl=1; p = 0,049). Foi verificado que do total de 158 participantes, 108 indicaram sofrimento psíquico, dos quais 48 eram homens (44,4%) e 60 eram mulheres (55,6%). Já em relação à renda, foi observada uma diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 = 7,836$; gl=1; p=0,005), com maior prevalência de sofrimento psíquico no grupo de pessoas idosas com renda de até um salário mínimo. Entre os 108 participantes com sofrimento psíquico, 79 (73,1%) possuíam renda de até um salário mínimo, contrastando com 29 (26,9%) que tinham renda superior.

Por último, a análise da relação entre insegurança alimentar e estresse psicológico foi verificada a partir da análise comparativa das medianas dos grupos critérios, bem como a partir das correlação entre os escores da escala de estresse psicológico e insegurança alimentar. Os resultados demonstraram maiores pontuações (nos postos médios) de estresse psicológico para o grupo das pessoas idosas que apresentou insegurança alimentar, quando comparadas com o grupo das pessoas sem insegurança alimentar, conforme demonstrado abaixo.

Tabela 3 - Medianas pessoas idosas com e sem insegurança alimentar (IA), conforme as variáveis Estresse Psicológico, SRQ-20 total e por fatores(n=158).

Variável	Sem IA (n=76)	Com IA (n=82)	U de Mann-Whitney	Z	p-valor
	Posto Médio	Posto Médio			
Estresse Psicológico	53,24	103,84	1120,00	-6,959	0,000

Nota: IA (Insegurança Alimentar).

Nesta direção, a partir da análise de Correlação de Spearman, foi verificada uma correlação positiva e forte entre insegurança alimentar e estresse psicológico ($\rho = 0,61$; $p < 0,001$). Isto é, maiores níveis de insegurança alimentar estiveram associados a maiores níveis de estresse psicológico.

Discussão

A partir dos resultados, observou-se uma alta prevalência de insegurança alimentar e estresse psicológico na amostra investigada, evidenciando que a prevalência de insegurança alimentar varia em razão da renda e dos níveis de escolaridade. Ademais, foi evidenciado que elevados níveis de insegurança alimentar foram associados a elevados níveis de estresse psicológico.

No contexto da pessoa idosa, a falta de acesso a alimentos nutritivos e saudáveis pode ter um impacto significativo na saúde mental. A insegurança alimentar não apenas representa um risco físico, mas também constitui um intenso fator de estresse biológico e psicossocial, o que pode levar a um declínio na saúde geral. Isso inclui o desenvolvimento de preocupações e ansiedade, sentimentos de exclusão e privação, angústia, e impactos negativos nas relações familiares e sociais (Campos & Cantária, 2024).

Uma pesquisa realizada no contexto brasileiro sobre a prevalência de insegurança alimentar em pessoas idosas que frequentavam unidades de saúde vinculadas à Estratégia Saúde da Família, ao longo de 2022, evidenciou que 50,3% dos participantes apresentavam algum grau de insegurança alimentar (Bodnar, Espinosa, Souza, Lima, & Volpato, 2024). Além disso, o estudo indicou que maiores prevalências de insegurança alimentar ocorreram entre as pessoas idosas com renda familiar abaixo de um salário-mínimo (Bodnar et al., 2024). Resultado similar foi verificado por Pereira et al. (2020), que avaliaram 316 pessoas idosas atendidas na Estratégia Saúde da Família, no Nordeste brasileiro. Os autores apontaram a associação entre insegurança alimentar e sintomas depressivos em domicílios com idosos, com maiores chances de desenvolvimento dos sintomas entre aqueles com insegurança alimentar moderada/grave (Pereira et al., 2020).

Considera-se que a insegurança alimentar repercute não apenas como um fator estressante capaz de induzir sintomas depressivos e ansiosos, mas também pode suscitar uma série de repercussões psicossociais, incluindo vergonha, isolamento social e perda de interesse por atividades cotidianas (Campos & Cantária, 2024). A experiência frequente de incerteza acerca da obtenção de alimento a curto, médio e longo prazo tem um impacto psicológico significativo, gerando sofrimento e estresse crônico (Freire et al., 2020).

O sofrimento psíquico que advém de contextos de vulnerabilidade social, como a fome e a pobreza, vai além da dimensão psicológica. Conforme apontava Sawaia (2017), ao discorrer sobre o sofrimento ético-político, trata-se de um sofrimento que transcende aspectos meramente cognitivos e não pode ser solucionado com práticas de cuidado centradas em psicoterapia e uso de medicamentos. O sofrimento ético-político refere-se ao tipo de dor que exige o reconhecimento de um indivíduo formado por contextos históricos e sociais e, conseqüentemente, aponta para o papel que as estruturas políticas, sociais e econômicas desempenham na geração e manutenção de sofrimentos iníquos. "É o indivíduo que sofre, mas a gênese deste sofrimento está nas intersubjetividades delineadas socialmente" (Sawaia, 2017, pp. 6-7).

Ao analisar a relação entre insegurança alimentar e sofrimento psíquico na população idosa investigada, é possível afirmar que este sofrimento psíquico, em parte, emerge das condições de injustiça, desigualdade e exclusão social. Este tipo de sofrimento não é apenas uma experiência pessoal ou psicológica, mas está profundamente enraizado em estruturas sociais e políticas que marginalizam e oprimem certos grupos ou indivíduos (Sawaia, 2017).

Os resultados apontam, ainda, para as iniquidades sociais como baixos níveis de escolaridade e renda. São aspectos estruturais e sociais que indicam a vulnerabilidade social e programática, uma vez que tais sofrimentos decorrem também da negação de direitos humanos. Além disso, é fundamental discutir as interseccionalidades presentes, reconhecendo que a experiência do sofrimento psíquico não é homogênea e é perpassada por múltiplas dimensões e fatores sociais, incluindo gênero, classe socioeconômica, idade, entre outras.

Referências Bibliográficas

- Bezerra, T.A., Olinda, R.A., & Pedraza, D. F (2017). Insegurança alimentar no Brasil segundo diferentes cenários sociodemográficos. *Ciência e saúde coletiva*, 22(2), 637–651
- Bodnar, J. C. F. A., Espinosa, M. M., Souza, B. D. S. N., Lima, T. R., & Volpato, L. E. R. (2024). Associação entre insegurança alimentar e fatores demográficos, socioeconômicos, alimentares e de saúde em idosos atendidos pela atenção primária. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 17(3), e5647.
- Campos, A. V. de F., & Cantária, J. S. (2024). Segurança alimentar e nutricional de idosos atendidos no centro de saúde durante pandemia por covid-19 na cidade de São Paulo. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 10(1), 1159–1172.
- Cohen, S., Gianaros, P. J., & Manuck, S. B. (2016). A stage model of stress and disease. *Perspectives on Psychological Science*, 11(4), 456-463.
- Crosswell, A. D., & Lockwood, K. G. (2020). Best practices for stress measurement: How to measure psychological stress in health research. *Health Psychology Open*, 7(2),
- Freire, M. C. C. M., Marin, M. J. S., Lazarini, C. A., & Damaceno, D. G. (2020). Condições de vida e saúde de idosos com transtornos mentais de acordo com o sexo. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*, 16(1), 1-11.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE. (2022). IBGE – Censo 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/sobre/conhecendo-o-brasil.html>.
- Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., ... & Zaslavsky, A. M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of general psychiatry*, 60(2), 184-189.
- Lins, G. O. D. A., Lima, N. A. D. S., Sousa, G. S. D., Guimarães, F. J., Frazão, I. D. S., & Perrelli, J. G. A. (2021). Validade e confiabilidade da Escala de Estresse Psicológico de Kessler para idosos brasileiros: estudo transversal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74, 45-50.
- OMS, Organização Mundial da Saúde. (2016). Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud. 69.ª Assembleia Mundial da Saúde. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-sp.pdf?ua=1.
- OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde. (2018). Transtornos Mentais. Retrieved from <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>
- Pereira, I. F. S. et al. (2020), Padrões alimentares de idosos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(3), 1091–1102
- Santos, L. P. et al. (2014). Proposta de versão curta da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. *Revista de Saúde Pública*, 48 (1), 783-789
- Sawaia, B. (2017). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Rio de Janeiro: Editora Vozes Limitada.
- Segall-Corrêa, A M. et al (2004). *Segurança alimentar no Brasil: validação de metodologia para acompanhamento e avaliação*. Relatório Técnico. Campinas, SP.
- Arokiasamy, P., Selvamani, Y., Jotheeswaran, A. T., & Sadana, R. (2021). Socioeconomic differences in handgrip strength and its association with measures of intrinsic capacity among older adults in six middle-income countries. *Scientific Reports*, 11(1), 19494.
- Silva, J., & Leite, K. M. R. F. (2020) Pessoas idosas em contextos rurais: estilo de vida e vulnerabilidades às IST`S/Aids. *Revista de Psicologia da IMED*, 12 (2), 1-19.
- Silva, J., Gomes, D. P. F. S., & Furtado, J. F. (2022). Doenças dos nervos como expressão de sofrimento psíquico de pessoas idosas em contextos rurais. In A. W. S. Saldanha et al. *Das vulnerabilidades à promoção da saúde* (pp. 131-146). Campina Grande: EDUEPB.

CAPÍTULO 14

Comunicação triádica - Perceções e Opiniões de Pediatras

Joana Lopes¹, Paulo Vitória²

¹ Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade da Beira Interior, Portugal

² Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Departamento de Psicologia e Educação.
Universidade da Beira Interior, Portugal

Autor Correspondente: Joana Lopes. **E-mail:** a41163@fcsaude.ubi.pt

Resumo: O conceito de “comunicação clínica” refere-se à comunicação entre médico e doente. No entanto, é cada vez mais frequente a presença de um terceiro elemento na consulta (e.g. um familiar), uma situação que pode ser designada como “comunicação triádica”, bastante comum no contexto da pediatria. Este estudo visa caracterizar as perspetivas e opiniões dos pediatras sobre fatores que influenciam a comunicação com as crianças e os seus acompanhantes. Trata-se de um estudo qualitativo cujos dados foram recolhidos através de entrevistas semiestruturadas e analisados de forma narrativa. No total foram realizadas 20 entrevistas a pediatras de 9 hospitais de Portugal, dos quais 18 eram do sexo feminino. Apuraram-se, com consenso, diferentes fatores que facilitam a comunicação triádica em pediatria, como a existência de tempo e de literacia em saúde. Em sentido contrário, o cansaço profissional, o fenómeno de *doctor shopping* e as barreiras linguísticas são potenciais entraves à efetividade da comunicação. Destaca-se a grande pluralidade de estratégias usadas pelos pediatras para ultrapassar as referidas dificuldades, como adaptar a postura e a linguagem aos interlocutores, permitindo assim que todos se sintam parte ativa da consulta. Os resultados obtidos salientam a importância da comunicação triádica na pediatria, reforçando o papel crucial de todas as crianças, alicerçado no acesso a informação, privacidade, autonomia e a serem ouvidas e respeitadas.

Palavras-chave: Comunicação triádica; pediatria; criança; relação médico-doente; relação médico-doente-acompanhante.

Abstract: The concept of “clinical communication” refers to the communication between doctor and patient. However, it is increasingly common for a third party to be present at the consultation (e.g. a family member), a situation that can be referred to as “triadic communication”, which is quite common in the context of pediatrics. This study aims to characterise pediatricians' perspectives and opinions on factors that influence communication with children and their companions. This is a qualitative study whose data was collected through semi-structured interviews and analysed in narrative form. A total of 20 interviews were carried out with pediatricians from 9 hospitals in Portugal, 18 of whom were female. There was a consensus that different factors facilitate triadic communication in pediatrics, such as

time and health literacy. On the other hand, professional fatigue, doctor shopping and language barriers are potential obstacles to an effective communication. What stands out is the wide variety of strategies used by pediatricians to overcome these difficulties, such as adapting posture and language to the interlocutors, thus allowing everyone to feel an active part of the consultation. The results obtained highlight the importance of triadic communication in pediatrics, reinforcing the crucial role of all children, based on access to information, privacy, autonomy and being listened to and respected.

Key-Words: Triadic communication; pediatrics; child; doctor-patient relationship; doctor-patient-carer relationship.

Introdução

Postula-se que a comunicação humana é o processo pelo qual é possível transmitir e partilhar informações. (Berry, 2007) Além deste aspeto informacional que a caracteriza, mostra-se igualmente importante reconhecer o seu papel relacional. (Hovey & Massfeller, 2012) A comunicação apresenta-se como um meio para a construção de relações entre quem a desenvolve, através de vários elementos, como a confiança, respeito e empatia.

A comunicação em saúde é a ação ativa de troca de informações entre profissionais de saúde e doentes, comunidades ou populações. É ainda possível distinguir a comunicação clínica, que diz respeito à interação e relação que se desenvolve entre médico e doente. (Borhani-Haghighi, 2022) Dada a sua importância e a particularidade do contexto de prestação de cuidados, concluímos que uma vertente relacional forte e profícua, pode estar associada a melhores resultados em saúde para os doentes, ao desenvolvimento de uma boa relação médico-doente, em que o doente é parte ativa nas tomadas de decisão sobre a sua própria saúde, e ao reporte de menos efeitos adversos associados às terapêuticas farmacológicas prescritas. (Berry, 2007; Miller & DiMatteo, 2015; Silva, 2008; Street et al., 2009)

Se por um lado a norma é que a comunicação se estabeleça entre dois interlocutores (interlocutores estes que no contexto da prestação de cuidados seriam o médico e o doente), por outro, torna-se importante reconhecer que existem cada vez mais situações em que as consultas médicas contam com mais intervenientes. (Fong Ha et al., 2010; Tates & Meeuwesen, 2001) Estabelece-se assim um *shift* no modelo diádico (Figura 1) para o modelo triádico de interação (Figura 2).



Figura 1 - Esquema ilustrativo da interação diádica.



Figura 2 - Esquema ilustrativo da interação triádica.

Exemplo paradigmático da comunicação triádica é a consulta da especialidade de pediatria, caracterizada pela presença do médico, da criança e/ou adolescente e de um acompanhante. Este tipo de comunicação constitui indubitavelmente um desafio e obriga a um ajuste nos papéis que cada um dos intervenientes desempenha. (Cahill & Papegeorgiou, 2007).

É imperativo que exista um processo crescente de autonomização das crianças a partir de tenra idade, para que um dia se tornem adultos capazes de tomar decisões conscientes e informadas sobre a sua saúde. (Bell & Condren, 2016) Contudo, várias fontes reportam que a participação que é permitida às crianças no contexto dos seus cuidados de saúde está ainda muito aquém do desejado e recomendado. (Damm et al., 2015; Ehrich et al., 2015; Martin & Dimatteo, 2013; Tates & Meeuwesen, 2001) O desejo dos pais de proteger as crianças, o facto dos profissionais de saúde não quererem colocar em causa a autoridade dos acompanhantes e os diferenciais de poder, de conhecimento e até de autoridade, são alguns dos fatores apontados como possíveis causadores da pouca participação das crianças. (Cahill & Papegeorgiou, 2007; Kohlsdorf & Costa, 2016; Tates & Meeuwesen, 2001).

Sendo que a pediatria abrange um amplo espectro de idades (desde recém-nascidos de zero dias até adolescentes) surge inevitavelmente a dúvida acerca da idade a partir da qual as crianças conseguem e devem ser incluídas nas tomadas de decisão sobre tratamentos e informadas e esclarecidas sobre diagnósticos e prognósticos. (Cahill & Papegeorgiou, 2007; Martin & Dimatteo, 2013; Tates & Meeuwesen, 2001) Para além disso, é igualmente importante reconhecer a necessidade de uma especial atenção para a forma como as mensagens são transmitidas, para que aconteça de um modo que esteja acessível à faixa etária em questão. (Bell & Condren, 2016; Damm et al., 2015).

Estudos indicam que se torna de facto bastante significativo incluir a criança durante os vários momentos de consulta, dando-lhe palco para expressar as suas dúvidas, medos e demais opiniões, sentindo-se parte responsável pela sua própria saúde, com um papel ativo e importante na mesma, permitindo assim que se verifiquem taxas mais altas de adesão aos planos terapêuticos, menos efeitos adversos e mais literacia em saúde. (Bell & Condren, 2016; Damm et al., 2015; Fong Ha et al., 2010; Kohlsdorf & Costa, 2016; Martin & Dimatteo, 2013) Posto isto, a criança adquire não só o direito a participar ativamente nos seus cuidados de saúde, mas também responsabilidade e deveres perante esse direito. (Ehrich et al., 2015) Desta forma, surge uma responsabilidade acrescida por parte dos profissionais de saúde e pais ou cuidadores, para que permitam esta participação das crianças na sua própria saúde.

O presente estudo tem em vista a caracterização do papel que a comunicação triádica desempenha na pediatria. Através das perspetivas e opiniões de pediatras, espera-se compreender quais os fatores que influenciam a comunicação com as crianças e com os seus acompanhantes. Adicionalmente, irão ser analisados os desafios e barreiras com que os pediatras se deparam mais frequentemente, bem como as estratégias e metodologias que desenvolvem para os ultrapassar. Desta forma, a recolha de opiniões e de experiências permitirá certamente aumentar e melhorar a compreensão sobre o papel que a comunicação ocupa na pediatria.

Método

Para o desenvolvimento deste estudo optou-se por uma abordagem qualitativa para a recolha de dados, mais precisamente através do desenvolvimento de entrevistas semiestruturadas a médicos pediatras. Por não possuir características padronizadas, mas sim um grupo de tópicos

ou de temas a abordar, esta modalidade de entrevista permitiu, por um lado, uma maior autonomia do entrevistador no momento da condução da entrevista, e por outro, maior liberdade para a partilha das opiniões por parte dos entrevistados. (Thorne, 2000) Os tópicos das entrevistas foram baseados nos anteriormente utilizados pelo estudo “Comunicação em saúde da criança: estudo sobre a perceção de pediatras em diferentes níveis assistenciais” (Cristo & Araújo, 2013) e encontram-se listados de seguida:

- Fatores facilitadores da comunicação;
- Fatores que prejudicam a comunicação;
- Papel da criança na consulta;
- Papel do acompanhante;
- Atendimento na consulta;
- Fatores institucionais;
- Estratégias para ultrapassar os entraves à comunicação.

A amostra de participantes foi estabelecida por conveniência. (Saunders et al., 2007) Participaram no total 20 médicos pediatras, dos quais 18 eram do sexo feminino. De todos os entrevistados, 12 eram médicos especialistas e 8 ainda se encontravam a realizar o internato médico na especialidade de pediatria.

A análise de dados reveste-se de uma elevada importância. Após a recolha das opiniões e perceções dos médicos pediatras, os dados foram agrupados em diferentes categorias e analisados de forma qualitativa.

Resultados

De modo a simplificar a leitura e interpretação dos dados, a Tabela 1 contém os principais resultados obtidos após a análise do conteúdo das entrevistas.

Tabela 1 – Principais resultados das entrevistas, divididos em 7 categorias.

Categorias	Tópicos
Fatores facilitadores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecimento prévio da criança e da família. ▪ Decoração dos espaços adequada à idade. ▪ Literacia em saúde. ▪ Empatia, escuta ativa, confiança. ▪ Criança e acompanhantes calmos, interessados e colaboradores. ▪ Relação médico-doente-família estreita. ▪ Postura profissional do médico. ▪ Sensação de segurança. ▪ Definição de expectativas e agendas. ▪ Equipa multidisciplinar organizada. ▪ Reserva de tempo a sós para adolescentes.

Categories	Topics
Fatores que prejudicam	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ansiedade dos acompanhantes e/ou do doente. ▪ Gravidade da situação. ▪ Dinâmica familiar complicada. ▪ Alterações psicomotoras ou alterações do desenvolvimento. ▪ Desinformação. ▪ Cansaço do profissional de saúde. ▪ Hábitos e crenças diferentes e barreiras linguísticas. ▪ Expectativas desajustadas. ▪ Fenómeno de <i>doctor shopping</i>. ▪ Falta de tempo.
Papel da criança	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elemento central. ▪ Deve ser ouvida, responsabilizada e motivada a participar nos seus cuidados de saúde.
Papel do acompanhante	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aliado. ▪ Função complementar e indissociável do papel da criança. ▪ Papel facilitador. ▪ Principal fonte de informação para crianças mais pequenas.
Forma de atendimento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dependente da idade e maturidade da criança. ▪ Dirigido à criança sempre que possível. ▪ Complementaridade das informações fornecidas pelos acompanhantes.
Fatores institucionais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Influência de longos turnos no serviço de urgência hospitalar. ▪ Influência de falta de tempo para a preparação das consultas. ▪ Influência da falta de tempo durante as consultas. ▪ Falta de privacidade em diversos contextos.
Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adaptar a linguagem, fazer comparações e analogias, explicar os conceitos de forma clara e objetiva. ▪ Sistematizar a informação. ▪ Brincar com a criança. ▪ Honestidade intelectual. ▪ Fornecer ferramentas tecnológicas de informação fidedignas. ▪ Fazer com que as crianças e os seus acompanhantes se sintam ouvidos. ▪ Olhar nos olhos. ▪ Postura calma do médico.

Tabela 1 (Continua)

Tabela 1 (Fim)

Dada a variedade e diversidade de médicos entrevistados, torna-se interessante avaliar a quantidade de vezes que determinadas expressões ou tópicos foram abordados ao longo das 20 entrevistas. Na Figura 3 é possível encontrar uma seleção de 9 palavras-chave ou expressões relevantes para o artigo em questão e o registo das suas ocorrências.

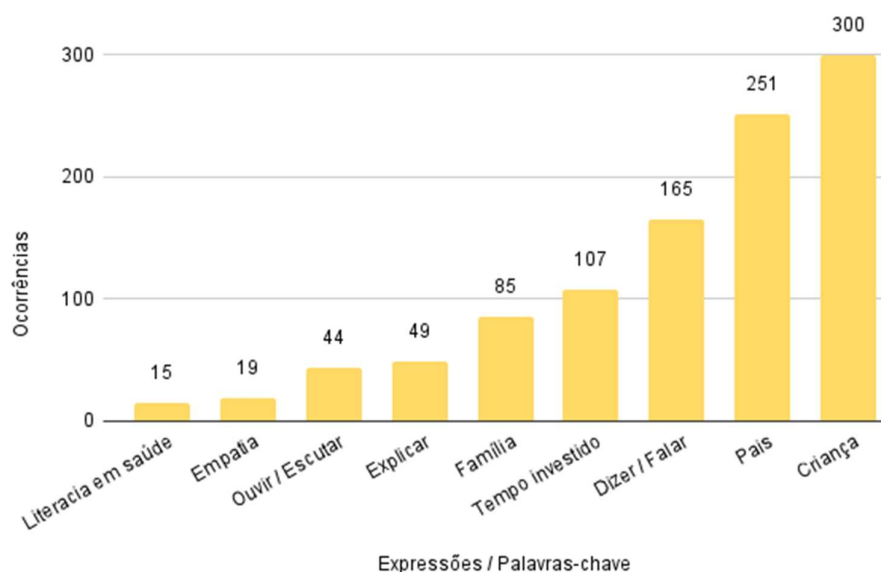


Figura 3 - Ocorrência de expressões e palavras-chave.

A disposição das palavras na Figura 3 em ordem crescente permite perceber a sua relevância, e estabelecer diferentes comparações e correlações. Surge, com marcado destaque, a palavra “Criança”, ilustrando de forma inequívoca a importância e o papel central da mesma. Também “Dizer / Falar” revelam uma importância significativa, já que se correlacionam com a transmissão de informação aos doentes e suas famílias.

Discussão

Iniciando com os fatores facilitadores da comunicação, é sem surpresa que se percebe que conhecer a criança e a sua família desempenha um papel de relevo na consulta e na prestação de cuidados de saúde. (Baston, 2008; Eichner et al., 2012; Levetown, 2008) Este conhecimento prévio favorece o estabelecimento de uma conexão com ambas, facilitando a comunicação triádica e culminando numa relação médico-doente e médico-doente-acompanhante mais próxima. Também a existência de literacia em saúde foi destacada como tendo muita relevância em pediatria. Estudos indicam que o nível reduzido de literacia em saúde dos pais e acompanhantes de crianças é fator preditor de mais idas aos serviços de urgência (que poderiam ser evitadas), podendo também ter um impacto deletério na quantidade de métodos complementares de diagnóstico realizados e nas terapêuticas instauradas. (Morrison et al., 2013, 2014)

No que diz respeito aos fatores que prejudicam a comunicação, vários participantes indicaram o fenómeno de *doctor shopping*. Ainda que a sua definição não seja consensual, considera-se que define a procura e recurso a vários profissionais de saúde pelo mesmo doente que se apresenta com um mesmo problema. (Sansone & Sansone, 2012) Desta forma, o fenómeno de

doctor shopping reflete-se num maior gasto de recursos, numa dificuldade acrescida em estabelecer a continuidade dos cuidados e em menor satisfação com os cuidados prestados e com a relação estabelecida com o médico. (Biernikiewicz et al., 2020) Todas estas consequências têm um impacto negativo tanto na comunicação que se estabelece entre os elementos da tríade, como na qualidade dos cuidados prestados, demonstrando a urgência de um combate efetivo a esta prática.

Foi unânime entre todos os participantes que, sempre que apresentem capacidade e maturidade suficientes, o atendimento na consulta deve ser dirigido às crianças (devendo ser elas o alvo das perguntas da entrevista clínica e a principal fonte de informação). Desta forma, detêm um papel central e fundamental, devendo ser informadas e esclarecidas acerca da doença, plano terapêutico, possíveis efeitos adversos e sobre quaisquer dúvidas que possam apresentar. Isto permite que se sintam uma parte integrante dos seus cuidados de saúde e ganhem as ferramentas necessárias para que um dia sejam adultos capazes de tomar decisões conscientes e informadas sobre a sua própria saúde. (Baston, 2008) Caso se trate de crianças mais pequenas ou de doentes com patologias do desenvolvimento que se tornem impeditivas de uma total compreensão, deve recair sobre o acompanhante a tarefa de informador primário, bem como de facilitador no momento da realização do exame objetivo. Este deve também ser um aliado na promoção da saúde e funcionar como rede de suporte para a criança em questão. (Eichner et al., 2012)

Surgiu também a necessidade de fazer um levantamento das estratégias utilizadas pelos médicos entrevistados de modo a ultrapassar algumas dificuldades na comunicação triádica. Ainda que se denote uma pluralidade de estratégias utilizadas, adaptar a linguagem à idade, maturidade e ao conhecimento de cada pessoa (quer da criança, quer do acompanhante) foi sem dúvida uma das mais referidas. (Lee et al., 2022; Levetown, 2008) De forma a encurtar o fosso que poderia existir entre as diferentes partes que constituem a tríade, os termos médicos devem ser geralmente excluídos em detrimento do uso de palavras e expressões que possam ser entendidas com mais facilidade e pode ainda ser adotado o uso de comparações e de analogias, esbatendo assim o diferencial de conhecimento que por norma existe no âmbito da prestação de cuidados médicos. (Clay & Parsh, 2016)

Conclui-se que os fatores facilitadores da comunicação triádica devem ser fomentados, e, por outro lado, todos os entraves a uma comunicação eficaz devem ser identificados, analisados e melhorados. Este estudo permitiu perceber melhor e reforçar o papel fundamental que a comunicação desempenha na prática clínica, com particular destaque para a comunicação triádica na pediatria e em todos os cuidados prestados a crianças e adolescentes. Ficou também claro o papel central das crianças na comunicação relativa aos seus cuidados de saúde. São necessários incentivos por parte dos adultos para que esta participação mais ativa das crianças possa acontecer, alicerçada na necessidade das mesmas serem ouvidas, respeitadas e esclarecidas sobre a sua saúde e cuidados.

Referências Bibliográficas

- Baston, J. (2008). Healthcare decisions: a review of children's involvement. *Paediatric Nursing*, 20(3), 24–26. <https://doi.org/10.7748/paed2008.04.20.3.24.c6517>
- Bell, J., & Condren, M. (2016). Communication Strategies for Empowering and Protecting Children. *The Journal of Pediatric and Pharmacology and Therapeutics*, 21(2), 176–184. <https://doi.org/10.5863/1551-6776-21.2.176>

- Berry, Dianne. (2007). *Health communication : theory and practice* (Vol. 1). Open University Press.
- Biernikiewicz, M., Germain, N., & Toumi, M. (2020). Second opinions, multiple physician appointments, and overlapping prescriptions in the paediatric population: A systematic literature review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(6), 1761–1767. <https://doi.org/10.1111/jep.13365>
- Borhani-Haghighi, A. (2022). How Can Clinical Communication Skills Improve Patient-Physician Relationship Building? *Galen Medical Journal*, 11. <https://doi.org/10.31661/gmj.v11i.2480>
- Cahill, P., & Papegeorgiou, A. (2007). Triadic communication in the primary care paediatric consultation: a review of the literature. *British Journal of General Practice*, 57(544), 904–911. <https://doi.org/10.3399/096016407782317892>
- Clay, A. M., & Parsh, B. (2016). Patient-and Family-Centered Care: It's Not Just for Pediatrics Anymore. *American Medical Association Journal of Ethics*, 18(1), 40–44. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2016.18.1.medu3-1601>
- Cristo, L., & Araújo, T. (2013). Comunicação em saúde da criança - estudo sobre a percepção de pediatras em diferentes níveis assistenciais. *Revista Psicologia e Saúde*, 5(1), 59–68.
- Damm, L., Leiss, U., Habeler, U., & Ehrich, J. (2015). Improving Care through Better Communication: Continuing the Debate. In *Journal of Pediatrics* 167 (2), 501-502. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.05.040>
- Ehrich, J., Pettoello-Mantovani, M., Lenton, S., Damm, L., & Goldhagen, J. (2015). Participation of Children and Young People in Their Health Care: Understanding the Potential and Limitations. In *Journal of Pediatrics*, 167 (3), 783–784. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.05.001>
- Eichner, J. M., Johnson, B. H., Betts, J. M., Chitkara, M. B., Jewell, J. A., Lye, P. S., Mirkinson, L. J., Brown, C., Heiss, K., Lostocco, L., Salerno, R. A., Percelay, J. M., Alexander, S. N., Abraham, M., Ahmann, E., Crocker, E., DiVenere, N., MacKean, G., Schwab, W. E., & Shelton, T. (2012). Patient- and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 129(2), 394–404. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3084>
- Fong Ha, J., Longnecker, N., & Surg Anat, D. (2010). Doctor-Patient Communication: A Review. *The Ochsner Journal*, 10(1), 38–43. <https://www.researchgate.net/publication/51156931>
- Hovey, R., & Massfeller, H. (2012). Exploring the relational aspects of patient and doctor communication. *Journal of Medicine and the Person*, 10(2), 81–86. <https://doi.org/10.1007/s12682-012-0123-0>
- Kohlsdorf, M., & Costa, Á. L. (2016). Comunicação Triádica em Pediatria: Revisão de Literatura. *Temas Em Psicologia*, 24(2), 609–629. <https://doi.org/10.9788/TP2016.2-13Pt>
- Lee, T., Lin, E. C., & Lin, H. C. (2022). Communication skills utilized by physicians in the pediatric outpatient setting. *BMC Health Services Research*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08385-5>
- Levetown, M. (2008). Communicating with Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. *Pediatrics*, 121(5), 1441–1460. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-0565>
- Martin, L. R., & Dimatteo, M. (Eds.). (2013). *The Oxford Handbook of Health Communication, Behaviour Change, and Treatment Adherence*. Oxford University Press.
- Miller, T. A., & DiMatteo, M. R. (2015). Communication. In *Psychology and Geriatrics: Integrated Care for an Aging Population*, 69–91. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-420123-1.00004-6>
- Morrison, A. K., Myrvik, M. P., Brousseau, D. C., Hoffmann, R. G., & Stanley, R. M. (2013). The Relationship Between Parent Health Literacy and Pediatric Emergency Department

- Utilization: A Systematic Review. *Academic Pediatrics*, 13(5), 421–429. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2013.03.001>
- Morrison, A. K., Schapira, M. M., Gorelick, M. H., Hoffmann, R. G., & Brousseau, D. C. (2014). Low Caregiver Health Literacy Is Associated With Higher Pediatric Emergency Department Use and Nonurgent Visits. *Academic Pediatrics*, 14(3), 309–314. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2014.01.004>
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2012). Doctor Shopping: A Phenomenon of Many Themes. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 9(11), 42–46.
- Saunders, M. N. K., Lewis, P., & Thornhill, Adrian. (2007). *Research methods for business students*. Financial Times/Prentice Hall.
- Silva, P. R. (2008). A comunicação na prática médica: seu papel como componente terapêutico. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 24, 505–512. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v24i4.10531>
- Street, R. L., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295–301. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015>
- Tates, K., & Meeuwesen, L. (2001). Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. *Social Science and Medicine*, 52, 839–851. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00193-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00193-3)
- Thorne, S. (2000). Data analysis in qualitative research. In *Evidence-Based Nursing* (Vol. 3, Issue 3, pp. 68–70). <https://doi.org/10.1136/ebn.3.3.68>

CAPÍTULO 15

Os benefícios da musicoterapia no processo de reabilitação cognitiva para crianças com autismo: uma revisão sistemática

Rafaela Ramalho¹, Camila Lima², Kay Francis Vieira²

¹ Universidade da Beira Interior, Portugal

² Centro Universitário de João Pessoa, Brasil

Autor Correspondente: Rafaela Ramalho E-mail: rafaela.ramalho@ubi.pt

Resumo A relação entre a Musicoterapia e a Perturbação do Espectro do Autista -PEA, traz consigo muitos benefícios para o desenvolvimento das habilidades das crianças com o autismo, as vantagens apresentadas em seu uso como meio para a reabilitação cognitiva, assim como, as relações sociais, de comunicação e comportamento. O presente trabalho tem por objetivo elencar os benefícios da musicoterapia no processo de reabilitação cognitiva da criança com autismo por meio de uma revisão sistemática. Para tanto, foi adotada uma abordagem qualitativa, tendo como critérios de inclusão as publicações em língua portuguesa, às bases de dados utilizadas foram Google Academic, Pepsic, Scielo e Lilacs, no qual foram encontrados cerca de 13 trabalhos nas plataformas publicados entre os anos de 2016-2020. Atrelando aos aspetos de relevância sobre o uso da música para o tratamento de crianças com autismo, pesquisas mostram que a musicoterapia tem seus benefícios tanto num ponto de vista da interação social e no desenvolvimento da linguagem, quanto no processo neural gerando a neuroplasticidade e as funções executivas nas crianças com autismo, podendo ser utilizada como estratégia terapêutica. Os resultados relevam a necessidade de mais estudos na área, para melhora da capacitação profissional da neuropsicologia e psicologia, devido a carência de sua utilização e consequentemente melhora na qualidade de vida das crianças com autismo.

Palavras-chave: Musicoterapia; Crianças com Autismo; Neuropsicologia; Reabilitação Cognitiva; Funções Executivas.

Abstract: The relationship between Music Therapy and Autism Spectrum Disorder - ASD, brings with it many benefits for the development of the skills of children with autism, the advantages presented in its use as a means for cognitive rehabilitation, as well as social relationships, communication, and behavior. This paper aims to list the benefits of music therapy in the process of cognitive rehabilitation of children with autism through a systematic review. To this end, a qualitative approach was adopted, having as inclusion criteria the publications in Portuguese, the databases used were Google Academic, Pepsic, Scielo and

Lilacs, in which about 13 works were found on the platforms published between the years 2016-2020. Linking to relevant aspects about the use of music for the treatment of children with autism, research shows that music therapy has its benefits both in terms of social interaction and language development and in the neural process, generating neuroplasticity and executive functions in children with autism and can be used as a therapeutic strategy. The results highlight the need for further studies in the area, to improve the professional training of neuropsychology and psychology, due to the lack of its use and consequently an improvement in the quality of life of children with Autism.

Keywords: Music Therapy. Children with Autism. Neuropsychology. Cognitive Rehabilitation. Executive Function.

Introdução

A Perturbação do Espectro Autista (PEA) se caracteriza por déficits no desenvolvimento cognitivo que acarretam em prejuízos de forma multifatorial na vida do sujeito. Estes prejuízos estão relacionados às habilidades sociais, como exemplo: interação social, comunicação, comportamentos repetitivos e estereotípias, interesses e atividades diárias, como também, no funcionamento cognitivo, apresentando dificuldade em seguir regras (rigidez e inflexibilidade cognitiva). Na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais-DSM-5, apresentou mudanças na caracterização do PEA, pois nesta versão abrange um compilado de outras perturbações, antes chamadas de autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, perturbação global do desenvolvimento, perturbação degenerativos da infância e a perturbação de Asperger (DSM – 5, 2014).

Devido ao aumento nas pesquisas (critérios diagnósticos, intervenção e métodos terapêuticos) é possível perceber um aumento a cerca do conhecimento da perturbação do espectro autista e diagnósticos. Em concordância com essa perspectiva, é possível perceber que algumas intervenções terapêuticas como, a reabilitação cognitiva e musicoterapia, casadas com outras intervenções podem favorecer para a melhora da qualidade de vida da criança com autismo. (Gaiato & Teixeira, 2018).

Com o avanço da neurociência, existe também o crescimento dos estudos da relação entre a música e o sistema nervoso, que corroboram para a aprendizagem (neurônios espelhos). (Rocha & Boggio, 2013). A aplicação da música como intervenção, conforme explanado por Rosário e Loureiro (2014), proporciona a estimulação das funções executivas (córtex pré-frontal, córtex pré-motor, córtex motor, lobos temporais, áreas do sistema límbico em relação as emoções), com a junção do som, timbre, ritmo usados de forma terapêutica (Ramalho & Junior, 2018).

Segundo Sampaio et al. (2015), a musicoterapia influencia em todas as esferas do indivíduo fazendo com que haja a interação social. Inicialmente o terapeuta apresentaria os sons/música, o cliente utilizaria os neurônios espelhos para reproduzi-los por meio da imitação, gerando assim tanto a estimulação do *rapport* terapêutico quanto a estimulação de habilidades da linguagem, aprendizagem e a interação social. (Rocha & Boggio, 2013).

O presente estudo objetivou realizar uma revisão sistemática da literatura acerca dos benefícios da musicoterapia na reabilitação de crianças com o Perturbação do Espectro do Autismo, a fim analisar a relação familiar no processo, avaliar a relação entre funções executivas e a musicoterapia para a aprendizagem, como a música pode favorecer nas habilidades sociais da criança com autismo.

Metodologia

O presente trabalho trata-se de uma revisão sistemática, que se caracteriza como um tipo de investigação em que disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação, crítica e síntese da informação selecionada. (Sampaio & Mancini, 2007 p. 84) foi construída por meio de um levantamento teórico nas bases de dados Scielo, Pepsic, Lilacs e o Google Acadêmico.

Os descritores utilizados para a busca foram: “*Musicoterapia*” and “*Crianças com Autismo*” and “*Neuropsicologia*” and “*Reabilitação Cognitiva*” and “*Funções Executivas*”. Tais descritores foram utilizados para auxiliar a busca de informações recolhidas, o que permite dar um direcionamento a presente pesquisa. Assim, após a leitura dos resumos preliminares selecionados, foi realizada uma nova triagem, tendo como principal critério de exclusão as referências teóricas que não contemplavam os aspetos envolvidos na utilização do instrumento musicoterapia e seus benefícios. (Sampaio & Mancini, 2007 p. 84).

Para tanto, foi adotada uma abordagem qualitativa, tendo como critério de inclusão as publicações com alguns destes para que assim afunilássemos ainda mais a quantidade de artigos, para que apenas os de maior relevância estivessem presentes. Os critérios de inclusão foram: estar em língua portuguesa, ter sido publicações entre 2016-2020 e ter relevância com o tema que contemplavam os aspetos envolvidos na utilização da musicoterapia e as diferenças individuais na relação com os pares. Já os de exclusão foram: ser de outra língua nativa, ter sido publicado entre 2016-2020 e não ter relação da musicoterapia, autismo em crianças e neuropsicologia.

Resultados

De acordo com os critérios anteriormente mencionados, obteve-se o total de 1.182 publicações entre elas: artigos, teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, e relatos de experiência, disponíveis nas bases de dados (Scielo, Pepsic, Lilacs, BVS e Google Acadêmico). Destes 1.069 foram excluídos a partir de uma leitura preliminar dos referidos títulos. Dos 107 trabalhos restantes, foram excluídos 83 após a leitura de seus resumos. Ao final, 35 estudos estavam disponíveis para leitura na íntegra, destes, 22 foram excluídos por não se adequarem aos critérios do estudo ou por repetição.

A fim de responder ao objetivo, 13 publicações foram selecionadas a fim de fundamentar o referido trabalho. Destes, as treze produções publicadas entre os anos de 2016 a 2020, sendo

quatro artigos, um trabalho de conclusão de curso, e dois relatos de experiência, que versam sobre como a musicoterapia tem intervindo nas habilidades sociais, funções executivas e reabilitação cognitiva de crianças com autismo através da neuropsicologia (Figura 1).

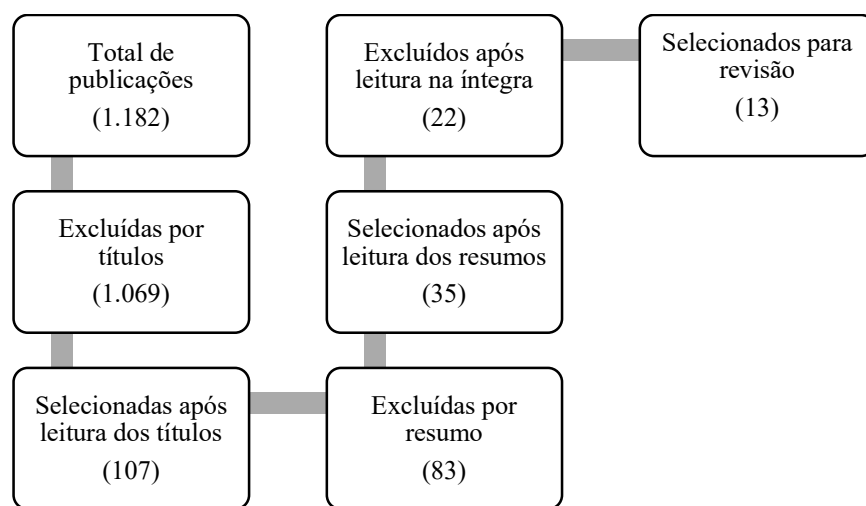


Figura 1- Fluxograma de artigos levantados na revisão

Os estudos selecionados após leitura na íntegra, estão destacados na Tabela 1.

Tabela 1. *Estudos selecionados após as buscas nas bases Scielo, Lilacs, Pepsic, BVS e Google Acadêmico.*

Autor (ano)	Base de dados	Revista	Objetivos
Gadelha et al. (2018)	Pepsic	Revista de Psicopedagogia.	Identificar quais destas competências se sobressaem no contexto das dificuldades de aprendizagem.
Ferreira et al. (2017)	Pepsic	Psicologia em Revista.	Visa a apresentar os conceitos de HS e NE, sugerindo uma relação entre ambos, podendo se constituir numa das bases biológicas do comportamento humano.
Guimarães e Monteiro (2019)	Pepsic	Revista Psicologia e Saúde.	Realizar uma revisão literária sobre os estudos científicos publicados nos últimos dez anos em reabilitação/intervenção neuropsicológica com crianças e adolescentes, buscando identificar como os programas com abordagens voltadas para as dificuldades acadêmicas e executivas se articulam com as demandas familiares e escolares.

Lemos et al. (2020)	Scielo	Revista Brasileira de Educação Especializada.	Analisar episódios interacionais de crianças com autismo nos contextos de sala de aula e pátio, considerando seus pares e professores. Entende-se a relevância da inclusão escolar e das interações sociais específicas que ocorrem nesses contextos a partir das características neurodesenvolvimentais, sociocomunicativas e comportamentais das crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista.
Franzoi et al. (2016)	Scielo	Texto Contexto Enfermagem.	Relatar a experiência da aplicação da música como tecnologia de cuidado a estas crianças em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil.
Anjos et al. (2017)	Scielo	Revista Interinstitucional de Psicologia.	Levantar e avaliar, na produção nacional e internacional, como a musicoterapia tem sido utilizada em intervenções psicológicas com crianças
Andrade Junior (2018)	Bvs	Revista de Enfermagem UERJ.	Realizar revisão sistemática sobre a eficácia da música como terapêutica.
Rosário e Loureiro (2016)	Google Academic	Revista InCatere.	Apresentar alguns conceitos fundamentais resultantes de pesquisas que descrevem a utilização da música no treinamento e reabilitação de funções cognitivas como atenção, memória e funções executivas.
Pogoraro et al. (2016)	Google Academic	Lume, repositório digital da UFRGS.	Compreender de que forma a música, enquanto instrumento de intervenção neuropsicológica, pode contribuir para o desenvolvimento e estimulação de pessoas com TEA.
Silva (2018)	Google Academic	Revista Especialize.	Oferecer informações acerca do que vem a ser o Transtorno do Espectro Autista e apresentar considerações sobre as técnicas utilizadas no processo avaliativo no Brasil e em alguns países.
Castro (2018)	Google Academic	Repositório da Universidade de Luíada.	A musicoterapia atuasse como uma força integração da criança, ao desenvolver os seus recursos e qualidades pessoais
Menezes (2019)	Google Academic	Repositório da UNIUBE.	Proceder a abordagem sobre a educação musical, no que diz respeito a uma forma de aquisição do saber que pode propiciar benefícios à pessoa com o Transtorno do Espectro Autista.

Santos (2020)	Google Academic	Repositório UNGafeIRIO	Investigar como se dá a gênese de tais funções em crianças autistas a partir de processos interativos musicais e a importância do desenvolvimento dessas funções na constituição da subjetividade em tais crianças.
---------------	-----------------	------------------------	---

Discussão

A neuropsicologia é uma área que permite identificar a relação entre o funcionamento cerebral e o comportamento, com a finalidade de investigar o funcionamento e desenvolvimento das funções executivas (controle inibitório, memória e atenção), e também suas habilidades metalinguísticas (sintática, semântica e fonológica). Compreender esta relação é o que permite a identificação das principais dificuldades para auxiliar no processo de diagnóstico e intervenção (Gadelha et al., 2018).

A intervenção neuropsicológica, para alguns autores não está focada apenas na reabilitação cognitiva, mas também junto aos cuidadores e educadores, para que assim, ocorra uma gestão apropriada englobando tanto as alterações cognitivo-comportamentais, como também as alterações emocionais e de autorregulação dos indivíduos com perturbação do neurodesenvolvimento (Guimarães & Machado, 2019). Além disto, outro ponto importante na intervenção das pessoas com autismo é nas habilidades sociais, pois podem sofrer alterações de acordo com o ambiente que o sujeito está inserido, alterando sua intencionalidade e significado, como explanado no estudo de Ferreira et al. (2017) explana em seu estudo sobre Neurônios-Espelhos e Habilidades Sociais (Castro, 2017).

A musicoterapia é uma intervenção que traz muitos benefícios para as crianças com autismo. Franzoli et al. (2016), em seu estudo desenvolvido em um Centro de Atenção Psicossocial, analisou que a música facilita o processo de interação social, e as habilidades motoras, a ampliação linguagem e a resposta emocional. Outro ponto é que a música pode facilitar e solidificar a relação terapêutica, no entanto eles alertam que o uso dessa ferramenta terapêutica pode alterar a depender do ambiente. A música também pode auxiliar para o PEA no processo da interação social, auxiliando no desenvolvimento da linguagem tanto para crianças verbais quanto para as não verbais, além de auxiliar no processo de neuroplasticidade e comunicação neural (Pegoraro, 2017). Como também a inserção das crianças com autismo em ambientes com crianças típicas (escola) para o ampliação e solidificação de repertório de habilidades, mas também contribuir na redução do estigma e preconceito (Castro, 2017; Lemos et al., 2020).

Em conformidade a isto, Anjos et al. (2017), referem a aplicabilidade da musicoterapia dentro da intervenção, pode auxiliar na melhora das habilidades de comunicação (linguagem), através do neurônio-espelho e imitação, habilidades sociais e também das funções executivas (Ferreira et al., 2017). A musicoterapia, auxilia também no desenvolvimento da comunicação alternativa, comunicação, linguagem, cognição, motricidade e comportamento. Assim como outros métodos, como o PECS (*Picture Exchange Communication System*) e a linguagem de sinais, o TEACCH (Tratamento e Educação Relacionados a Problemas de Comunicação) e o ABA (Análise de Comportamento Aplicada) também tem contribuições fantásticas em relação ao tratamento de crianças com autismo (Castro, 2017; Silva, 2017).

O suporte familiar também é algo que a terapia musical auxilia, o que reitera que o tratamento de crianças com autismo é multifatorial (equipa saúde, cuidadores, escola, social). Este tipo de terapia, é uma modalidade eficiente e não invasivo, que atual no âmbito biopsicossocial

(Andrade Junior, 2018). A experiência musical interfere no estímulo das áreas cerebrais da aprendizagem e nas demandas emocionais do indivíduo, influenciando no comportamento e resposta as circunstâncias da vida diária (Santos, 2018).

Outro ponto importante é diferenciar o ensino da música como parte do currículo escolar e a musicoterapia, pois o viés acadêmico trabalha pela parte pedagógica e a aprendizagem musical (aspectos conceituais estéticos e teóricos). Já musicoterapia que usa música com o viés terapêutico em disfunções cognitivas, afetivas, sensoriais, motoras e de linguagem causadas por patologias ou lesões no sistema nervoso humano, auxiliando a neuroplasticidade cerebral (Menezes, 2019; Rosário & Loureiro, 2016).

Considerações Finais

Desta maneira, entende-se que o presente artigo conseguiu alcançar seus objetivos, que eram relatar por meio dessa revisão sistemática os benefícios da musicoterapia na reabilitação de crianças acometidas pela Perturbação de Espectro Autista assim como sua relação entre funções executivas e a musicoterapia no processo de aprendizagem, e como a música pode favorecer nas habilidades e interações sociais da criança com o PEA.

Outro ponto de destaque são os benefícios que a musicoterapia oferece como intervenção terapêutica para as crianças com PEA são de uma significância para as interações sociais, comportamento, flexibilidade cognitiva, controle inibitório, memória, entre outros, pois auxilia na identificação de respostas que se sobressaem quando utilizado junto a outros métodos de intervenção psicológica. Podemos destacar também a importância do estímulo dos neurônios-espelhos, no processo de aprendizagem tanto relacionado a questões acadêmicas quanto ao desenvolvimento das atividades de vida diária, como autonomia no cuidado pessoal.

Outro ponto importante, é que a forma como o estímulo é apresentado para criança com autismo interfere na evolução do indivíduo. Faz-se importante compreender o sujeito em todos os seus aspectos, devido a presença de hipersensibilidade auditiva em parte dos sujeitos diagnosticados. Isto significa, que a técnica pode ser alterada a depender das necessidades do sujeito.

Dito isto, pode-se inferir a partir de publicações nacionais e internacionais que abordam a relação da musicoterapia no processo de reabilitação cognitiva em crianças com PEA, a necessidade de novas pesquisas a fim de orientar e auxiliar psicólogos e neuropsicólogos no desenvolvimento desses recursos.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Anjos, A. G. D., Montanhaur, C. D., Campos, É. B. V., Piovezana, A. L. R. P. D., Montalvão, J. S., & Neme, C. M. B. (2017). Musicoterapia como estratégia de intervenção psicológica com crianças: uma revisão da literatura. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 10(2), 228-238. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1983-82202017000200008&script=sci_arttext
- Castro, M. T. D. L. A. (2017). *Afinar a relação: a musicoterapia e a perturbação no espectro do autismo* (Master's thesis). <http://hdl.handle.net/11067/3148>

- Ferreira, V. R. T., Cecconello, W. W., & Machado, M. R. (2017). Neurônios-espelho como possível base neurológica das habilidades sociais. *Psicologia em Revista*, 23(1), 147-159. <http://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9563.2017v23n1p147-159>
- Franzoi, M. A. H., Santos, J. L. G. D., Backes, V. M. S., & Ramos, F. R. S. (2016). Intervenção musical como estratégia de cuidado de enfermagem a crianças com transtorno do espectro do autismo em um centro de atenção psicossocial. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 25, e1020015. <https://doi.org/10.1590/0104-070720160001020015>
- Gadelha, T. A., Melo, M. R. A., Santos, I. M. D. S., & Moreira, J. D. S. (2018). Habilidades metalinguísticas e funções executivas em crianças com dificuldades de aprendizagem: Uma metanálise. *Revista Psicopedagogia*, 35(108), 318-328. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862018000300007&lng=pt&tlng=pt.
- Gaiato, M., & Teixeira, G. (2018). *O reizinho autista: guia para lidar com comportamentos difíceis*. Nversos.
- Guimarães, Mônica Narciso, & Monteiro, Roberta Angelo. (2019). Intervenção neuropsicológica com crianças e adolescentes - uma revisão da literatura. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 131-144. <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i2.811>
- Júnior, H. D. A. (2018). Eficácia terapêutica da música: um olhar transdisciplinar de saúde para equipes, pacientes e acompanhantes. *Revista Enfermagem*, 26. <http://dx.doi.org/10.12957/teuerj.2018.29155>
- Lemos, E. L. D. M. D., Nunes, L. D. L., & Salomão, N. M. R. (2020). Transtorno do espectro autista e interações escolares: sala de aula e pátio. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 26, 69-84. <https://doi.org/10.1590/s1413-65382620000100005>
- Menezes, A (2019) Música e Autismo: Experiências de Desenvolvimento e Aprendizagem na Escola Municipal Cidade da Música No Município de Uberlândia-Mg. UNIUBE, 2019. (Master's theses) <http://dspace.uniube.br:8080/jspui/handle/123456789/1177>.
- Pegoraro, L. D. C. (2017). A música como intervenção neuropsicológica no tratamento do transtorno do espectro autista (TEA): uma revisão crítica da literatura. <http://hdl.handle.net/10183/159137>
- Rocha, V. C. D., & Boggio, P. S. (2013). A música por uma óptica neurocientífica. *Per mus*, 132-140. <https://doi.org/10.1590/S1517-75992013000100012>
- Ramalho, R.B & Junior, L.L.C (2018) Métodos Psicoterápicos no Tratamento De Transtornos Neurocognitivos (TNCs), Editora Realize. http://www.editorarealize.com.br/editora/anais/conapesc/2018/TRABALHO_EV107_M D4_SA27_ID1502_28052018140002.pdf
- Rosário, V. M., & Loureiro, C. M. V. (2016). Reabilitação cognitiva e musicoterapia. *Rev. InCantare*, 7(1), 16-37. <https://doi.org/10.33871/2317417X.2016.7.1.1095>
- Sampaio, R. F., & Mancini, M. C. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 11, 83-89. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552007000100013>
- Sampaio, R. T., Loureiro, C. M. V., & Gomes, C. M. A. (2015). A Musicoterapia e o Transtorno do Espectro do Autismo: uma abordagem informada pelas neurociências para a prática clínica. *Per mus*, 137-170. <https://doi.org/10.1590/permusi2015b3205>
- Santos, C. E. C. D. (2018). A música como ferramenta de desenvolvimento para crianças autistas: um estudo na interface da musicoterapia com a educação musical à luz dos conceitos de Vigotski. (Doctoral theses) <http://www.repositorio-bc.unirio.br:8080/xmlui/bitstream/handle/unirio/12711/TESE%20CLAUDIA%20EBOLI.pdf?sequence=1>

CAPÍTULO 16

Importância das variáveis sociodemográficas e o *Workaholism*: uma amostra de adultos portugueses

Laura Moura¹, Luana Soares², Maria Beatriz Miguel³, Marlene Noronha⁴, Miriam Nunes⁵, Rita Rosa⁶

¹M13211, ²M13189, ³M13436, ⁴M13348, ⁵M13616, ⁶M13367 Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior (Portugal)

Autora correspondente: Laura Moura E-mail: luana.isabel.soares@ubi.pt

Resumo: O presente artigo trata do que é o *Workaholism*, definido por Oates (1971) como o “vício no trabalho, a necessidade compulsiva e incontrolável de trabalhar incessantemente”, e propõe-se a analisar os níveis do mesmo numa amostra da população portuguesa de forma a identificar as características sociodemográficas que predizem ou se correlacionam com este construto, comparando-as entre si. O estudo engloba 790 participantes (265 homens, 514 mulheres e 11 outros), com idades compreendidas entre os 18 e os 66 anos. As respostas foram recolhidas *online* por meio de dois instrumentos: um questionário sociodemográfico e a escala DUWAS-10 que permitiu medir os níveis de *Workaholism* na amostra. Ao comparar as diferenças das médias dos níveis de *Workaholism* com o género, vínculo e gerações observou-se que nenhuma delas era significativa. No que toca à carga horária e ao tempo de profissão, analisou-se uma correlação positiva, quase nula e não significativa e uma correlação negativa, quase nula e não significativa, respetivamente. Por fim, notou-se que, de acordo com as variáveis sociodemográficas empregues, apenas o género, estatuto socioeconómico, profissão e carga horária semanal se demonstraram preditores significativos nos níveis de *Workaholism*. Com este projeto, formulamos uma visão mais aprofundada do *Workaholism* e das suas múltiplas consequências que se alteram ao longo do tempo e em função das alterações no mundo laboral que se encontra em constante evolução.

Palavras-chave: *Workaholism*; *Work Engagement*; *Work Addiction*; Género; Idade; Conflitos familiares; Carga horária.

Introdução

O primeiro conceito de *Workaholism* foi proposto por Oates (1971) e consiste no “vício no trabalho, a necessidade compulsiva e incontrolável de trabalhar incessantemente” com consequências sérias na saúde física do indivíduo, na sua felicidade pessoal, nas suas relações interpessoais e nas suas funções sociais. Estudos posteriores confirmaram esta definição e associaram-na empiricamente a várias consequências negativas: problemas de saúde, sentimentos depressivos, dificuldades em dormir, doenças cardiovasculares e desequilíbrio de vida significativo, o que gera uma qualidade fraca de relações sociais fora do trabalho, reduzida satisfação de vida e reduzida produção, mesmo depois de longas horas de trabalho

(Morkevičiūtė e Endriulaitienė, 2022). No entanto, vários autores diferem na definição de *Workaholism* quer na sua avaliação quer nas suas características.

Na literatura analisada surgem ainda 2 conceitos que podem frequentemente ser confundidos com o *Workaholism*. O *Work engagement* (envolvimento no trabalho) que é definido como um estado mental caracterizado por vigor (níveis elevados de energia e resiliência mental durante o trabalho), dedicação (sentimentos de entusiasmo, inspiração, orgulho e desafio) e absorção (estado de concentração profundo) que se reflete em longas horas de trabalho e satisfação intrínseca (Bereznowski et al., 2023). Por outro lado, a *Work Addiction* (vício no trabalho), que se refere à necessidade de trabalhar compulsivamente, prejudicando a saúde física, mental e a própria organização (Sun et al., 2022) e que, ao contrário dos demais vícios, proporciona consequências positivas, como aumento no rendimento, estatuto social, satisfação, entre outros (Lichtenstein et al., 2019). Assim, podemos constatar que ambos estes construtos se inserem dentro da esfera de *Workaholism*. Assim, podem ser identificadas três dimensões - elevado envolvimento laboral, elevada vontade de trabalhar e reduzida satisfação com o trabalho (DeMott, Aziz e Dolbier, 2022).

Nas últimas décadas, o mundo do trabalho tem sofrido alterações significativas, sendo que a principal é a possibilidade de trabalhar remotamente, ou seja, de forma mais flexível (Negura et al., 2023). Deste modo, apesar de aumentar os níveis de produtividade, esta nova alternativa de trabalhar a partir de casa também tornou os limites entre casa e trabalho mais difusos (Negura et al., 2023).

Com este estudo descritivo, correlacional e preditivo, temos como finalidade desenvolver procedimentos metodológicos para dar resposta aos problemas da investigação tendo como base os dados recolhidos de modo a analisar os níveis de *Workaholism* (variável dependente) na amostra, bem como a sua relação e influência em dadas variáveis sociodemográficas (variáveis independentes), nomeadamente o género, a idade, carga horária, estatuto socioeconómico, situação profissional, estado civil, escolaridade e agregado familiar. Assim sendo, procurámos dar resposta às seguintes questões: “Quais são os níveis de *Workaholism* na nossa amostra?”; “Será que há diferentes níveis de *Workaholism* entre géneros?”; “Será que existem diferentes níveis de *Workaholism* entre gerações?”; “Será que a vinculação diminui os níveis de *Workaholism*?”; “Será que existe uma associação entre carga horária e níveis de *Workaholism*?”; “Será que existe uma associação entre o tempo de profissão e os níveis de *Workaholism*?”; “Será que as variáveis demográficas são preditores nos níveis de *Workaholism*?”.

Posto isto, o principal objetivo deste estudo é analisar os níveis de *Workaholism* numa amostra da população portuguesa e, mais especificamente, comparar diferenças entre géneros, bem como comparar diferenças entre gerações nos seus níveis de *Workaholism*, analisar níveis de *Workaholism* entre pessoas vinculadas e pessoas não vinculadas, avaliar a ligação entre as variáveis sociodemográficas e níveis de *Workaholism* assim como perceber se as variáveis sociodemográficas são preditores significativos nos níveis de *Workaholism*.

Posto isto, desenvolvemos as seguintes hipóteses: (1): Os níveis de *Workaholism* são elevados na amostra; (2): As mulheres apresentam maiores níveis de *Workaholism* do que os homens; (3): A geração atual (Gen z e Millennials) têm maiores níveis de *Workaholism* do que as gerações anteriores (Baby boomers e Geração X); (4): Pessoas vinculadas têm níveis mais baixos de *Workaholism* do que pessoas desvinculadas; (5): Existe uma correlação forte e positiva entre a carga horária e os níveis de *Workaholism*; (6): Existe uma correlação forte e

positiva entre o tempo de profissão e os níveis de *Workaholism*. (7): As variáveis sociodemográficas são predictoras nos níveis de *Workaholism*.

Método

Participantes

A amostra constitui em 790 participantes com idades compreendidas entre os 18 e 66 anos ($M=32.41$; $DP=12.57$), com as seguintes características sociodemográficas: sexo feminino, etnia europeia/branca, nacionalidade portuguesa, residência em meio urbano, estatuto socioeconómico médio, trabalhador por conta de outrem, antiguidade de 8 anos, vinculados a um parceiro, heterossexual, agregado familiar composto por 3 ou 4 pessoas, com até ao 12º de escolaridade, sem horário de turnos, com uma carga horária semanal de até 35 horas, numa organização pública, no setor terciário e com contrato sem termo.

Instrumentos de Medida

Para obter os dados recolhidos na investigação realizou-se um questionário sociodemográfico e utilizou-se a escala DUWAS-10 (*Dutch Work Addiction Scale*) (Schaufeli & Taris, 2004) para medir os níveis de *Workaholism*.

O questionário sociodemográfico foi constituído por 23 questões acerca da idade, género (Mulher; Homem; Fluído; Não-binário; Agénero; Mulher Trans; Homem Trans e Outro), nacionalidade (Portuguesa ou Outra), país de residência (Portugal ou Outro), estado marital (Solteiro/a sem namorar; Solteiro/a com namorado/a; Casado/a; União de facto; Divorciado/a-Separado/a; Viúvo/a e Outro), agregado familiar (1 pessoa; 2 pessoas; 3 pessoas; 4 pessoas; 5 pessoas ou mais e Outro), habilitações académicas (Sem habilitação escolar; até 9 anos de escolaridade; Até 12 anos de escolaridade; Formação universitária - Licenciatura; Formação universitária - Pós-graduação ou mestrado; Formação universitária - Doutoramento e Outro), local de residência (Pequeno meio rural; Grande meio rural; Pequena cidade; Grande cidade e Outro), estatuto socioeconómico (Baixo; Baixo-médio; Médio; Médio-alto e Alto), orientação sexual (Heterossexual; Bissexual; Gay; Lésbica; Pansexual; Queer; Assexual e Outro), grupo étnico (Europeu/branco; Africano/negro; Mulato/Mestiço/Pardo; Hispânico/latino; Asiático e Outro), situação profissional (Desempregado/a; Estudante; Trabalhador/a-estudante; Trabalhador/a por conta própria; Trabalhador/a por conta de outrem; Reformado/a-Aposentado/a e Outro), função no exercício da atividade, tempo de experiência profissional, vínculo laboral (Contrato sem termo (efetivo); Contrato a termo certo; Contrato de trabalho temporário; Prestação de serviços; Não se aplica e Outro), se trabalha por turnos (sim ou não), carga horária, natureza da organização (Pública; Privada e Outro), setor de atividade (Primário; Secundário; Terciário e Outro) e dimensão da organização (Até 10 pessoas; De 11 a 250 pessoas; De 251 a 500 pessoas; Mais de 501 pessoas e Outro).

Já a DUWAS-10 (*Dutch Work Addiction Scale*) é um instrumento, proposto por Schaufeli, Shimaze e Taris em 2009, que tem como objetivo avaliar os níveis de *Workaholism* através de 2 dimensões – trabalhar excessivamente (TE) e trabalhar compulsivamente (TC). Devido ao facto de esta escala estar destinada à população holandesa, foi necessário utilizar uma versão adaptada à população brasileira por ser aquela em que se encontram mais semelhanças com a população portuguesa (Vazquez et al., 2017).

Desta forma, este instrumento tem 3 versões, a original (DUWAS-20), uma extensa (DUWAS-16) e uma curta (DUWAS-10), sendo que a última foi a que demonstrou mensurar de forma superior ambas as dimensões e a dimensão geral de *Workaholism* para a população brasileira. Assim, esta escala apresenta uma consistência interna boa para ambas as dimensões (TE [itens 3, 4, 6, 13 e 17], $\alpha=.78$; TC [itens 5, 9, 15, 18 e 19], $\alpha=.68$) (Vazquez et al., 2017) através de uma escala de tipo *Lickert* de 4 pontos [1= (Quase) Nunca e 4= (Quase) Sempre] com perguntas como - “Dou por mim a trabalhar depois dos meus colegas terminarem” ou “Mantenho-me ocupado/a e sempre pronto/a a trabalhar”. Ainda assim, no nosso estudo, verificámos uma consistência interna muito boa ($\alpha= .848$).

Tabela 1 - Características sociodemográficas (n=790; $M_{idade}=32.41$; $DP_{idade}=12.57$; $M_{tempo\ de\ profissão}= 9.59$; $DP_{tempo\ de\ profissão}= 9.53$; $M_{carga\ horária}= 32.81$; $DP_{carga\ horária}=14.48$)

		n	%
Género	Homem	265	33.5
	Mulher	514	65.1
	Outro	11	1.4
Nacionalidade	Portuguesa	767	97.1
	Outra	23	2.9
País de Residência	Portugal	790	100
Vínculo	Desvinculados	268	33.9
	Vinculados	521	65.9
Agregado familiar	1 pessoa	86	10.9
	2 pessoas	151	19.1
	3 pessoas	266	33.7
	4 pessoas	230	29.1
	5 pessoas ou mais	57	7.2
Escolaridade	Até 9 anos de escolaridade	65	8.2
	Até 12 anos de escolaridade	285	36.0
	Licenciatura	269	34.1
	Pós-graduação ou Mestrado	147	18.6
	Doutoramento	14	1.8
Local de residência	Outro	10	1.3
	Meio rural	313	39.6
	Meio urbano	476	60.2
Estatuto socioeconómico	Outro	1	.1
	Baixo	42	5.3
	Baixo-médio	228	28.9
	Médio	454	57.4
	Médio-alto	66	8.4
Orientação sexual	Heterossexual	692	87.7
	LQBTQIA+	96	12.1
	Outro	2	.3
Grupo étnico	Europeu/Branco	750	94.9
	Outro	40	5.1
Profissão	Estudante	257	32.5
	Trabalhador/a estudante	55	7.0
	Trabalhador/a por conta própria	65	8.2
	Trabalhador/a por conta de outrém	412	52.2
	Outra	1	.1
Tempo de profissão	Até aos 8 anos	398	50.4
	A partir dos 9 anos	392	49.6
Vínculo laboral	Contrato sem termo (efetivo)	339	42.9
	Contrato a termo certo	119	15.1
	Contrato de trabalho temporário	28	3.6
	Prestação de serviços	45	5.7
	Não se aplica	255	32.2
Outro	4	.5	

Turnos	Sim	156	19.8
	Não	634	80.21
Carga horária	Até 35 horas	489	61.9
	Depois de 35 horas	301	38.1
Natureza da organização	Pública	413	52.3
	Privada	368	46.6
Setor de atividade	Primário	15	1.9
	Secundário	92	11.6
	Terciário	683	86.5
Dimensão da organização	Até 10 pessoas	147	18.6
	De 11 a 250 pessoas	248	31.4
	De 251 a 500 pessoas	59	7.5
	Mais de 501 pessoas	336	42.5

n: Frequência; %: Percentagem; M: Média; DP: Desvio Padrão

Procedimentos

Foi construído um questionário *online* na plataforma *Microsoft Forms* que foi, conseqüentemente, fornecido pelo professor para que fosse disseminado pelos alunos entre 20 de setembro e 11 de outubro.

A disseminação foi feita através de redes sociais e *mail lists* sendo que os participantes recebiam uma mensagem que continha o *link* para a resposta ao questionário, dizendo que este demorava cerca de 15 minutos e onde eram convidados a responder voluntariamente. Para além disso, esta explicava o objetivo do projeto de investigação e os critérios de participação (ter no mínimo 18 anos de idade e exercer uma atividade em algum tipo de organização).

Ainda, na primeira página do questionário, era elucidado ao participante as questões de confidencialidade e anonimato (protegendo-os contra qualquer dano físico, emocional e moral) e era pedido o preenchimento da declaração do consentimento informado.

Análise de Dados

Para realizar a análise de dados, foi utilizado o *software IBM SPSS Statistics* na versão 29.0.1.0. Posto isto, para poder testar as nossas hipóteses e atingir os nossos objetivos, vimos ser necessário fazer uma verificação mais profunda à base de dados. Para este efeito, eliminámos todas as células que não respeitavam os critérios de participação, ou seja, todos os reformados, menores de idade, desempregados e não residentes em Portugal. Para além disso, excluímos todos os participantes que tinham uma idade superior à da reforma (66 anos) e os que tinham, pelo menos, 30% de *missing values* nas variáveis correspondentes aos níveis de *Workaholism* (W1, W2, ..., W10). Ademais, em todas as variáveis de formato *scale* foi colocada a média em todos os *missing values*. Para além disso, foi transformada uma variável da média dos níveis de *Workaholism* através da função *Mean* do comando *compute variable*.

De seguida, foi fundamental transformar, através dos comandos *recode into different variable* e *recode into same variable*, as variáveis sociodemográficas “idade”, “género”, “estado marital”, “local de residência”, “orientação sexual”, “grupo étnico”, “tempo de profissão” e “carga horária”, para que a sua análise fosse mais viável.

Por fim, realizámos uma análise descritiva para definir a prevalência dos níveis de *Workaholism* na nossa amostra e o teste *t* de *Student* para amostras independentes para comparar médias entre os níveis de *Workaholism* e o género (homens e mulheres), as gerações e o vínculo. Para verificar a força, direção e significância das correlações entre níveis de *Workaholism* e a carga

horária e o tempo de profissão, foram calculadas correlações de *Pearson*. Finalmente, efetuou-se uma regressão linear múltipla para encontrarmos, de entre as variáveis sociodemográficas (exceto a nacionalidade e o grupo étnico, visto que considerámos variáveis pouco relevantes para o desejado), os preditores significativos do *Workaholism*. Considerámos um valor de prova de $<.05$ para todas as estatísticas significativas.

Resultados

De acordo com a Tabela 2 (Estatística Descritiva), verificamos que os níveis de *Workaholism* na nossa amostra ($M=2.10$; $DP=.60$), situam-se um pouco abaixo da mediana teórica calculada ($M_d=2.50$). Posto isto, podemos considerar que, de acordo com a nossa amostra, os valores de *Workaholism* são baixos.

Tabela 2 - Estatística descritiva

	n	M	DP
Workaholism_total_mean	790	2.10	.60

Com o objetivo de se investigar a associação entre os níveis do *Workaholism*, tempo de profissão e a carga horária semanal, gerou-se uma matriz de correlações, tendo-se obtido uma correlação negativa, quase nula e não significativa ($r=-.017$; $p=.627$) entre os níveis de *Workaholism* e o tempo de profissão; uma correlação positiva, quase nula e não significativa ($r=.062$; $p=.081$) entre os níveis de *Workaholism* e a carga horária semanal e, por fim, uma correlação negativa, fraca e significativa ($r=-.158$; $p<.001$) entre o tempo de profissão e a carga horária semanal, como se verifica na tabela 3.

Tabela 3 - Matriz de correlações entre Carga_Horária_Transformada, Tempo_Profissão_Transformada e Workaholism_total_mean

	1	2	3
1- Workaholism_total_mean	-	-.017	.062
2- Tempo_Profissão_Transformada		-	-.158*
3-Carga_Horária_Transformada			-

* $p<.001$

Seguidamente, comparámos as diferenças das médias dos níveis de *Workaholism* com os grupos, como se pode observar na Tabela 4. Assim, verificou-se que, quando comparamos o *Workaholism* com o Género [$t(775)=-1.90$; $p=.058$], as mulheres tendem a apresentar níveis mais altos de *Workaholism* ($M=2.12$; $DP=.61$), enquanto que os homens apresentam níveis mais baixos ($M=2.03$; $DP=.58$), não sendo esta uma diferença estatisticamente significativa.

Do mesmo modo, quando comparamos os níveis de *Workaholism* com a vinculação na amostra [$t(787)=.79$; $p=.429$], verificámos que a diferença das médias não é estatisticamente significativa e que os indivíduos desvinculados apresentam maiores níveis de *Workaholism* ($M=2.12$; $DP=.61$), quando comparados com os vinculados ($M=2.09$; $DP=.58$).

Quando comparamos os níveis de *Workaholism* com as Gerações [$t(788)=-.59$; $p=.553$], verificou-se que as gerações anteriores (*Baby Boomers* e Geração X) apresentam níveis mais elevados de *Workaholism* ($M=2.11$; $DP=.58$) quando comparados com a geração atual (*Millenials* e Gen Z) ($M=2.09$; $DP=.62$), no entanto esta diferença também não é estatisticamente significativa.

Tabela 4. Comparações entre grupos consoante o Género, Vínculo e Gerações

	Workaholism_total_mean	M	DP	t(df)	p
Género	Mulher	2.12	.61		
	Homem	2.03	.58	-1.90(775)	.058
Vínculo	Desvinculados	2.12	.65		
	Vinculados	2.09	.58	.79(787)	.429
Gerações	Millenials e Gen Z	2.09	.62		
	Baby Boomers e Geração X	2.11	.58	-.59(788)	.553

Por fim, realizou-se uma regressão linear múltipla para identificar, de entre as variáveis sociodemográficas (exceto a nacionalidade e o grupo étnico), os preditores significativos dos níveis de *Workaholism*. Desta forma, podemos concluir que o modelo explica 6.4% da variância dos níveis de *Workaholism* dos participantes e que o género ($\beta = .103$; $p < .05$), o estatuto socioeconómico ($\beta = -.142$; $p < .001$), a profissão ($\beta = -.209$; $p < .05$) e a carga horária semanal ($\beta = .110$; $p < .001$) são preditores significativos dos níveis de *Workaholism*, sendo a profissão o preditor mais forte.

Tabela 5. Regressão linear hierárquica

Modelo 1			
	B	SE B	β
Idade	.003	.003	.068
Género	.123	.049	.103*
Vínculo	-.032	.027	-.061
Agregado Familiar	.012	.022	.023
Escolaridade	.044	.025	.074
Local de Residência	-.017	.024	-.029
Estatuto Socioeconómico	-.122	.036	-.142**
Orientação Sexual	.002	.028	.004
Profissão	-.100	.034	-.209*
Tempo de Profissão	.001	.003	.013
Vínculo Laboral	-.034	.023	-.096
Turnos	-.033	.061	-.023
Carga Horária Semanal	.005	.002	.110*
Natureza da Organização	.085	.052	.073
Setor de Atividade	.047	.061	.033
Dimensão da organização	-.044	.023	-.087
R ²	.064		
F para a mudança no R ²	2.677**		

* $p < .05$; ** $p < .001$

Discussão

O nosso estudo, conduzido ao longo deste projeto, teve como objetivo analisar os níveis de *Workaholism* e entender a influência das variáveis sociodemográficas nos mesmos numa amostra de adultos portugueses, através da comparação de médias das variáveis, correlações de *Pearson* e uma regressão.

Desta forma, relativamente à hipótese 1, podemos constatar que os níveis de *workaholism* na amostra são baixos, não indo de encontro à bibliografia analisada. Este resultado pode dever-se aos seguintes fatores: não representatividade da amostra, possibilidade de enviesamento de alguns participantes nas suas respostas e ausência de *insight* dos participantes em relação aos seus níveis de *Workaholism*

Quanto à hipótese 2, apesar de não apresentar diferenças estatisticamente significativas, revela que as mulheres apresentam maiores níveis de *Workaholism* que os homens. Podemos referir que esta afirmação ainda não apresenta consenso literário, sendo que alguns autores declaram que os homens apresentam maiores níveis de *Workaholism* enquanto que outros sustentam a nossa hipótese (Bailer-May, 2016). Isto pode dever-se às características culturais do país de residência dos participantes da nossa amostra, onde ainda existe uma divisão tradicional dos papéis sociais, nomeadamente no que diz respeito às tarefas domésticas. Desta forma, é provável que as mulheres da nossa amostra se encontrem sobrecarregadas com estas tarefas e exercem funções laborais simultaneamente, o que poderá resultar em níveis de *Workaholism* mais elevados, quando comparados com os dos homens.

Além disso, a hipótese 3 é rejeitada. Apesar de, recentemente, serem apresentadas formas de trabalho que potencialmente tornem a diferença entre trabalho e a vida pessoal mais difusa, pelo facto de existir cada vez mais a possibilidade de forma mais flexível (Negura et al., 2023), as gerações mais velhas apresentam níveis de *Workaholism* mais altos. Estes resultados podem-se dever com o facto de deterem uma mentalidade que molda a sua visão do trabalho para algo mais tradicional (“*working to live*” e “*living to work*”), ou seja, o trabalho e o empregador devem ter a lealdade do trabalhador (Ensari, 2017). Ainda, a falta de tecnologia e de oposição a mais horas de trabalho, contribui para este fator (Ensari, 2017).

No que toca à hipótese 4, não encontramos diferenças significativas entre elevados níveis de *Workaholism* e a vinculação dos participantes. Contudo, esta informação não é suportada pela literatura, que prediz que o apoio social é um fator protetor do *Workaholism*. Isto é, quando há suporte social percebido, nomeadamente do parceiro, é menos provável que os indivíduos se sintam tão sobrecarregados em casa, o que se reflete positivamente no trabalho (Karapinar et al., 2019). Por outro lado, o *Workaholism*, que é também medido pelas horas que o indivíduo depende no trabalho, tem tendência a causar conflitos conjugais.

A hipótese 5 foi rejeitada pois a correlação entre a carga horária e o *Workaholism* é inexistente, positiva e não significativa. Este resultado foi surpreendente e não vai de encontro com a bibliografia, que encara o tempo de trabalho semanal como um fator definidor do *Workaholism*. Pensamos que este resultado poderá ser explicado pelas características da amostra deste estudo, que é composto por estudantes (32,3%), que não parecem encarar a sua função como uma função laboral e não tiveram em conta o tempo despendido em aulas e no estudo independente. Este aspeto aumenta a probabilidade de ocorrerem sintomas negativos do *Workaholism*. Por outro lado, tendo em conta que a maioria da amostra é composta por trabalhadores por conta de outrem (52,2%) e que o *Workaholism* também é medido pelas dificuldades em “desligarem-se” do trabalho (Rauch, 2020), que é um elemento essencial para uma relação positiva entre o trabalho e o bem-estar, é possível que os participantes deste estudo não sintam dificuldade em separar-se do trabalho e de casa, completando as 35 horas semanais sem sofrerem as consequências do *Workaholism*.

A hipótese 6, é também rejeitada. Segundo Negrila (2019), a experiência profissional influencia o *Workaholism* mais significativamente do que outros fatores como, por exemplo, a educação, uma vez que a recorrente vivência de certas situações tornam-nos mais equipados para lidar com elas. Desta forma, é importante providenciar informações sobre estratégias eficazes de *coping* no local de trabalho.

Por fim, a hipótese 7 rejeita-se, uma vez que, de todas as variáveis sociodemográficas dos participantes deste estudo, apenas o género, o estatuto socioeconómico, a profissão e a carga horária semanal são preditores dos níveis de *Workaholism*. Relativamente à profissão (isto é,

ser estudante, trabalhador por conta própria, trabalhar por conta de outrem, entre outros), de acordo com Cheng e Gu (2022), *Workaholics* envolvem-se em várias tarefas para obterem reconhecimento por parte dos seus superiores. Visto que 52.2% da nossa amostra é composta por trabalhadores por conta de outrem, pensamos que esta variável pode ter sido preditora por essa razão. Relativamente ao estatuto socioeconómico, a bibliografia analisada refere que indivíduos com mais posses económicas têm menores níveis de *Workaholism* (Loscalzoa et al., 2022). Quanto à carga horária, as mudanças no mundo do trabalho, mais especificamente, o aumento da concorrência e a evolução tecnológica, fizeram com que os trabalhadores precisassem de começar a dedicar mais tempo e energia ao trabalho (Cheng & Gu, 2022). Alguns resultados mostram que *workaholics* não são necessariamente eficientes na realização das suas tarefas, e podem trabalhar durante mais tempo para compensar essa lacuna, além de terem altas expectativas acerca de si mesmos que se conjuga com a imagem que desejam passar aos outros (Cheng & Gu, 2022).

Limitações e Conclusão

Ao longo do estudo foram encontradas algumas limitações.

Primeiramente, a amostra foi recolhida por um método de amostragem não aleatório - por conveniência - o que impossibilitou uma amostra representativa da população.

Em relação ao questionário, recebemos *feedback* de alguns participantes que consideraram que o mesmo se revelava confuso, longo e denso, o que pode condicionar algumas respostas. Consideramos então a necessidade de um maior foco nesta questão em estudos vindouros, que contenham questionários de autorresposta mais simples e atrativos para os participantes, eliminando a possibilidade de abandono do estudo ou aleatoriedade das respostas ao mesmo. O facto deste questionário ter sido preenchido *online* traz algumas desvantagens, como a maior dificuldade de controlar as respostas dos participantes, que pode ter resultado numa maior quantidade de células em "branco" ou que não expressem verdadeiramente o comportamento do participante. Além disso, este formato de questionário impôs uma maior distância entre os participantes e os investigadores, que foram incapazes de responder a eventuais dúvidas dos primeiros.

Seguidamente, outra limitação encontrada neste trabalho, foi a ausência de consenso no que toca à definição de *Workaholism*. Por um lado temos autores que encaram o *Workaholism* como um traço disposicional (Loscalzoa et al., 2022), outros que defendem que este construto depende das cognições dos trabalhadores e da quantidade de tempo gasto a trabalhar ou a pensar em trabalho (Rauch, 2020) e estudos que procuram identificar dimensões do *Workaholism* (como por exemplo: DeMott et al., 2023; Bereznowski et al., 2023) para definir este conceito. Desta forma, encontramos dificuldades em operacionalizar a definição de *Workaholism*, que foi medida com diferentes parâmetros. Por outro lado, o próprio conceito de trabalho muda de cultura para cultura e, por vezes, os sintomas do *Workaholism* são relativizados em função dessas características. As culturas individualistas, como as europeias, apresentam níveis de *Workaholism* mais reduzidos do que as culturas coletivistas, como as asiáticas (Krumov et al., 2021). Para além disso, e com as inovações tecnológicas, o mundo do trabalho sofreu alterações significativas ao longo do tempo, sendo que a principal é a possibilidade de trabalhar remotamente (Negura et al., 2023).

Ademais, depois da pesquisa bibliográfica sobre o tema, constatou-se que, apesar da DUWAS ser o instrumento mais convencional para medir o *Workaholism*, existem escalas mais recentes e que mensuram melhor este mesmo construto (Gillet et al., 2023; Gonçalves et al., 2023). É o

caso da MWS (*Multidimensional Workaholism Scale*) que, para além de ser a escala mais recentemente desenvolvida, tem em conta uma definição multidimensional de *Workaholism* mensurando 4 fatores - “*work involvement*” (comportamental), “*inner compulsion to work*” (motivacional), “*experience of negative thoughts when working*” (emocional) e “*persistent thoughts about working*” (cognitivo) (Clark et al., 2020) - de forma independente, enquanto que a DUWAS apenas mensura 3 destes e une-os apenas em duas dimensões - trabalhar excessivamente (comportamental) e trabalhar compulsivamente (motivacional e emocional) (Gillet et al., 2023).

Assim, a MWS apresenta ótimas propriedades psicométricas, grande robustez e uma validade discriminante e de construto superiores às escalas anteriormente existentes (Gonçalves et al., 2023). Apesar disso, tendo em conta que é uma escala tão atual, ainda não foi possível criar versões que se adequam à população portuguesa. Desta forma, consideramos relevante que, em eventuais estudos, se criem versões portuguesas de escalas mais recentes para que estas possam ser utilizadas.

Este estudo foi realizado no âmbito de um trabalho académico e consideramos que os seus resultados beneficiariam de validação em estudos futuros mas, não obstante, acreditamos ser um pequeno contributo para a comunidade científica. Procura conjugar várias dimensões do fenómeno *Worksholism*, reconhecer o seu carácter atual e avaliar os seus efeitos psicológicos e emocionais em trabalhadores ativos e estudantes do ensino superior.

Referências Bibliográficas

- Aziz, S., Zamary, S., & Wuensch, K. (2018). The endless pursuit for self-validation through attainment: An examination of self-esteem in relation to workaholism. *Personality and Individual Differences, 121*, 74–79. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.09.024>
- Bayhan Karapinar, P. B., Camgoz, S. M., & Ekmekci, O. T. (2020). Employee Wellbeing, Workaholism, Work–Family Conflict and Instrumental Spousal Support: A Moderated Mediation Model. *Journal of Happiness Studies, 21*(7), 2451–2471. <https://doi.org/10.1007/s10902-019-00191-x>
- Beiler-May, A., Williamson, R. L., Clark, M. A., & Carter, N. T. (2017). Gender Bias in the Measurement of Workaholism. *Journal of Personality Assessment, 99*(1), 104–110. <https://doi.org/10.1080/00223891.2016.1198795>
- Bereznowski, P., Bereznowska, A., Atroszko, P. A., & Konarski, R. (2023). Work Addiction and Work Engagement: A Network Approach to Cross-Cultural Data. *International Journal of Mental Health and Addiction, 21*(4), 2052–2076. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00707-8>
- Black, K. J., & Britt, T. W. (2023). Stress as a badge of honour: Relationships with performance, health, and well-being. *Work & Stress, 37*(2), 222–247. <https://doi.org/10.1080/02678373.2022.2129511>
- Clark, M. A., Smith, R. W., & Haynes, N. J. (2020). The Multidimensional Workaholism Scale: Linking the conceptualization and measurement of workaholism. *Journal of Applied Psychology, 105*(11), 1281–1307. <https://doi.org/10.1037/apl0000484>
- Cheng, B., & Gu, J. (2022). The Test Based on Meta-Analysis on “Does Workaholism Prefer Task Performance or Contextual Performance?” *Frontiers in Psychology, 13*(860687), 1–14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.860687>
- Cook, R., & Gilin, D. (2023). Concurrent experiences of work engagement and workaholism: A factor-level profile analysis. *Personality and Individual Differences, 202*(112000), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.112000>

- DeMott, B., Aziz, S., Wuensch, K., & Dolbier, C. (2023). Labor of love, or love of labor? Psychological capital's mitigating role in the relationship between workaholism and work stress. *Work, 74*(1), 341–352. <https://doi.org/10.3233/WOR-210467>
- Ensari, M. S. (2017). A study on the differences of entrepreneurship potential among generations. *Pressacademia, 4*(1), 52–62. <https://doi.org/10.17261/Pressacademia.2017.370>
- Gillet, N., Morin, A. J. S., Fernet, C., Huyghebaert-Zouaghi, T., & Austin, S. (2023). Nature, Predictors, and Outcomes of Workers' Longitudinal Workaholism Profiles. *Group & Organization Management, 0*(0), 1-55. <https://doi.org/10.1177/10596011231189587>
- Krumov, K. D., Larsen, K. S., Liu, J., Schneider, J. F., Kimmelmeier, M., Krumova, A. K., Widodo, E., Gungov, A. L., Juhasz, M., Garvanova, M. Z., Kumar, S., Repaczki, R., & Paul, M. (2022). Workaholism across European and Asian cultures during the COVID-19 pandemic. *PsyCh Journal, 11*(1), 85–96. <https://doi.org/10.1002/pchj.501>
- Lichtenstein, M. B., Malkenes, M., Sibbersen, C., & Hinze, C. J. (2019). Work addiction is associated with increased stress and reduced quality of life: Validation of the Bergen Work Addiction Scale in Danish. *Scandinavian Journal of Psychology, 60*(2), 145–151. <https://doi.org/10.1111/sjop.12506>
- Loscalzo, Y., Giani, J., & Giannini, M. (2023). Heavy Study Investment in Pre-adolescence and Adolescence: Psychometric Properties of the Studyholism Inventory (SI-10). *Psicologia Educativa, 29*(1), 109–120. <https://doi.org/10.5093/psed2022a17>
- Morkevičiūtė, M., & Endriulaitienė, A. (2023). Defining the Border Between Workaholism and Work Addiction: A Systematic Review. *International Journal of Mental Health and Addiction, 21*(5), 2813–2823. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00757-6>
- Negrilă, M. (2019). The Influence of Professional Experience on People's Tendency Towards Workaholism. *Social sciences and Education Research Review, 6*(1), 213-221. ISSN: 2393-1264
- Negura, L., Plante, N., & Namian, D. (2023). The social construction of workaholism as a representational naturalization. *Heliyon, 9*(6), e17447. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e17447>
- Oates, W. E. (1971). Confessions of a Workaholic: The Facts About Work-Addiction. *New York, NY: The World Publishing Company*
- Rauch, A. (2020). Well-Being of Entrepreneurs: The Thin Line between Work Engagement and Workaholism. *Journal of Enterprising Culture, 28*(04), 305–318. <https://doi.org/10.1142/S0218495820500132>
- Russo, E., Atroszko, P., Zaniboni, S., Toderi, S., & Balducci, C. (2023). The Relationship between Workaholism and Personal Burnout in Dual-Earner Couples: An Analysis Using the Actor-Partner Interdependence Model. *Sustainability, 15*(17), 13009. <https://doi.org/10.3390/su151713009>
- Sun, R., Yang, H. M., Chau, C. T. J., Cheong, I. S., & Wu, A. M. S. (2023). Psychological empowerment, work addiction, and burnout among mental health professionals. *Current Psychology, 42*(29), 25602–25613. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03663-1>
- Vazquez, A. C. S., Freitas, C. P. P. D., Cyrre, A., Hutz, C. S., & Schaufeli, W. B. (2018). Evidências de validade da versão brasileira da escala de workaholism (DUWAS-16) e sua versão breve (DUWAS-10). *Revista Avaliação Psicológica, 17*(01), 69-78. <https://doi.org/10.15689/ap.2017.1701.08.13288>

CAPÍTULO 17

Violência doméstica em contexto angolano: Indicadores e modelos de intervenção

Ernestina Manuel¹, Hélder Neto², Zaida Azeredo³

¹Departamento de Psicologia e Educação - Universidade da Beira Interior.

²Direção Municipal da Ação Social em Angola (Luanda-Talatona)

³RECI/ Piaget Viseu.

Autor Correspondente: Ernestina Manuel. E-mail; ecandele2010@hotmail.com

Resumo: A violência doméstica é um problema mundialmente conhecido, que afeta principalmente mulheres e crianças. Segundo a OMS a taxa de prevalência na região africana é de 33%. Em 2022, Angola registou 25.728 casos de violência doméstica, dos quais 15.935 foram contra mulheres adultas e jovens, além de 10.138 contra homens. O principal objetivo do estudo é compreender a relação entre género, situação socioprofissional e tipo de violência doméstica experienciada. Método: Estudo misto, através de entrevista estruturada e relato das vítimas (n=554) numa amostra composta por homens e mulheres entre os 18-68 anos, atendidas no Centro de Apoio Integrado à Vítima de Violência de Talatona (CAIVVITA) nos últimos dois anos, provenientes dos vários municípios de Luanda. Resultados: 76,5% das vítimas são do género feminino e 58,9% não exercem atividade profissional, 23,4% são do género masculino dos quais 22% exerce uma profissão. Em relação ao tipo de violência, predomina a psicológica 16,6%, abandono de criança 15,7%, patrimonial 13,7%, fuga a paternidade 12,6%, falta de prestação alimentar 12,2%, abandono de família 10,2%, violência física 7,5%, verbal 6,8%, social 2% e sexual 2%. Discussão: Predomina a violência verbal contra o género masculino, violência psicológica e física contra o género feminino.

Palavras-chave: Violência doméstica; determinantes; tipologia; diferenças de género.

Abstract: Domestic violence is a world-renowned problem that mainly affects women and children. According to the WHO, the prevalence rate in the African region is 33%. In 2022, Angola recorded 25,728 cases of domestic violence, of which 15,935 were against adult women and young people, in addition to 10,138 against men. The main objective of the study is to understand the relationship between gender, socio-professional status, and type of domestic violence experienced. Method: Mixed study, through structured interview and report of victims (n=554) in a sample composed of men and women between 18-68 years old, assisted at the Integrated Support Center for Victims of Violence of Talatona (CAIVVITA) in the last two years, from the various municipalities of Luanda. Results: 76.5% of the victims are female and

58.9% do not have a professional activity, 23.4% are male of which 22% have a profession. Regarding the type of violence, 16.6% were psychological, 15.7% child abandonment, 13.7% patrimonial violence, 12.6% paternity escape, 12.2% lack of maintenance, 10.2% abandonment of the family, 7.5% physical violence, 6.8% verbal violence, 2% social and 2% sexual violence. Discussion: Verbal violence against males, psychological and physical violence against females predominate.

Keywords: Domestic violence; Determinants; typology; gender differences.

Introdução

Pessoas de todo mundo são afetados pela violência, que por vezes, deixa marcas indeléveis. Segundo o Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência (2014) o número de vítimas de homicídios registado no ano de 2012, foi perto de 475 mil. Dos quais, 60% eram homens entre 15 e 44 anos de idade, passando o homicídio como a terceira causa principal de morte em homens que se encontram nessa faixa etária. Não obstante, as mais altas taxas de homicídios estimadas são registadas nos países de renda baixa e média, tal como a Região das Américas com 28,5 homicídios por cem mil pessoas, seguindo-se a região africana com 10,9 homicídios por cem mil pessoas. A nível de todo globo terrestre, o número anual de mortes em consequência da violência, em todas as suas formas (auto direcionada, interpessoal e coletiva) ronda entre os mais de 1,3 milhão, o que corresponde a 2,5% da taxa mundial de mortalidade.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2019) estima-se que mais de um terço das mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos, já tenham sido vítimas de qualquer forma de violência física e/ou sexual do seu parceiro íntimo, pelo menos uma vez na vida. A prevalência da violência por parceiro íntimo na Região Africana da OMS é de 33%. Em Angola, o Ministério da Ação Social, Família e Promoção da Mulher (MASFAMU) pela linha Nacional 15020 SOS-violência Doméstica, registou de janeiro a outubro de 2023, mais de 902 casos de denúncias. De acordo com a Lei Angolana 25/11 de 14 de julho, a violência doméstica é toda a ação ou omissão que cause lesão ou deformação física e dano psicológico temporário ou permanente que atente contra a pessoa humana e pode ser através de violência sexual, patrimonial, psicológica, verbal, física e/ou abandono familiar.

Sistema familiar e violência doméstica

Na visão de Belsky (1980) o microssistema analisa especificamente as relações intrafamiliares e os seus subsistemas. No qual, o exossistema procura compreender a influência do trabalho dos pais e do grupo social de que a família faz parte. O macrossistema considera as crenças culturais e os valores que influenciam o micro e o exossistema. O desenvolvimento ontogenético, diz respeito às diferenças individuais que que influenciam o microssistema familiar. Partindo desta descrição, para Dias (2011) a família é vista como um sistema, composto por vários subsistemas que interagem entre si. Destarte, Zimmerman (2010) afirma que o grupo familiar nunca é estático, ele sofre contínuas transformações e comporta-se como um campo grupal dinâmico, onde circulam em todos os níveis, uma rede de necessidades, desejos, demandas, relações objetais, ansiedade, mecanismos defensivos, mal-entendidos da comunicação, segredos ocultos ou compartilhados, afetos contraditórios. e, Bronfenbrenner (1979, 1996) destaca três características que se estabelecem nas relações dentro da família: a reciprocidade, o equilíbrio de poder e o afeto (Cecconello, Antoni & Koller, 2013).

A violência no contexto familiar abarca uma diversidade de alvos, múltiplas ofensas e formas de vitimização direta e indireta (Sani, 2018). Apesar de tudo, a violência inter-parental é designadamente perpetrada no âmbito de relacionamentos de intimidade de adultos cuidadores, frequentemente pais (Sani, 2016). Relativamente à sua tipologia, a violência classifica-se em autoinfligida, interpessoal, e coletiva, e quanto à sua natureza em física, psicológica, sexual e privação/negligência (Redondo, 2017). Considerada como toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, integridade física e psicológica, bem como o desenvolvimento de membros da família, a violência intrafamiliar é cometida por um membro ou pessoa que assume funções parentais, dirigida a outro membro, mesmo sem laços de consanguinidade (WHO, 2002). A violência pode ser direta ou indireta, perpetrada por um parceiro, ou ex-parceiro íntimo, causando danos físicos, sexuais ou psicológicos, que podem estar associados a agressão física, a coerção sexual, ao abuso psicológico e comportamentos de controle (WHO, 2024).

Determinantes sociais e psicológicas

De acordo com a OMS (2024) entre os fatores ligados a violência por parceiro íntimo, destacam-se a história pregressa de exposição à violência; discórdia e insatisfação conjugal; dificuldades na comunicação entre os parceiros; e comportamentos de controle masculino em relação às suas parceiras.

Song et al., (2020) caracterizam a violência doméstica, um como resultado das normas patriarcais e ressaltam a importância de se promover a igualdade de gênero em comunidade rural. De acordo com Abdi et al., (2021) entre 2009 e 2019, a prevalência da violência doméstica gerou em torno dos 73.78%, com destaque para a violência física, emocional, psicológica, sexual, econômica e verbal. Os fatores de risco associados são a idade, idade ao casar, baixa alfabetização e consumo excessivo de álcool, ou outras drogas.

Modelos de Intervenção

As vítimas de violência demonstram uma certa vulnerabilidade tanto ao nível emocional como social. Neste sentido, Awang e Hariharan (2011) afirmam existir uma relação entre o nível de violência doméstica com a idade do agressor, status de renda da sobrevivente e número de filhos. Grande parte das vítimas acorrem ao Centro de Apoio Integrado à Vítimas de Violência (CAIVVITA), com feridas emocionais profundas. Os fatores de risco observados são: o desemprego e dependência econômica, baixo nível e/ou ausência de escolaridade, número de filho, consumo excessivo de álcool e outras substâncias, a poligamia, gravidez precoce, antecedentes familiares de violência dependência relacional, segredos, mito da família perfeita e isolamento social, ciúmes e insegurança no relacionamento, comunicação paradoxal, influência das crenças culturais dominantes (papéis de gênero, etc.), triângulos relacionais, onde são formados alianças e coligações que garantem a manutenção do sintoma. Para Ceballos e Keijzer (2020) os problemas financeiros pessoais e familiares, saúde própria ou de familiares e angústia mental foram identificados como as principais causas de sintomas tais como: dores musculares, insônia e pesadelos, dores de cabeça ou tonturas, irritabilidade ou mau humor, náuseas, dor de estômago e indigestão. Face a especificidade da amostra e os fatores de riscos impostos, o modelo de intervenção é através de uma equipa multidisciplinar, composta por psicólogos, assistentes/educadores sociais e juristas, articulados a uma rede de apoio com parcerias institucionais, que tem gerado respostas satisfatórias às vítimas, tanto a nível social como mental. Holtzworth-Munroe (2000) ressalta a importância de considerar subtipos de agressores ao projetar intervenções de tratamento, pois podem responder de maneira diferente a programas terapêuticos específicos. A intervenção psicológica com o agressor também tem

sido priorizada e permite evitar danos subsequentes. Tal como se em alguns casos após a acareação jurídica o queixoso(a) na verdade é o agressor(a).

A intervenção familiar e sistêmica permite compreender o motivo do conflito, que muitas vezes esta associado aos estressores ambientais, é possível alcançar a complementaridade entre a vítima e o agressor (arrependimento, perdão e fim do motivo do conflito) com a mediação das diferenças individuais, a intervenção com casais, é realizada sempre que estes se reconhecem como parte do problema e existe ressonância afetiva e nas sessões com a família, a construção de novas narrativas envolvendo todos elementos do subsistema (parental e filial).

Métodos

Estudo exploratório-descritivo combinado com o objetivo descrever completamente um determinado fenômeno. Onde podem ser encontradas tanto descrições quantitativas e/ou qualitativas quanto acumulação de informações detalhadas como as obtidas por intermédio da observação participante (Lakatus & Marconi, 2003), o método descritivo permite compreender e explicar o fenômeno em causa (Reis, 2018).

Participantes

Amostra por conveniência (N=554), constituída por homens e mulheres, com idades compreendidas entre os 18-64 anos, dos quais (76,5%) mulheres e (23,4%) homens vítimas de violência, atendidas nos últimos dois anos no Centro de apoio integrado à vítima de violência em Talatona (CAIVVITA). Todos os participantes encontram-se numa relação com o parceiro e ex-parceiro íntimo. Quanto a condição social, (14%) das mulheres exerce algum tipo de atividade profissional, (58,9%) das mulheres não exerce atividade profissional e (3,6%) são estudantes, em relação aos homens (22%) exerce atividade profissional, (0,9%) não exerce e (0,5%) são estudantes.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico e de dados complementares (idade, sexo, estado civil, composição do agregado familiar, nível de escolaridade, situação laboral, local e zona de residência, tipo de violência e tempo de exposição) e entrevista clínica.

Procedimentos

Com base no Estatuto Orgânico do Centro de Apoio Integrado a Vítima de Violência em Talatona (CAIVVITA) que contempla vários eixos de intervenção, consignados nos domínios da Investigação, Proteção, Promoção e Integração Social, durante o processo de triagem, à vítima recebe uma declaração de consentimento livre e esclarecido, na qual estão descritas todas as informações necessárias e os objetivos pretendidos. Sendo a participação voluntária e os dados recolhidos confidenciais.

Resultados e Discussão

O resultado da tabela abaixo, reporta que (76,9%) das mulheres não exercem atividade profissional, o que as coloca numa condição de vulnerabilidade. Contrariamente, para Akram

(2021) as mulheres que trabalham são as mais propensas a enfrentar violência doméstica, mas aquelas que começaram a trabalhar antes do casamento são significativamente menos vulneráveis. Na perspectiva de Haobijam e Singh (2021) as mulheres com maior educação e em quintil superiores de riqueza têm menor risco de experimentar violência doméstica em comparação com aquelas em menor educação e quintil de riqueza inferior (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição da Amostra de acordo com o Gênero e Condição Social

Condição social	Masculino	Feminino
	N=23,4(%)	N=76(%)
Exerce atividade profissional	122(93,8)	78(18,4)
Não exerce atividade profissional	5(3,8)	365(76,9)
Estudante	3(2,3)	20(4,7)
Total	(100,0)	(100,0)

De acordo com a tabela abaixo, existem diferenças no tipo de violência infligida contra homens e mulheres, sendo que, predomina a violência verbal contra o gênero masculino (3,9%), violência patrimonial (13,6%), psicológica (15,5%), física (7,28%) e sexual (2,16%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição da Amostra segundo o Tipo de Violência

Tipo de Violência	Masculino	Feminino
	N=554 (%)	(%)
Sexual	0,0	2,16
Patrimonial	0,1	13,61
Psicológica	1,1	15,5
Física	0,3	7,28
Verbal	3,9	2,95
Abandono de criança	15,4	0,3
Abandono familiar	10,18	0,1
Fuga a paternidade	12,63	0,0
Falta de prestação alimentar	12,27	0,0

A humilhação (6,9%) é um dos indicadores de violência psicológica e pode causar mal-estar clinicamente significativo. Segundo Ram (2019) pelo menos 77,5% das mulheres já foi vítima de todas as formas de violência doméstica e (73,1%) das mulheres sentiram que serem submetidas à violência doméstica afetou sua saúde física e mental. A corroborar com Alquaiz et al. (2021) em relação aos tipos mais frequentes de violência identificados, nomeadamente, comportamento controlador (36,8%), violência emocional (22%), violência sexual (12,7%) e violência física (9,0%). No presente estudo, o controle e privação da liberdade, também assumem valores percentuais elevados em (3,5%) das vítimas do gênero feminino (Tabela 3).

Tabela 3 - Indicadores de Violência Psicológica

Variável	Masculino	Feminino
	N= (%)	N= (%)

Humilhação	0,5	6,9
Coação	0,3	2,8
Manipulação	0,3	2,3
Controlo e privação da liberdade	0,0	3,5
	1,1	15,5

Conclusão

Os resultados desta investigação descrevem a violência doméstica, como um fenómeno que prejudica gravemente a saúde mental e coloca a vida das vítimas em risco, é experienciada por homens e mulheres e a dependência económica garante a perpetuação da mesma. O processo de intervenção deve obedecer uma perspetiva transversal, uma vez que, ao estabelecer o insight para que haja um maior discernimento por parte da vítima sobre a sua condição, permite não só, reverter os efeitos nocivos do uso e abuso de poder infligido pelo agressor(a), os sentimentos de culpa autoinfligidos, mas também, a potencialização das competências relacionais, afetivas e comportamentais. Permite igualmente, a externalização das emoções implícitas através das estratégias de transformação e a aprendizagem de comportamentos alternativos, associados aos estados emocionais e a redefinição de novas crenças. Tal como nós, Dang e Le (2024) também sugerem, as políticas de expansão do acesso à educação e oportunidades económicas para mulheres podem mitigar a desigualdade na violência por parceiro íntimo e ressaltam a importância de intervir tanto em homens quanto em mulheres e dentro dos casais.

Referências Bibliográficas

- Abdi, F., Mahmoodi, Z., Afsahi, F., Shaterian, N., & Rahnamaei, F. A. (2021). Social determinants of domestic violence against suburban women in developing countries: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology Science, 64*(2), 131-142. <https://doi.org/10.5468/ogs.20211>
- Akram, N. (2021). Determinants of domestic violence in Pakistan: A qualitative and econometric analysis. *Partner Abuse, 12*(3), 265-294. <https://doi.org/10.1891/PA-D-20-00006>
- Alquaiz, A. M., Almuneef, M., Kazi, A., & Almeneessier, A. (2021). Social determinants of domestic violence among saudi married women in Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia. *Journal of Interpersonal Violence, 36*(3-4), 1561-1585. <https://doi.org/10.1177/0886260517746128>
- Awang, H., & Hariharan, S. (2011). Determinants of domestic violence: Evidence from Malaysia. *Journal of Family Violence, 26*(6), 459-464. <https://doi.org/10.1007/s10896-011-9380-6>
- Belsky, J. (1980). Child Maltreatment: an ecological integration. *American Psychologist, 35*(4), 320-335. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.4.320>
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas (Original publicado em 1979).
- Ceballos, F. B., & de Keijzer, B. (2020). Social determinants of psychological distress and stress in men who perpetrate family violence in Mexico City. *Salud Colectiva, 16*. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2249>
- Cecconelio, A. M., Antoni, C., & Koller, S. H. (2003). Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. *Psicologia em Estudo, 8*, 45-54.

- Dang, T. N. H., & Le, D. D. (2024). Socioeconomic Inequalities in Intimate Partner Violence: Evidence from Vietnam. *Journal of Interpersonal Violence*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/08862605241245375>
- Haobijam, S., & Singh, K. A. (2021). Socioeconomic determinants of domestic violence in Northeast India: Evidence from the National Family Health Survey (NFHS-4). *Journal of Interpersonal Violence*, 37(15-16), 13162-13181. <https://doi.org/10.1177/08862605211005133>
- Holtzworth-Munroe, A. (2000). A Typology of Men Who Are Violent toward Their Female Partners: Making Sense of the Heterogeneity in Husband Violence. *Current Directions in Psychological Science*, 9(4), 140–143. <http://www.jstor.org/stable/20182648>
- Lakatos, E. M., Marconi, M. A. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. (5ª ed). Editora Atlas S.A.
- Ram, A., Victor, C. P., Christy, H., Hembrom, S., Cherian, A. G., & Mohan, V. R. (2019). Domestic violence and its determinants among 15-49-year-old women in a rural block in South India. *Indian Journal of Community Medicine*, 44(4), 362-367. https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM_84_19
- Redondo, J (2017). Quando o passo está desacertado: Violência no contexto familiar e ser criança (pp. 43-59). In Xarepe, F., Costa, I., Morgado M.: *O risco e o perigo na criança e na família*. (1ª ed). Edições Pactor.
- Reis, F. L., (2018). *Investigação científica e trabalhos académicos: Guia prático*. Lisboa: (1ª ed). Edições Silabo.
- Sani, A. (2016). Violência sobre Crianças em Contexto Doméstico: Da dimensão do problema à resposta social, in Amaro & Fausto (2019). *Criminologia e reinserção Social*. Lisboa: 1ª Edição, Edições Pactor.
- Sani, A. (2018). Intervenção terapêutica em grupo com crianças expostas à violência doméstica. In Sani A. & Caridade, S. Coimbra (Coords.). *Violência, agressão e vitimação: práticas para a intervenção* (2ª ed). Edições Almedina.
- Song, Y. P., Zhang, J. W., & Zhang, X. (2020). Cultural or institutional? Contextual effects on domestic violence against women in rural China. *Journal of Family Violence*, 36(6), 643-655. <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00198-6>
- World Health Organization (2002). World report on violence and health. Consultado a 29 de abril de 2024. Disponível em <http://www.who.int/publications/en/>
- World Health Organization (2024). Violence against women. Consultado a 29 de abril de 2024 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Zimmerman, David E. (2010). *Fundamentos psicanalíticos: Teoria, técnica e clínica – uma abordagem didáctica*. Porto Alegre: Artmed.

CAPÍTULO 18

Saúde e bem-estar do idoso institucionalizado

Ernestina Manuel¹ & Tânia Lopes²

¹ Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, Portugal

² Psicóloga Clínica no Lar de Idosos, Portugal

Autor Correspondente: Ernestina Manuel. **E-mail:** ecandele2010@hotmail.com

Resumo: O envelhecimento populacional é um processo irreversível a nível global. Para as Nações Unidas, existe uma previsão para duplicar ou triplicar o número de idosos nos próximos anos. Atualmente, a Europa tem a maior percentagem da população com 60 anos ou mais (25%). Em Portugal, segundo projeções do INE (2014), estima-se um aumento de 307 idosos por cada 100 jovens. O objetivo do estudo é analisar a relação entre a idade, número de filhos, tempo e tipo de institucionalização e presença de sintomas de ansiedade, depressão e solidão. Método: Foram estudados idosos institucionalizados num lar residencial em Viseu/Portugal (n=34), através de um questionário sociodemográfico e de informações complementares, GAI, GDS-8, UCLA e SWLS, análise estatísticas no SPSS versão 29. Resultados: Correlação positiva entre GAI e GDS-8 ($p < 0.001$). Não existe relação entre o nº de filhos e presença de sintomas de ansiedade, depressão e solidão ($p > 0.05$). Diferenças estatisticamente significativas no GAI de acordo com o tipo de institucionalização. Por vontade própria, pontuações inferiores ($p < 0.05$) e uma pontuação superior no UCLA ($p < 0.05$). Discussão: A institucionalização voluntária, está relacionada com a falta de retaguarda familiar e pelos momentos de solidão experienciados ao longo da vida.

Palavras-chave: idosos; ansiedade; depressão; solidão; tipo de institucionalização.

Abstract: Population aging is an irreversible process at a global level. According to the United Nations, there is a forecast to double or triple the number of elderly people in the coming years. Currently, Europe has the highest percentage of the population aged 60 and over (25%). In Portugal, according to INE projections (2014), it is estimated that there will be an increase of 307 elderly people for every 100 young people. The aim of this study is to analyze the relationship between age, number of children, time and type of institutionalization, and the presence of symptoms of anxiety, depression, and loneliness. Method: Elderly people institutionalized in a residential home in Viseu/Portugal (n=34) were studied, using a sociodemographic questionnaire and additional information, GAI, GDS-8, UCLA and SWLS, statistical analysis in SPSS version 29. Results: Positive correlation between GAI and GDS-8 ($p < 0.001$). There is no relationship between the number of children and the presence of

symptoms of anxiety, depression, and loneliness ($p > 0.05$). Statistically significant differences in GAI according to type of institutionalization. Of their own volition, lower scores ($p < 0.05$) and a higher score on UCLA ($p < 0.05$). Discussion: Voluntary institutionalization is related to the lack of family support and the moments of loneliness experienced throughout life.

Keywords: elderly; anxiety; depression; loneliness; type of institutionalization.

Introdução

O envelhecimento é um fenómeno natural, que dá seguimento as etapas de desenvolvimento ao longo da vida. Para Fontaine (2000), é também considerado como um processo individual com informações claras sobre o desgaste físico, predisposição de redução das funcionalidades perceptivas e mnésicas, entre outras. É igualmente considerado, como o percurso de cada indivíduo no *continuum* normal-patológico e não pode ser visto apenas, como uma questão biológica, deve-se ter em conta a componente social (Fonseca, 2006). Aliado ao crescente aumento da população idosa em Portugal, como referenciado no Censo 2021 e divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística, 100 jovens portugueses para 182 idosos, Portugal, é um dos países com o índice de envelhecimento mais elevado e progressivo, que ocupa a 4ª posição a nível da Europa.

O conceito de Bem-estar, reconhecido cientificamente desde a última década do século XX, tanto em pesquisa fundamental quanto em intervenção social e clínica (Novo, 2003). Existem evoluções positivas que contribuíram para o atual quadro demográfico, e.g., a diminuição da mortalidade e o aumento da esperança de média de vida, que é um pressuposto fundamental para promover estratégias políticas e sociais, que aprimoram a longevidade. Não obstante, a Comissão Europeia aprovou em 2021, o Livro Verde sobre o envelhecimento, para garantir uma melhor saúde e bem-estar, consubstanciado na promoção, responsabilização e solidariedade entre as gerações, dando cumprimento aos objetivos da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, que marcam a Década do Envelhecimento Saudável.

O período de 2021-2030 é marcado pela Organização Pan-Americana de Saúde e OMS, como a Década do Envelhecimento Saudável que desafia os governantes e todos atores sociais a unirem sinergias em prol do bem-estar das pessoas idosas, suas famílias e do seu meio envolvente. Entre as estratégias com vista a garantir o envelhecimento saudável, está a Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/2018, de 21 de maio, que aprova a Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação – Portugal + Igual, que defende a manutenção do envelhecimento saudável, como um processo contínuo de otimização da habilidade funcional e de oportunidades, que visa melhorar a saúde física e mental, promovendo a independência e a qualidade de vida ao longo da vida. Outra relevância é a Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024, que aprova o Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável, no triénio 2023-2026.

Neste sentido, a institucionalização de idosos é um facto a levar em consideração. Como descrito na Carta Social (2024) que integra os equipamentos com respostas sociais das redes pública, solidária e privada-lucrativa, em Viseu existem 160 estruturas residenciais para pessoas idosas, com uma capacidade total de 6922, das quais 6400 vagas estão preenchidas.

Solidão e institucionalização

O isolamento é um fator de risco para a saúde. Há também que ter em conta as várias influências não normativas e por vezes dolorosas (e.g., a viuvez, o desemprego e a solidão), que condicionam os fatores de envelhecimento (Fontaine, 2000). Como referido anteriormente, na perspetiva de Tijhuis et al., (1999) o aumento da solidão experimentado por idosos é influenciado pela perda de um parceiro, mudança para uma casa de cuidados ou por não se sentirem saudáveis. A solidão é um estado emocional complexo, e com diferentes perspetivas teóricas para compreendê-la (Farate & Pocinho, 2010), está associada a um declínio acelerado das habilidades cognitivas, como memória e fluência verbal, especialmente em idades mais avançadas (Cachón-Alonso, 2023) e a sua deteção precoce, juntamente com a implementação de intervenções para os indivíduos diagnosticados, é aconselhável a fim de evitar repercussões negativas (Simpson, 2019).

De acordo com Amaro da Luz e Miguel (2015), o contexto residencial por si só, não afeta a perceção subjetiva da solidão, porém, em contexto de institucionalização, o apoio social recebido e a satisfação relacionada são contribuições importantes para minimizar a solidão do idoso. Não obstante, para Almeida e Quintão (2012), a institucionalização de idosos não está relacionada negativamente com depressão e ideação suicida. Ao passo que, na visão de Napoleão, Monteiro e Espirito-Santo (2021), os idosos institucionalizados apresentam mais sentimentos de solidão do que os não institucionalizados.

Preditores do bem-estar subjetivo

Existem fatores preditores para uma velhice ótima, tal como descreve Fontaine (2000), o nível de escolaridade; pessoas com níveis mais elevados tendem a introduzir nos seus momentos de lazer atividades de leitura, palavras cruzadas entre outras, que favorecem a manutenção da sua cognição, igualmente para a capacidade de expiração pulmonar e o aumento da atividade física. Por outro lado, a velhice bem-sucedida, está associada a reduzida probabilidade de doenças, principalmente aquelas que causam perda de autonomia, a manutenção de um elevado nível funcional nos planos cognitivo e físico, que garantem a conservação de um envolvimento social e bem-estar subjetivo (Fontaine, 2000, p. 147). Como afirma Novo (2003), o conceito de “bem-estar” é abrangente, pode ser subjetivo, e.g., a felicidade e a satisfação pessoal; psicológico, e.g., o desenvolvimento humano e a realização pessoal; e social, e.g., o desenvolvimento dos indivíduos enquanto seres sociais com responsabilidades e direitos. E o bem-estar psicológico deve ser compreendido a luz de um contexto cultural e histórico (Fonseca, 2006; Christopher, 1999) que pode ser influenciado pelo alto rendimento, individualismo, direitos humanos e igualdade social (Suh, Diener & Fujita, 1996).

De acordo com Ferreira e Freire (2010), o conceito sobre bem-estar e envelhecimento, destacam uma visão mais ampla que inclui alterações biológicas, psicológicas e sociais. Como realça He et al., (2024), o bem-estar psicológico dos idosos é garantido ao tratar doenças crônicas, manter uma dieta regular, promover atividades sociais, recreativas e reduzir o comportamento sedentário, que podem diminuir o risco de depressão e ansiedade. Para o efeito, torna-se ainda importante, monitorar e tratar a depressão para melhorar ou manter a função cognitiva em idosos institucionalizados, uma vez que ela afeta significativamente o estado cognitivo subsequente (Parmelee et al., 1999).

Por fim, como descrito anteriormente e unanime entre os autores, para avaliar o bem-estar e/ou uma velhice bem-sucedida, é necessário ter em conta a longevidade, a saúde biológica, a saúde mental, a eficácia intelectual, a competência social, a produtividade, a conservação da autonomia própria e o bem-estar subjetivo (Fontaine, 2000).

Métodos

Participantes

Amostra por conveniência do tipo não probabilística. Participaram 34 sujeitos com idades compreendidas entre 62 e 96 anos ($M = 83,64$; $DP = 8,73$). 29,4% são homens e 70,6% são mulheres. Relativamente ao estado civil, 29,4% são solteiros(as), 17,6% são casados(as) e 52,9% são viúvos(as) e se encontram em estrutura residencial para pessoas idosas (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra (n=34)

Variável		f	%
Género	Masculino	10	29,4
	Feminino	24	70,6
		34	100%
Estado civil	Solteiro(a)	10	29,4
	Casado(a)	6	17,6
	Viúvo(a)	18	52,9
		34	100,0
Nível de escolaridade	Sem escolaridade	3	8,8
	2º ano do ensino básico	3	8,8
	3º ano do ensino básico	6	17,6
	4º ano do ensino básico	16	47,1
	5º ano do Liceu	5	14,7
	12º ano do Liceu	1	2,9
	34	100,0	

Instrumentos

Questionário sociodemográfico e de dados complementares, que permitiu obter informações sobre o género, a idade, o estado civil, o número de filhos, o nível de escolaridade, a profissão exercida, o tempo de institucionalização e o tipo de institucionalização (por vontade própria ou de outros).

Geriatric Anxiety Inventory (GAI) Daniel et al., 2015; Ribeiro, Simões e Firmino, 2011. É uma medida válida e confiável para avaliar a ansiedade na terceira idade (Molde et al., 2020).

Escala de Solidão UCLA-Loneliness, é um instrumento confiável para o diagnóstico da solidão em idosos, com uma pontuação global >32 para os sentimentos negativos de solidão (Dias, Farate e Pocinho, 2010) apresentou uma alta confiabilidade e consistência interna em duas dimensões principais: Isolamento Social e Afinidade ($\text{Alpha de Cronbach} = 0,905$) numa amostra de idosos portugueses.

Escala de Satisfação com a Vida SWLS (Diener et al., 1985; Neto, 1993) versão portuguesa SWFLS (Costa & Neto, 2019) é um instrumento breve e psicometricamente sólido, para avaliar

medidas de satisfação familiar, bem-estar (satisfação com a vida, autoestima) e funcionamento interpessoal atual (apoio social e solidão).

Geriatric Depression Scale GDS-8 (Yesavage et al.,1983) apresentou boas propriedades psicométricas na validação com uma amostra de idosos portugueses institucionalizados Duarte et al. (2019), com um Alfa de Cronbach de 0,87, indicando boa confiabilidade, e uma estrutura fatorial com um fator explicando 52,5% da variância.

Procedimentos

Solicitação de autorização aos autores das escalas, submissão do protocolo de investigação e pedido de autorização à Direção da instituição; antes da aplicação, os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos do estudo, tendo a participação sido posterior ao consentimento livre informado esclarecido.

Resultados

A amostra apresenta uma distribuição normal, homens (n = 10) e mulheres (n = 24). Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos T (32)=1,517; P > 0.05; valor da média entre os grupos: homens (M = 87.10; DP 2.34) e mulheres (M = 82. 20; DP 1.83). Ao comparar as variáveis idades, género, tipo de institucionalização, tempo de institucionalização e número de filhos, não foram observadas diferenças significativas valor P > 0.05 (Tabela 2).

Tabela 2 - Comparação das variáveis por género

Variável	Mulher		Homen		t (dp)	p.
	M	SD	M	SD		
Idade	82.2	8.98	87.10	7.40	1,517 (32)	.288
Genero						
Tipo de institucionalização	1.41	.503	1.40	.516	-.087 (32)	.858
Tempo de institucionalização	2.33	1.52	2.10	1.28	-.425 (32)	.389
Número de filhos	2.37	1.43	3.70	2.00	2,17 (32)	.699

Ao realizar o teste de correlação de variáveis a partir do coeficiente de correlação de Pearson, constatou-se a existência de correlações negativas moderada e estatisticamente significativas, entre o GAI, a UCLA total (r= -,568) e subescalas (r = -,492; -,628) e SWLS (r = - ,507), pontuações mais elevadas no GAI relacionadas com pontuações mais baixas nas outras escalas. Correlação positiva forte (p < .001) entre o GAI e GDS_total, indica que níveis elevados de ansiedade geriátrica, estão associados a maior presença de sintomas de depressão (r = ,912) Tabela 3., e através da correlação não paramétrica de Spearman, foi possível confirmar os mesmos resultados (Tabela 4).

Tabela 3 - Correlação entre GAI, UCLA, SWLS e GDS (n=34)

GAI_total	r	p-value
UCLA_total	-,568**	,000
Isolamento	-,492**	,003
Afinidade	-,628**	,000
SWLS	-,507**	,002

GDS ,912** ,000

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Tabela 4 – Correlações não paramétricas entre GAI, UCLA, SWLS e GDS

GAI_total	ρ	<i>p-value</i>
UCLA_total	-,595**	,000
Isolamento	-,523**	,002
Afinidade	-,657**	,003
SWLS	-,464**	,006
GDS	,903**	,000

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Ao testar a hipótese sobre a relação entre o número de filhos e a presença de sintomas depressivos/satisfação com a vida, através do coeficiente de correlação de Pearson, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas (*p-value* > 0.05). Existe uma correlação negativa moderada entre a GDS e a SWLS ($r = -538$) $p \leq .001$, mais presença de sintomas depressivos, menor satisfação com a vida (Tabela 5).

Tabela 5 - Correlação entre a GDS, SWLS e número de filhos

	ρ	<i>p-value</i>
Total_GDS/ Total_SWLS	-,538**	-,001
Total_SWLS/Número de filhos	-,250	,153
Total_GDS/Número de filhos	-,004	,988

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Para testar a hipótese sobre a interdependência entre o tipo de institucionalização e a presença de sintomas de ansiedade geriátrica, recorreu-se ao Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney para amostras independentes, considerou-se os efeitos estatisticamente significativos no GAI de acordo com tipo de institucionalização ($U = 80,50$; $W = 290,50$, $Z = -2,088$, $p\text{-value} < 0.05$), pessoas institucionalizadas por vontade própria, apresentam pontuações inferiores. Na subescala afinidade do UCLA, existem diferenças estatisticamente significativas em relação ao tipo de institucionalização, pessoas institucionalizadas por vontade própria apresentam pontuações superiores ($U = 75,50$; $W = 180,50$; $Z = -2,272$; $p\text{-value} < 0.05$ (Tabela 6).

Tabela 6 - Tipo de institucionalização

	Tipo de institucionalização	N	Posto médio	Σ	U	Z	P.
Total_SWLS	Vontade própria	20	19,93	398,50	91,50	-1,701	,089
	Outros	14	14,04	196,50			
	Total	34					
Total_GDS	Vontade própria	20	15,60	312,00	102,0	-1,345	,179
	Outros	14	20,21	283,00			
	Total	34					
GAI_total	Vontade própria	20	14,53	290,50	80,50	-2,088	,037
	Outros	14	21,75	304,50			
	Total	34					
Total_UCLA	Vontade própria	20	20,20	404,00	86,00	-1,892	,059
	Outros	14	13,64	191,00			

	Total	34					
Isolamento	Vontade própria	20	19,95	399,00	91,00	-1,718	,086
	Outros	14	14,00	196,00			
	Total	34					
Afinidade	Vontade própria	20	20,73	414,50	75,50	-2,272	,023
	Outros	14	12,89	180,50			
	Total	34					

Discussão

Apesar de não existirem relações estatisticamente significativas entre a variável idade, género, tempo de institucionalização e presença de sintomas de ansiedade, depressão e solidão, foi possível identificar o tipo de institucionalização, como uma variável preditora para a presença dos sintomas de ansiedade e relações de afinidade. Pessoas institucionalizadas por vontade de outros (familiares ou sistema de proteção social) apresentam maiores níveis de ansiedade. Para Yoelao et al. (2016), tanto a depressão como o transtorno de ansiedade afetam o bem-estar subjetivo do idoso, que por sua vez, tem a ver com a relação positiva que estabelece com os outros, consigo mesmo, sua estima e satisfação com a vida. De acordo com Cheek et al. (1996), numa amostra constituída por 107 idosos institucionalizados em asilo, 11.2% manifestaram sintomas de ansiedade generalizada, transtorno de pânico, entre outros. Existiu uma forte associação entre a depressão e a ansiedade, em que 58% dos ansiosos também apresentaram depressão.

No presente estudo, as pessoas institucionalizadas por vontade própria apresentaram uma pontuação superior na subescala afinidade do UCLA. Torna-se assim evidente que, a institucionalização voluntária, poderá estar relacionada com a falta de retaguarda familiar e pelos momentos de solidão experienciados ao longo da vida. As relações positivas que se estabeleceu ou estabelece com os outros, favorecem o processo de aceitação à mudança. De acordo com a literatura corrente, a solidão pode ser considerada como um fator significativo que deteriora a adaptação na velhice, influenciando a relação entre saúde e satisfação com a vida. Os idosos que se autoavaliam como não saudáveis relatam menor satisfação com a vida, especialmente se também se sentem solitários (Rakocevic & Gavrilov-Jerkovic, 2017). Torna-se assim evidente que os efeitos da saúde e bem-estar do idoso institucionalizado, variam de acordo com a sua experiência de vida, corroborando com Ryff (1989) que considera o bem-estar, como uma perceção individual sobre o ajustamento emocional e social em relação aos desafios da vida. Outro fator a considerar é a participação social, através da manutenção das relações sociais, bem como a prática de atividades produtivas (Fontaine, 2000).

Referências Bibliográficas

- Almeida, L., & Quintão, S. (2012). Depressão e ideação suicida em idosos institucionalizados e não institucionalizados em Portugal. *Acta Medica Portuguesa*, 25(6), 350 – 358.
- Amaro da Luz, M.H.R.A., & Miguel, I. (2015). Apoio social e solidão: Reflexões sobre a população idosa no contexto institucional e comunitário. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1(2), 3-14.
- Cacho'n-Alonso, L., Hakulinen, C., Jokela, M., Komulainen, K., & Elovainio, M. (2023). Loneliness and Cognitive Function in Older Adults: Longitudinal Analysis in 15 Countries. *Psychology and Aging*, (38)8, 778–789 <https://doi.org/10.1037/pag0000777>

- Carta Social (2024). Viseu. Acessado ao 30 de abril de 2024. <https://www.cartasocial.pt/resultados-da-pesquisa?vt=21&tp=2107&l=18-00-00>
- Cheok, A., Snowdon, J., Ribeiro, R., & Vaughan, R. (1996). The prevalence of anxiety disorders in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(5), 405-410. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199605\)11:5<405::AID-GPS302>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199605)11:5<405::AID-GPS302>3.0.CO;2-O)
- Costa, P. M., & Neto, F. (2019). Psychometric evaluation of the Portuguese satisfaction with Family Life Scale. *Measurement Instruments for the Social Sciences*, 1(2), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s42409-019-0009-5>
- Daniel, F., Vicente, H., Guadalupe, S., Silva, A., & Espirito-Santo, H. (2015). Propriedades psicométricas da versão portuguesa do Inventário de Ansiedade Geriátrica numa amostra de utentes de estruturas residenciais para idosos. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1 (2), 31-45.
- Diário da República (2023). Resolução do Conselho de Ministros n.º 92/2023, de 14 de agosto. *Aprova os Planos de Ação no âmbito da Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação - Portugal + Igual, para o período de 2023-2026*, 12 – 92. Diário da República n.º 157/2023, Série I de 2023-08-14
- Diário da República n.º 9/2024, Série I de 2024-01-12. Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024 Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024 | DR (diariodarepublica.pt)
- Dias, C. A., Farate, C., Pocinho, M. (2010). Validação Psicométrica da Escala UCLA – Loneliness para Idosos Portugueses: *Interações*, 18, 65-77.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Duarte, C., Madeira Sérgio, C., Daniel, F., Lemos, L., Espirito-Santo, H. (2019). E-PP0727 - Validation of the Geriatric Depression Scale in a sample of institutionalized older adults of the Portuguese population. *European Psychiatry*, 56, 172. <https://doi.org/10.26226/morressier.5c642be19ae8fb00131cea03>
- Ferreira, M. J. & Freire, T. (2010), Bem-estar, qualidade da experiência subjectiva e solidão: relações com o envelhecimento humano. *Psicologia, Educação e Cultura*, 14(1), 41-58.
- Figueiredo-Duarte, C., Espirito-Santo, H., Sérgio, C., Lemos, L., Marques, M., & Daniel, F. (em revisão). Validity and reliability of a shorter version of the Geriatric Depression Scale in institutionalized older Portuguese adults. *Aging and Mental Health*; Validação original: Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
- Fonseca, M. A. (2006). *O envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. (2ª ed.). Universidade Católica: Editora
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. (1ª ed.). Climepsi Editores.
- He, Z., Tan, W., Ma, H., Shuai, Y., Shan, Z., Zhai, J., Qiu, Y., Zeng, H., Chen, X., Wang, S., Liu, Y. (2024). Prevalence and factors associated with depression and anxiety among older adults: A large-scale cross-sectional study in China. *Journal of Affective Disorders*, 346, 135-143. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.11.022>
- Instituto Nacional de Estatística (2023). Estimativas de População Residente, Portugal, NUTS I, II e III e Municípios. Exercício Ad hoc 2020 e 2021. Publicado ao 15 de junho de 2022.

- Molde, H., Nordhus, I. H., Torsheim, T., Engedal, K., Bendixen, A. B., Byrne, G. J., Márquez-González, M., Losada, A., Feng, L., Ow, E. K. T., Pisitsungkagarn, K., Taephant, N., Jarukasemthawee, S., Champagne, A., Landreville, P., Gosselin, P., Ribeiro, O., Diefenbach, G. J., Blank, K., Beaudreau, S. A., ... Pachana, N. A. (2020). A Cross-National analysis of the psychometric properties of the Geriatric Anxiety Inventory. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 75(7), 1475–1483. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbz002>
- Napoleão, M., Monteiro, B., Espirito-Santo, H. (2016). Qualidade subjetiva do sono, sintomas depressivos, sentimentos de solidão e institucionalização em idosos. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 2(2), 12-24. <https://doi.org/10.7342/ismt.rpics.2016.2.2.37>
- Neto, F. (1993). Satisfaction with life scale. Psychometric properties in an adolescent sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 22(2), 125-134. <http://dx.doi.org/10.1007/BF01536648>
- Novo, F. R. (2005). Bem-estar e psicologia: Conceitos e propostas de avaliação. *Revista Iberoamericana de Diagnostico y Evaluacion Psicologica*, 20(2),183-203. <https://www.researchgate.net/publication/273447874>
- Organização Pan-Americana da Saúde (2024). Acessado ao 01 de maio de 2024. Envelhecimento Saudável - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde (paho.org)
- Parmelee, P. A., Kleban, M. H., Lawton, M. P., & Katz, I. R. (1991). Depressão e alteração cognitiva em idosos institucionalizados. *Psicologia e Envelhecimento*, 6(4), 504–511. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.6.4.504>
- Rakočević, N., & Gavrilov-Jerković, V. (2017). The role of loneliness in the relation between health and subjective well-being in old age. *Primenjena Psihologija*, 10(3), 355–373. <https://doi.org/10.19090/pp.2017.3.355-373>
- Ribeiro, O., Paúl, C., Simões, R. M., & Firmino, H. (2011). Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Aging & Mental Health*, 15(6), 742-748. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2011.562177>
- Ryff, C. D. (1989). In the eye of the beholder: Views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 4(2), 195–210. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.4.2.195>
- Saleem, S. Saleem, T., Tahan, M., & Ahmed, I. (2023). A comparative study of depression in elderly institutional residents and elderly home residents. *Internacional Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 23(2),151-160.
- Simpson, I. C., Dumitrache, C. G., & Calet, N. (2019). Mental health symptoms and verbal fluency in elderly people: Evidence from the Spanish longitudinal study of aging. *Aging & Mental Health*, 23(6), 670-679. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1448969>
- Suh, E., Diener, E., & Fujita, F. (1996). Events and subjective well-being: Only recent events matter. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(5), 1091–1102. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.5.1091>
- Tijhuis, M., De Jong-Gierveld, J. Feskens, E. J. M. Kromhout, D. (1999). Changes in and factors related to loneliness in older men. The zutphen elderly study. *Age and ageing*, 28(5), 491-495. <https://doi.org/10.1093/ageing/28.5.491>
- Yoelao, D., Thammakitak, P., & Prasertsin, U. (2016). Causes and effects of depression and anxiety disorders among the elderly in Thailand. *International Journal of Behavioral Science*, 11(2), 51-62.

CAPÍTULO 19

Prevalência do Declínio Cognitivo em Idosos Institucionalizados em ERPI no CSSSJB

Mariana Dinis^{1,2} & Areolina Durán^{1,2}

¹Universidade da Beira Interior, Portugal

²Centro de Solidariedade Social de São Jorge da Beira, Portugal

Autoras Correspondentes:

Mariana Dinis. E-mail: mariana.dinis99@hotmail.com

Areolina Durán. E-mail: areolinadelgadoduran@gmail.com

Resumo: O envelhecimento como fenómeno natural ao desenvolvimento humano pode comprometer as funções cognitivas perpetuando o Declínio Cognitivo. O presente estudo pretende determinar a prevalência de Declínio Cognitivo em idosos institucionalizados em ERPI no Centro de Solidariedade Social de São Jorge da Beira (CSSSJB). Estudo quantitativo, descritivo, transversal e correlacional, numa amostra não probabilística, por conveniência de 35 idosos, de um universo de 44. Aplicaram-se, presencialmente, 3 instrumentos: Questionário Sociodemográfico; Mini Mental State Examination (MMSE) e o Montreal Cognitive Assessment (MoCA), entre novembro de 2023 e janeiro de 2024. Foram respeitados todos os princípios éticos. A análise dos dados foi mediante o SPSS versão 28.0. Os participantes encontram-se na faixa etária entre os 60 e os 94 anos ($M=83.71 \pm 7.83$), a maioria são mulheres (68.6%). 48.6% são viúvos e 42.9% têm o 4º ano de escolaridade. Constatou-se que em ambos os instrumentos, a maioria apresentou Declínio Cognitivo. No MoCA, 9 (25.7%) idosos manifestaram Declínio Cognitivo Leve e 22 (62.9%) Declínio Cognitivo Grave. Por outro lado, no MMSE, 21 (60.0%) apresentaram Declínio Cognitivo. Verificaram-se correlações positivas e significativas entre as variáveis sociodemográficas e entre o MMSE e o MoCA. É fundamental desenvolver programas de estimulação cognitiva que amenizem e retardem o Declínio Cognitivo.

Palavras-chave: Declínio Cognitivo; MMSE; MoCA; Idosos.

Introdução

As temáticas relacionadas à terceira idade têm vindo a ser cada vez mais desenvolvidas devido ao aumento da população idosa (Costa & Louro, 2023). Com o envelhecimento é notório o Declínio Cognitivo, sendo visível e inevitável em diversos domínios da vida do indivíduo. O Declínio Cognitivo Ligeiro (DCL), caracteriza-se como um estado intermédio no Declínio Cognitivo, pelo que é transaccional, situado entre o envelhecimento normal e a síndrome demencial inicial. Ou seja, o DCL interfere nas atividades sociais e ocupacionais mais

complexas, todavia não cumpre os critérios de demência (Cheng et al., 2017). Constitui-se como um quadro clínico onde existe um declínio em várias funções cognitivas como na memória episódica, atenção, linguagem, orientação, organização, planeamento e reconhecimento (Radanovic et al., 2015). São vários os fatores que podem instituir-se como desencadeadores do Declínio Cognitivo, quer sejam intrínsecos ou extrínsecos, tais como a idade avançada, a baixa escolaridade, hipertensão arterial, acidentes vasculares cerebrais, tabagismo, sedentarismo, solidão e depressão. Igualmente, são diversos os estudos que comprovam que o estilo de vida do indivíduo influencia o seu estado cognitivo, bem como, a falta de estimulação cognitiva (Soria, et al., 2023).

Desta forma, com esta investigação pretende-se determinar a prevalência do Declínio Cognitivo em idosos institucionalizados em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) no Centro de Solidariedade Social de São Jorge da Beira (CSSSJB), bem como, entender se existe uma relação significativa entre as variáveis sociodemográficas como a Idade, o Género, as Habilitações Literárias e o Estado Marital com o Declínio Cognitivo.

Método

O escopo deste estudo é descrever a prevalência de Declínio Cognitivo, bem como, relacionar o mesmo com as diferentes variáveis analisadas, em idosos institucionalizados em ERPI no CSSSJB.

A amostra é não aleatória por conveniência de 35 idosos (média de idade 83.71 ± 7.83 , 68.6% mulheres), num universo de 44 idosos institucionalizados em ERPI no CSSSJB. Participaram do estudo, todos os idosos que decidiram participar nesta investigação.

Foram aplicados três questionários presencialmente, entre novembro de 2023 e janeiro de 2024. Foram respeitados todos os princípios éticos (garantia de confidencialidade das respostas e o anonimato do participante) e consentimento informado. O Questionário de Dados Sociodemográficos é constituído por questões acerca do Género, Idade, Nacionalidade, Habilitações Literárias e Estado Marital.

Por outro lado, o Mini-Mental State Examination (MMSE) é constituído por 30 questões, que se organizam em seis domínios cognitivos: Orientação (5 itens de orientação temporal e 5 itens de orientação espacial); Retenção (repetição de 3 palavras); Atenção e Cálculo (5 subtrações); Evocação (evocar de forma espontânea as 3 palavras repetidas anteriormente); Linguagem (2 itens de nomeação, 1 item de repetição, 1 item de compreensão, e 1 item de escrita) e Capacidade Construtiva (1 item de cópia). Este teste tem uma pontuação máxima de 30 pontos e pontuações mais elevadas indicam melhor desempenho cognitivo (Santana et al., 2016).

Por fim, o Montreal Cognitive Assessment (MoCA) constitui questões que avaliam seis domínios cognitivos: Memória (evocação diferida de palavras); Capacidade Visuo-espacial (Desenho do Relógio e Cópia do Cubo); Função executiva (Trail Making Test B, Fluência Verbal Fonémica e Abstração Verbal); Linguagem (Nomeação, Repetição e Fluência Verbal Fonémica); Orientação (Temporal e Espacial) e Atenção, Concentração e Memória de Trabalho (Memória de Dígitos, Tarefa de Atenção Sustentada e Subtração em Série) (Freitas et al., 2012).

Deste modo, o presente estudo é correlacional, transversal e de natureza descritiva.

Resultados

Caraterização sociodemográfica da amostra

Os participantes encontram-se na faixa etária entre os 60 e os 94 anos (83.71 ± 7.83). No que diz respeito ao Género, 68.6% são mulheres e 31.4% são homens. Verificou-se que 100% são de nacionalidade portuguesa. Referente ao Estado Marital, constatou-se que 25.7% são solteiros, 22.9% são casados e 48.6% são viúvos. Por fim, relativamente às Habilitações Literárias, sabe-se que 42.9% têm o 4º ano de escolaridade.

Tabela 1 – *Caraterização Sociodemográfica*

Variável	Categoria	n	%
Idade	< 80	8	23.2
	≥ 80	27	77.3
Género	Masculino	11	31.4
	Feminino	24	68.6
Nacionalidade	Portuguesa	35	100
	Outra	0	0
Estado marital	Solteiro/a	9	25.7
	Casado/a	8	22.9
	Divorciado/a	1	2.9
	Viúvo/a	17	48.6
Habilitações Literárias	Sem escolaridade	11	31.4
	1º Ano	0	0
	2º Ano	1	2.9
	3º Ano	6	17.1
	4º Ano	15	42.9
	5º Ano	1	2.9
	6º Ano	1	2.9
	Total	35	100

Prevalência do Declínio Cognitivo

A partir da análise da Tabela 2, é possível inferir que, no MMSE, 60.00% dos participantes apresentam Declínio Cognitivo e no MoCA, 88.6% manifestam Declínio Cognitivo.

Tabela 2 – *Prevalência do Declínio Cognitivo*

		N	%	M	DP
MMSE	Com Declínio Cognitivo	21	60.0	21.17	6.15
	Sem Declínio Cognitivo	14	40.0		
Total		35			
MoCA	Com Declínio Cognitivo	31	88.6	16.00	7.1
	Sem Declínio Cognitivo	4	11.4		
Total		35			

* $p < .05$.

Relação entre o Declínio Cognitivo a Idade, o Género, as Habilitações Literárias e o Estado Marital

A partir da comparação entre o Género e o Declínio Cognitivo, (Tabela 3), verificamos que não existem diferenças significativas nem no MMSE ($t(33) = .065$; $\rho > .05$), nem no MoCA ($t(33) = .507$; $\rho > .05$).

Tabela 3 – Teste T-Student para comparar o Declínio Cognitivo e o Género

	Género	N	M	t(df)	Sig.
MMSE	Masculino	11	21.27	.065(33)	.949
	Feminino	24	21.13		
Total		35			
MoCA	Masculino	11	16.90	.507 (33)	.615
	Feminino	24	15.58		
Total		35			

* $p < .05$.

Comparando as idades (Tabela 4) com o Declínio Cognitivo, constatamos que não existem diferenças significativas em ambos os testes. MMSE ($t(33) = .041$; $\rho > .05$) e MoCA ($t(33) = .208$; $\rho > .05$).

Tabela 4 – Teste T-Student para comparar o Declínio Cognitivo e a Idade

	Idade	N	M	t(df)	Sig.
MMSE	< 80	8	21.25	.041(33)	.968
	≥ 80	27	21.15		
Total		35			
MoCA	< 80	8	16.63	.208(33)	.782
	≥ 80	27	15.81		
Total		35			

* $p < .05$.

Ao comparar as habilitações literárias e o Declínio Cognitivo (Tabela 5), percebe-se que nem no MMSE ($t(33) = .065$; $\rho > .05$), nem no MoCA ($t(33) = .507$; $\rho > .05$), existem diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 5 – Teste T-Student para comparar o Declínio Cognitivo com as Habilitações Literárias

	Habilitações Literárias	N	M	t(df)	Sig.
MMSE	Sem escolaridade	11	21.27	.065(33)	.949
	Com escolaridade	24	21.13		
Total		35			
MoCA	Sem escolaridade	11	16.90	.507 (33)	.615
	Com escolaridade	24	15.58		
Total		35			

* $p < .05$.

Na Tabela 6, verifica-se que não existem diferenças significativas entre o Estado Marital e o Declínio Cognitivo, tanto no MMSE ($t(33) = .715$; $\rho > .05$), como no MoCA ($t(33) = .709$; $\rho > .05$).

Tabela 6 – Teste T-Student para comparar o Declínio Cognitivo com o Estado Marital

	Estado Marital	N	M	t(df)	Sig.
MMSE	Viúvo/a	17	21.94	.715(33)	.480
	Outro	18	20.44		
Total		35			
MoCA	Viúvo/a	17	16.89	.709(33)	.483
	Outro	18	15.17		
Total		35			

* $p < .05$.

Os valores das correlações entre o Declínio Cognitivo e as Variáveis Sociodemográficas são significativos e com força de fraca a forte (ver Tabela 7). Destacam-se os valores entre o MMSE e o MoCA ($r=.865$).

Tabela 7 – Relação entre o Declínio Cognitivo e as Variáveis Sociodemográficas

	Idade	Escolaridade	MMSE	MoCA
Idade		.364*	-.007	-.049
Escolaridade	.364*		-.011	-.088
MMSE	-.007	-.011		.865**
MoCA	-.049	-.088	.865**	

** $\rho \leq .001$ * $\rho \leq .05$

Discussão

Os níveis de Declínio Cognitivo estudados nesta amostra são elevados. Na perspetiva de alguns autores, no MMSE os sujeitos sem escolaridade são diagnosticados com Declínio Cognitivo, se apresentarem pontuações inferiores a 15, e indivíduos com escolaridade até 11 anos, são diagnosticados com Declínio Cognitivo se pontuarem abaixo de 22 pontos (Santana et al., 2016). Já no MoCA, os sujeitos que pontuarem abaixo de 26 pontos, apresentam Declínio Cognitivo (Freitas et al., 2012). Neste sentido, o presente estudo demonstra elevados níveis de Declínio Cognitivo, quer no MMSE, quer no MoCA.

Neste estudo, a maioria são mulheres, têm idade superior a 80 anos, nacionalidade portuguesa, viúvos(as) e têm a 4ª classe.

No que concerne à relação entre as variáveis sociodemográficas e o Declínio Cognitivo, é possível verificar que, contrariamente ao que se encontrou noutros estudos (Alves, 2023), no presente estudo, não se verificaram relações significativas entre o Género e o Declínio Cognitivo, o mesmo é perceptível com Sousa et al. (2019). Desta forma, a relação entre o Género e o Declínio Cognitivo não é consensual. Pode constatar-se ainda que não existe relação significativa entre a Idade e o Declínio Cognitivo, o que não vai de encontro com os estudos de Matos (2023) e Di Carlo et al. (2000). Segundo o último autor, a prevalência do Declínio Cognitivo tende a duplicar cada vez que o indivíduo envelhece cinco anos.

No que diz respeito às Habilitações Literárias e ao Estado Marital, também não apresentaram relações significativas com o Declínio Cognitivo. Relativamente às Habilitações Literárias, de acordo com alguns estudos, indivíduos com níveis mais baixos de escolaridade, apresentam

maior probabilidade de desenvolver Declínio Cognitivo (Stern et al., 2020; Barrera et al., 2017; Matos et al., 2016). Assim, a escolaridade pode constituir-se como fator protetor do desenvolvimento de Declínio Cognitivo. Relativamente ao Estado Marital, neste estudo não se verificaram relações estatisticamente significativas. Contrariamente, no estudo de Zortea (2015), idosos solteiros ou viúvos, apresentaram maior prevalência de Declínio Cognitivo.

Não obstante, a partir das correlações entre as variáveis sociodemográficas e o Declínio Cognitivo, é de destacar que existem correlações positivas entre o MMSE e o MoCA, ou seja, quando existe Declínio Cognitivo no MMSE, existe Declínio Cognitivo no MoCA e vice versa.

Os resultados apresentados devem ser avaliados segundo algumas limitações deste estudo. Primeiramente, trata-se de um estudo transversal, logo não é possível determinar a direção na relação das variáveis. A amostra é por conveniência, com idosos em ERPI de apenas uma instituição, o que compromete a representatividade da amostra e a generalização dos resultados.

Constata-se a importância do tema do Declínio Cognitivo nos idosos. São necessários mais estudos sobre este tema que confirmem as relações encontradas no nosso estudo e que incluam outras variáveis para fortalecer a robustez desta mesma temática.

Por fim, este estudo tem implicações para a prática clínica e, conseqüentemente, para políticas sociais e de saúde em ERPI'S e das autoridades de saúde públicas em geral.

Referências Bibliográficas

- Alves, Y.M.S. (2023). *Género Biológico e Idade como Preditores do Funcionamento Cognitivo e Incapacidade Funcional em Pessoas Idosas com Apoio Institucional com Idade ≥ 60 Anos*. (Dissertação de mestrado, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal).
- Barrera, G., Cases, T., Bunout, D., de la Maza, M. P., Leiva, L., Rodriguez, J. M., & Hirsch, S. (2017). Associations between socioeconomic status, aging and functionality among older women. *Geriatric Nursing*, 38(4), 347–351. doi: 10.1016/j.gerinurse.2014.08.012
- Cheng, Y. W., Chen, T. F., & Chiu M. J. (2017). From mild cognitive impairment to subjective cognitive decline: conceptual and methodological evolution. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 491–498.
- Costa, N. M. & Louro, A. (2023). Envelhecer em Portugal: Uma Perspetiva Geográfica. *CEG*, 8(123). Doi: 10.18055/Finis32570
- Di Carlo, A., Baldereschi, M., Amaducci, L., Maggi, S., Grigoletto F., Scarlato, G., & Inzitari, D. (2000). Cognitive Impairment without demencia in older people: Prevalence, vascular risk factors, impact on disability: The Italian Longitudinal Study on Aging. *Journal of the American Geriatric Society*, 48(7), 775-782.
- Freitas, S., Simões, M.R., Marôco, J. Alves, L. & Santana, I. (2012). Construct validity of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA). *Journal of the Internacional Neuropsychology Society*, 18, 1-9.
- Matos, A. I. P., Mourão, I. & Coelho, E. (2016). Interaction between age, education, time of institutionalization and physical exercise in the cognitive function and depression in the elderly. *Motricidade*, 12(2), 38 – 47. DOI: <http://dx.doi.org/10.6063/motricidade.6805>
- Matos, I. P.M. (2023). *Associação entre Idade, Função Cognitiva, Atenção e Tempo de Reação em Idosos com Declínio Cognitivo Major*. (Dissertação de mestrado, Universidade do Porto, Porto, Portugal).

- Rabelo, D. F. (2009). Comprometimento Cognitivo Leve em Idosos: avaliação, fatores associados e possibilidades de intervenção. *Revista Kairós : Gerontologia*, 12(2), 65–79. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2009v12i2p%25p>
- Radanovic, M., Stella, F., & Forlenza, O. V. (2015). Comprometimento cognitivo leve. *Revista de Medicina*, 94(3), 162–170. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v94i3p162-168>
- Santana, I., Duro, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., Simões, M. R. & Freitas, S. (2016). Mini-Mental State Examination: Screening and Diagnosis of Cognitive Decline, Using New Normative Data. *Acta Med Port*, 29(4), 240-248.
- Soria, I.G., Iguacel, I., Latorre, A.A., Marrupe, P.P., Latorre, E., Zaldívar, J.N.C. & Calatayud, E. (2023). Cognitive stimulation and cognitive results in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 104. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104807>
- Sousa, P., Ferreira, J. M. & Sá, M. C. (2019). Mild Cognitive Impairment Prevalence in Elderly of a Primary Health Care Unit. *AIMGF magazine*, 9(2), 9 – 17.
- Stern, Y., Arenaza-Urquijo, E. M., Bartrés-Faz, D., Belleville, S., Cantilon, M., Chetelat, G., Vuoksima, E. (2020). Whitepaper: Defining and investigating cognitive reserve, brain reserve, and brain maintenance. *Alzheimer's & Dementia*, 16(9), 1305 – 1311. doi: 10.1016/j.jalz.2018.07.219
- Zortea, B., Gautério-Abreu, D. P., Santos, S. S. C., Silva, B. T. D., Ilha, S., & Cruz, V. D. (2015). Cognitive assessment on elderly people under ambulatory care. *Rev Rene*, 16(1), 123 – 131.

CAPÍTULO 20

Depressão, Solidão e Hábitos Tóxicos em Idosos Institucionalizados em ERPI no CSSSJ B

Areolina Durán^{1,2} & Mariana Dinis²

¹Universidade da Beira Interior, Portugal

²Centro de Solidariedade Social de São Jorge da Beira, Portugal

Autor Correspondente:

Areolina Durán. E-mail: areolinadelgadoduran@gmail.com

Mariana Dinis. E-mail: mariana.dinis99@hotmail.com

Resumo: É evidente que com o avançar da idade, os idosos estão sujeitos a mudanças físicas, psicológicas e sociais. Como exemplos destacam-se a Depressão, a Solidão e o Consumo de substâncias. O presente estudo pretende caracterizar a Depressão, Solidão e Hábitos Tóxicos em idosos institucionalizados em ERPI no Centro de Solidariedade Social de São Jorge da Beira. Método: Estudo quantitativo, descritivo, transversal e correlacional, numa amostra não probabilística, por conveniência de 36 idosos, de um universo de 45. Aplicaram-se, presencialmente, 3 instrumentos: Questionário Sociodemográfico; Escala de Depressão Geriátrica (GDS) e Escala de Solidão (UCLA), entre janeiro e março de 2024. Foram respeitados todos os princípios éticos. A análise dos dados foi mediante o SPSS versão 28.0. Resultados: Os participantes encontram-se na faixa etária entre os 60 e os 94 anos ($M=82.83 \pm 8.20$), a maioria são mulheres (63.9%). 50.0% são viúvos e 44.4% têm o 4º ano de escolaridade. 33.3% consumiram bebidas alcoólicas e 25.0% outras substâncias. Constatou-se que a maioria manifestou depressão ligeira e metade apresentou níveis de Solidão. Verificaram-se correlações positivas e significativas entre Depressão com Solidão e Consumo de Álcool com Consumo de Tabaco. Discussão: É importante desenvolver programas de intervenção emocional de forma a diminuir a Depressão e a Solidão.

Palavras-chave: Depressão; Solidão; Hábitos Tóxicos; Idosos; Envelhecimento.

Introdução

O fenómeno do envelhecimento demográfico emerge como uma realidade intrínseca ao panorama sociodemográfico português. Pesquisadores como Singh & Misra (2009) postulam que a depressão assume uma dimensão problemática que coexiste com a experiência da Solidão, muitas vezes obscurecendo os sintomas desta última. Por outro lado, Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkey & Thisted (2006) sustentam que a Solidão e a depressão mantêm uma relação interdependente, exercendo influência recíproca ao longo do tempo, embora sejam conceitos distintos na sua essência.

A Depressão é uma condição de saúde mental comum entre os idosos, muitas vezes associada a uma série de fatores, incluindo doenças crônicas (Gomes et. al., 2024), perda de entes queridos, aspetos sociais e emocionais, como o encerramento da trajetória profissional, mudança de hábitos, declínio funcional e Solidão (Cruz et al., 2021).

Estudos conduzidos por Gomes et al. (2023) corroboram que a Solidão está associada a um aumento no risco de desenvolvimento de Depressão, o que, por sua vez, pode impulsionar o uso de Álcool e Tabaco como mecanismos de automedicação. Este padrão de consumo pode exacerbar tanto os sintomas depressivos quanto a percepção de Solidão, instaurando assim um círculo vicioso que contribui para a deterioração simultânea da saúde mental e física.

Por sua parte, o Consumo de Álcool e Tabaco entre a população idosa é uma questão complexa, influenciada por fatores psicossociais e com consequências significativas para a saúde. Os idosos frequentemente recorrem a essas substâncias como mecanismos de enfrentamento para lidar com stress, Solidão e sintomas depressivos (Dourado et. al., 2022), utilizando-os como formas de automedicação diante de desafios como aposentadoria ou perda de entes queridos (León et al., 2023). No entanto, o consumo excessivo está associado a uma variedade de problemas de saúde, incluindo doenças cardiovasculares, cancro e comprometimento cognitivo. Além disso, o uso de Álcool pode interagir negativamente com medicamentos prescritos, aumentando o risco de efeitos colaterais. Enquanto alguns idosos podem recorrer a essas substâncias para lidar com a depressão, o consumo excessivo pode intensificar esses sintomas e desencadear um círculo vicioso de dependência, exacerbando ainda mais os problemas de saúde mental (León et al., 2023).

Portanto, é crucial reconhecer a interconexão entre depressão, Solidão e Consumo de substâncias nos idosos para desenvolver estratégias de tratamento que abordem eficazmente todas as facetas dessas condições complexas. Neste sentido, o presente estudo pretende, numa amostra de idosos institucionalizados em ERPI no Centro de Solidariedade Social de São Jorge da Beira (CSSSJB):

- Identificar os níveis de Depressão e Solidão;
- Determinar se existe associação entre Depressão, Solidão e Hábitos Tóxicos, como o Consumo de Álcool e Tabaco;
- Explorar se existe relação entre as variáveis Género, Idade, Estado Marital, Consumo de Álcool e Consumo de Tabaco com a Depressão Geriátrica.
- Explorar se existe relação entre as variáveis Género, Idade, Estado Marital, Consumo de Álcool e Consumo de Tabaco como a Solidão.
- Identificar se existem correlações entre as variáveis Depressão Geriátrica, Solidão e Consumo de substâncias.

Método

Foi realizado um estudo quantitativo, descritivo, transversal e correlacional entre janeiro e março de 2024. Constituída por uma amostra por conveniência, não probabilística de 36 utentes, num universo de 45 idosos, institucionalizados em ERPI no CSSSJB, que decidiram participar voluntariamente no presente estudo.

Para a recolha de dados foram aplicados três questionários presencialmente, recolhidos num momento único: Escala de Depressão Geriátrica (Sheikh & Yesavage, 1986, com adaptação de João Apóstolo, 2011) e Escala de Solidão (Pocinho e Farate, 2010).

Foram respeitados todos os princípios éticos (garantida do consentimento informado, livre e esclarecido, a confidencialidade das informações, bem como anonimato do participante).

Resultados

As medidas descritivas utilizadas neste estudo são a média e o desvio padrão. Não obstante, os testes t-student para amostras independentes, permitem avaliar as diferenças entre o Género, a Depressão e a Solidão; as diferenças entre a Idade, a Depressão e a Solidão; as diferenças entre o Estado marital, a Depressão e a Solidão, por último, o Consumo de substâncias, a Depressão e a Solidão. Por outro lado, a correlação de Pearson permite identificar se existem correlações entre as variáveis Depressão Geriátrica, Solidão e Consumo de substâncias.

Os dados obtidos foram analisados a partir do programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 28.0 para o Windows.

Caraterização sociodemográfica da amostra

Os participantes encontram-se na faixa etária entre os 60 e os 94 anos. No que diz respeito à média das idades, esta é de 82.83 ± 8.20 . Referente ao género, 63.9% são mulheres e 36.1% são homens. Em relação à nacionalidade, 100% dos participantes são portugueses. Observou-se que 50.0% dos participantes são viúvos e 44.4% têm o 4º ano de escolaridade.

No que concerne ao consumo de substâncias no passado, 33.3% dos participantes afirmaram ter consumido bebidas alcoólicas e 25.0% consumiram outras substâncias.

Tabela 1 – *Caraterização Sociodemográfica (N=36)*

Variável	Categoria	N	%
Idade	60-80	9	25.2
	≥80	20	74.8
Género	Masculino	13	36.1
	Feminino	23	63.9
Estado marital	Solteiro/a	11	30.6
	Casado/a	6	16.7
	Divorciado/a	1	2.8
	Viúvo/a	18	50.0
Consumo de Álcool no passado	Sim	12	33.3
	Não	24	66.7
Consumo de outras substâncias no passado	Sim	9	25.0
	Não	27	75.0

É possível constatar que numa amostra de 36 pessoas, 15(41.7%) não manifestam Depressão, 13(36.1%) apresentam Depressão Ligeira e 8(22.2%) demonstra Depressão Grave como se pode observar na Tabela 2.

Tabela 2 – Níveis de Depressão Geriátrica (N=36)

Níveis de Depressão Geriátrica	N	%	M	DP
			6.42	3.53
Sem Depressão	15	41.7		
Ligeira	13	36.1		
Grave	8	22.2		

Quanto a prevalência de Solidão evidencia-se na tabela 3 que metade da amostra (50%) apresenta Solidão.

Tabela 3 – Níveis de Solidão (N=36)

Níveis de Solidão	N	%	M	DP
			31.47	11.37
Com Solidão	18	50		
Sem Solidão	18	50		

A partir da comparação entre o género e as variáveis Depressão Geriátrica e Solidão (Tabela 4), concluímos que não existem diferenças significativas para ambas, tendo em conta que para a Depressão $t(34) = -1.024$; $\rho > .05$ e para a Solidão $t(34) = -.064$; $\rho > .05$.

Tabela 4 – Teste T-Student para comparação do Género e Depressão Geriátrica e Género e Solidão (N=36)

	Género	N	M	t(df)	Sig.
Depressão Geriátrica	Feminino	23	5.62	-1.024(34)	.313
	Masculino	13	6.87		
Solidão	Feminino	23	31.31	-.064(34)	.949
	Masculino	13	31.57		

Através da comparação entre a idade e as variáveis Depressão Geriátrica e Solidão (Tabela 5), constatamos que não existem diferenças estatisticamente significativas, quer para uma, quer para outra, uma vez que para a Depressão $t(34) = -.621$; $\rho > .05$ e para a Solidão $t(34) = -.921$; $\rho > .05$.

Tabela 5 – Teste T-Student para comparação da Idade e Depressão Geriátrica e Idade e Solidão (N=36)

	Idade	N	M	t(df)	Sig.
Depressão Geriátrica	< 80	9	5.78	-.621(34)	.539
	≥ 80	27	6.63		
Solidão	< 80	9	28.44	-.921(34)	.364
	≥ 80	27	32.48		

Na comparação do Estado Marital com ambas as variáveis, percebe-se que não existem diferenças significativas entre as mesmas, visto que para a Depressão $t(34) = -.420$; $\rho > .05$ e para a Solidão $t(34) = 1.226$; $\rho > .05$.

Tabela 6 – Teste T-Student para comparação entre o Estado Marital e a Depressão Geriátrica e O Estado Marital e a Solidão (N=36)

	Estado Marital	N	M	t(df)	Sig.
Depressão Geriátrica	Viúvo/a	18	6.17	-.420(34)	.677
	Outro	18	6.67		
Solidão	Viúvo/a	18	33.78	1.226(34)	.229
	Outro	18	29.17		

Na Tabela 7, não se verificam diferenças significativas entre a Solidão e o Consumo de Álcool visto que $t(34) = -1.962$; $p > .05$. Contrariamente, observam-se diferenças entre a Depressão e o Consumo de Álcool, uma vez que $t(34) = -2.463$; $p < .05$ ($M_{sim} = 4.5$, $M_{não} = 7.38$).

Tabela 7 – Teste T-Student para comparação entre o Consumo de Álcool e a Depressão Geriátrica e Consumo de Álcool e a Solidão (N=36)

	Consumo de Álcool	N	M	t(df)	Sig.
Depressão Geriátrica	Sim	12	4.5	-2.463(34)	.019
	Não	24	7.38		
Solidão	Sim	12	26.42	-1.962(34)	.058
	Não	24	34.00		

Para o Consumo de Tabaco, não se constata diferenças estatisticamente significativas, como se pode ver na Tabela 8 ($t(34) = -1.891$; $p > .05$ para a Depressão e $t(34) = -1.490$; $p > .05$ para a Solidão).

Tabela 8 – Teste T-Student para comparação entre o Consumo de Tabaco e a Depressão Geriátrica e o Consumo de Tabaco e a Solidão (N=36)

	Consumo de Tabaco	N	M	t(df)	Sig.
Depressão Geriátrica	Sim	9	4.56	-1.891(34)	.067
	Não	27	7.04		
Solidão	Sim	9	26.67	-1.490(34)	.146
	Não	27	33.07		

Os valores das correlações entre as dimensões da Depressão Geriátrica, Solidão e Consumo de substâncias são positivos e com força fraca a forte (ver Tabela 9). Os sinais das correlações têm o sentido esperado, o que significa que quanto maior a Depressão maior é a Solidão e quanto maior é o Consumo de Álcool maior o Consumo de Tabaco. Realça-se a correlação entre a Depressão Geriátrica e a Solidão ($r=.542$) e o Consumo de Álcool e o Consumo do Tabaco ($r=.816$).

Tabela 9 – Correlação entre Depressão Geriátrica, Solidão e Consumo de substâncias

	Depressão Geriátrica	Solidão	Consumo de Álcool	Consumo de Tabaco
Depressão Geriátrica		.542**	.389*	.308
Solidão	.542**		.319	.248
Consumo de Álcool	.389*	.319		.816**
Consumo de Tabaco	.308	.248	.816**	

** $\rho \leq .001$ * $\rho \leq .05$

Discussão

A prevalência da Depressão Geriátrica tem se tornado uma inquietação crescente a nível global, atribuível ao fenómeno do envelhecimento demográfico. Frequentemente correlacionada com a Solidão e o uso de substâncias como o Álcool e o Tabaco, a Depressão Geriátrica pode apresentar-se de maneiras diversas na população idosa.

A partir da análise dos resultados do presente estudo é possível observar que a maioria dos indivíduos estudados, apresenta sintomas de Depressão Leve (36.1%) e Grave (22.2%). Da mesma forma, constata-se que 50% dos participantes relatam sentir Solidão. Estes dados confirmam os resultados de Singh & Misra (2009) que referem que a Depressão é um problema que acompanha a Solidão dissimulando os sintomas da Solidão.

Embora não tenham sido identificadas diferenças estatisticamente significativas, constatou-se que a média dos sintomas de Depressão Geriátrica e Solidão é maior entre os homens, ao contrário do que foi observado por Bergdahl et al. (2007), Cacioppo et al. (2006) e Faísca et al. (2019), que sugeriram uma maior incidência de Depressão entre mulheres.

Por outro lado, não se constataram diferenças estatisticamente significativas entre a Idade e a Depressão e a Idade e a Solidão tal como nos resultados de Faísca et al. (2019), embora Rodrigues (2013) aponte que quanto maior é a idade, maior é a Solidão, e esta última está associada à Depressão. Igualmente, não se constataram diferenças significativas entre Depressão e Solidão com o Estado Marital, entre a Solidão e o Consumo de Álcool, bem como entre o Consumo de Tabaco e a Depressão e a Solidão.

Contrariamente, observaram-se diferenças significativas entre a Depressão e o Consumo de Álcool, uma vez que os idosos que não consumiram Álcool apresentaram maior nível de Depressão. Estes resultados indicam que indivíduos com menores níveis de Depressão Geriátrica tendem a ter um consumo médio mais elevado de Álcool e Tabaco, contrariando as informações previamente relatadas na literatura.

No entanto, a presença de sintomas de Depressão Geriátrica demonstrou uma associação positiva, embora fraca, na correlação de Pearson, com o Consumo de Álcool e Tabaco, corroborando a noção de que a Depressão está ligada ao uso e abuso de substâncias, conforme descrito por Conner et al. (2009). As correlações entre o Consumo de Álcool e Tabaco revelaram-se positivas e fortes, confirmando a tendência de que o consumo excessivo de Álcool está associado ao consumo excessivo de Tabaco, conforme apontado por Letenneur et al. (2004). As correlações entre a Depressão Geriátrica e a Solidão mostraram-se positivas e de intensidade moderada a forte, corroborando estudos de Faísca et al. (2019), Raut et al. (2014), Rodrigues (2013) e Aylaz et al. (2012).

O principal contributo deste estudo é ressaltar a urgência de intervenção e prevenção da sintomatologia depressiva, da Solidão e do Consumo de Substâncias Tóxicas como o Álcool e o Tabaco na velhice, bem como enfatizar a importância de discutir e analisar a relação entre essas dimensões. Os resultados evidenciam altas prevalências de sintomatologia depressiva (58,3%) e de Solidão (50%), destacando-se uma associação significativa entre essas duas variáveis. Da mesma forma, constatou-se uma correlação positiva e forte entre o Consumo de Álcool e o Consumo de Tabaco.

Assim, como em qualquer pesquisa de cunho científico, é importante destacar algumas limitações. A principal delas reside no tamanho da amostra, o qual poderia ser ampliado em estudos subseqüentes para garantir maior consistência nos resultados. Recomenda-se a inclusão de utentes de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e de Centros de Dia (CD) para enriquecer a diversidade dos participantes. Além disso, sugere-se a realização futura de uma triangulação de dados, explorando a inter-relação entre Depressão, Solidão, Consumo de Álcool e Tabaco, e a presença de demência em idosos.

Referências Bibliográficas

- Apóstolo, J. (2011). Adaptation into European Portuguese of the geriatric depression scale (GDS-15). *Revista de Enfermagem Referência - Suplemento Actas e Comunicações XI Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem Vol. II*, 3(4 Supl.), 452.
- Aylaz, R., Aktürk, Ü., Erci, B., Öztürk, H. & Aslan, H. (2012). Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(3), 548-554. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.03.006>.
- Bergdahl, E., Allard, P., Alex, L., Lundman, B., & Gustafson, Y. (2007). Gender differences in depression among the very old. *International Psychogeriatrics*, 19(6), 1125–1140. doi:10.1017/S1041610207005662
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21(1), 140–151. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140>
- Cruz, E., Neves, A., Rocha, A., Macário, R., Anjos, J., Lima, T., Melo, A. & Nascimento, P. (2021). Assistência em Saúde ao Idoso com quadro Depressivo/ Health Care for the Elderly with Drepressive Signs. ID on line. *Revista de psicologia*. <https://doi.org/10.14295/idonline.v15i57.3285>
- Conner, K.; Pinquart, M. & Gamble, S. (2009). Meta-analysis of depression and substance use among individuals with alcohol use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37, 127–137.
- Dourado, C. A. R. de O., Andrade, M. S., Silva, M. A. S. da., Pinho, C. M., & Lima, M. C. L. de. (2022). Coerção sexual, dependência de Álcool, depressão e prática sexual desprotegida. *Revista Recien - Revista Científica De Enfermagem*, 12(39), 39–48. <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.39.39-48>.
- Fáisca, L., Afonso, R., Pereira, H. & Patto, M. (2019). Solidão e sintomatologia depressiva na velhice. *Análise Psicológica*, 2(37), 209-222. doi: 10.14417/ap.1549
- Gomes Andreato, V., Silva, M. S. G., Achy, M. T. F., Martinez, S., & Paulo Afonso. (2023). Routine and quality of life of smokers and alcohol users during the covid-19 pandemic in Brazil. *InterAmerican Journal of Medicine and Health*, 6. <https://doi.org/10.31005/iajmh.v6i.254>
- Gomes, I. C. R., Nascimento, S. P. do, Nascimento, C. V. da S., Rocha, M. T., Sá, E. G. C. de, Sobral, M. J. de M., ... Gugel, A. (2024). A dor crônica no idoso seus impactos na vida social: uma revisão integrativa. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 10(1), 502–510. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i1.12982>.
- León, P., Gogeoascoechea-Trejo, M., Blázquez-Morales, M. & Sánchez-Solis, A. (2018). Factores asociados con el consumo de alcohol y Tabaco en adultos mayores. *Universidade Médica de Universidade Veracruzana*, 18(1). <https://doi.org/10.25009/rmuv.2018.1.27>

- Letenneur, L., Larrieu, S. & Barberger-Gateau P. (2004). Alcohol and tobacco consumption as risk factors of dementia: a review of epidemiological studies, *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 58(2), 95-99. <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2003.12.004>.
- Pocinho, M., Farate, C. & Dias, C. A. (2010). Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses. *Interações*, 10(18), 65 - 77.
- Raut, Nitin B.; Singh, Shipra; Subramanyam, Alka A.; Pinto, Carlos; Kamath, Ravindra M. & Shanker, Sunitha (2014). Estudo da Solidão, depressão e mecanismos de enfrentamento em idosos. *Journal of Geriatric Mental Health* 1(1), 20-27| DOI: 10.4103/2348-9995.141920
- Rodrigues, C. (2013). *A Solidão e a Depressão nos idosos: estudo numa amostra da população portuguesa*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Instituto Superior Miguel Torga. Escola Superior de Altos Estudos.
- Singh, A., Misra, N. (2009). Loneliness, depression and sociability in old age. *Industrial Psychiatry Journal* 18(1), 51-55. | DOI: 10.4103/0972-6748.57861.

CAPÍTULO 21

A saúde mental também vai a votos: a psicologia nos programas eleitorais

José Sargento¹; Sandra Oliveira² Cátia Magalhães^{1,3}

¹Escola Superior de Educação-Politécnico de Viseu, CI&DEI – Politécnico de Viseu, Portugal

²Agrupamento de Escolas de Sever do Vouga, Portugal

³ISAMB Faculdade de Medicina – Universidade de Lisboa, Portugal

Autor correspondente: José Sargento E-mail: jsargento@esev.ipv.pt

Resumo

Introdução: A perceção pública da necessidade de garantir o acesso aos serviços de psicologia e saúde mental tem vindo a crescer. Pretende-se, neste trabalho, explorar e comparar os programas eleitorais para as eleições legislativas de 2019 e 2024, no que à psicologia e saúde mental diz respeito. **Método:** Procedeu-se, para o efeito, a uma análise de conteúdo dos programas eleitorais para as eleições legislativas de 2019 e 2024 dos vários partidos ou coligações com assento parlamentar. Efetuou-se, num primeiro momento, a contabilização dos termos: 1) *psicologia/psicólogo/a/os/psicológico*, 2) *saúde mental*, excluindo-se os índices e títulos. Constituíram-se, num segundo momento, categorias. **Resultados:** No seu conjunto, em 2019, as propostas eleitorais dos vários partidos com assento parlamentar referiam 16 vezes os termos *psicologia/psicólogo/a/os/psicológico/a* e 18 vezes a expressão *saúde mental*. Nas propostas eleitorais de 2024 o número de referências subiu, respetivamente, para 69 e 106. As principais categorias destacadas foram: compromissos de contratação de psicólogos; investimento em saúde mental; criação de respostas específicas; programas de intervenção comunitária e de promoção da saúde; carreira dos psicólogos e facilitação do acesso aos serviços privados de psicologia. **Discussão:** Os resultados sugerem uma crescente preocupação dos partidos políticos com o acesso aos serviços de psicologia e saúde mental, acompanhando a perceção pública da relevância desta temática. Em muitos casos, todavia, esta preocupação não se concretiza, ainda, em propostas concretas e integradas.

Palavras-chave: psicologia; saúde mental; políticas públicas; acesso à saúde

Abstract

Introduction: Public perception of the need to guarantee access to psychology and mental health services has been growing. The aim of this paper is to explore and compare electoral programs for the 2019 and 2024 legislative elections, regarding psychology and mental health. **Method:** A content analysis of the electoral programs for the 2019 and 2024 legislative elections of the various parties or coalitions with parliamentary seats was carried out. The following key words were counted: 1) *psychology/psychologist/psychologic*, 2) *mental health*. Indexes and titles were excluded from the count. Additionally, categories were created. **Results:** In 2019,

the electoral proposals of the various parties with parliamentary seats referred to the keywords psychology/psychologist/psychological 16 times and the keyword mental health 18 times. In the 2024 electoral proposals, the number of references increased, respectively, to 69 and 106. The main categories found were: commitment to hiring psychologists; investment in mental health; specific mental health responses; community intervention and mental health promotion programs; psychologist's career, and facilitating access to private psychology services. **Discussion:** The results suggest a growing concern among political parties with access to psychology and mental health services, in line with the public perception of the relevance of this topic. In many cases, however, this concern is not yet materialized into concrete and integrated proposals.

Key-words: psychology; mental health; public policy; access to healthcare

Introdução

A sintomatologia psicopatológica assume, em Portugal, níveis preocupantes. Os dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico - OCDE (2020) dão conta, a este respeito, que 23 % das pessoas adultas em Portugal apresentam sintomas, ao passo que essa taxa baixa para os 11% quando considerada a média da União Europeia.

Quando não há acesso a uma intervenção adequada, o sofrimento psicológico, organizado em várias constelações sintomáticas, pode ter um efeito devastador na vida das pessoas e das famílias (OCDE, 2020). A acrescer a estes insuportáveis custos humanos, os problemas de saúde mental têm um enorme custo económico, podendo o impacto no Produto Interno Bruto (PIB) ser de 4,2 % (OCDE, 2021).

Vários estudos dão conta do aumento da incidência de problemas de saúde mental com a pandemia de COVID-19. Os dados da Entidade Reguladora da Saúde – ERS (2023), referentes a 2020, dão conta, a este respeito, de uma subida das taxas de depressão, ansiedade e outras perturbações psicológicas em Portugal. Na mesma linha, diversos estudos sinalizam a degradação da qualidade de vida, o aumento de sintomas de depressão e ansiedade, alterações do sono e do apetite (Almeida & Júnior, 2021; Ayodogdu, 2021; Fancourt, Steptoe & Bu, 2021; Paiva et al, 2021; Racine et al, 2021; Ravens-Sieberer et al., 2021).

Paralelamente a esta subida da sintomatologia psicopatológica, a pandemia parece, também, ter permitido uma visibilidade acrescida à importância da promoção da saúde mental. Neste contexto, em que parecem, por um lado, existir mais pessoas a necessitar de intervenção e cuidados e, por outro, as pessoas poderão estar mais disponíveis para procurarem ajuda, as necessidades de respostas na área da saúde mental, nomeadamente de Psicologia, podem ter aumentado substancialmente. Já antes da pandemia, o Conselho Nacional de Saúde (2019) referia dificuldades no acesso aos cuidados de saúde mental e os dados do Eurostat (2014) davam conta de uma taxa de 31,1 % de necessidades não satisfeitas na área da saúde mental por razões financeiras (como citado pela ERS, 2023). Se se atender a que o número de psicólogos e psiquiatras nos cuidados de saúde primários ainda se encontra longe do necessário (ERS, 2023), será avisado colocar a hipótese da taxa de necessidade não satisfeitas na área da saúde mental poder ter aumentado de forma significativa.

Face a este quadro, procura-se, neste trabalho, perceber se os vários partidos políticos, mesmo que partindo de coordenadas ideológicas muito distintas, acompanham, por um lado, aquela que parece ser a perceção da sociedade crescentemente sintonizada com a relevância da saúde

mental e, por outro, de que modo espelham no seu programa eleitoral a preocupação com a promoção e intervenção em saúde mental, nomeadamente na área da psicologia.

Métodos

Procedeu-se a uma análise de conteúdo dos programas eleitorais para as eleições legislativas de 2019 e 2024 dos vários partidos ou coligações com assento parlamentar. Efetuou-se, num primeiro momento, a contabilização dos termos: 1) *psicologia/psicólogo/a/os/psicológico* e 2) *saúde mental*, excluindo-se os índices e títulos. Constituíram-se, num segundo momento, categorias a partir dos principais conteúdos, de modo a poder organizar a informação.

Resultados

Análise de frequências

Os programas eleitorais para as eleições legislativas de 2019, dos vários partidos e coligações com representação parlamentar referem, no seu conjunto, 16 vezes os termos *psicologia/psicólogo/a/os/psicológico* e 18 vezes a expressão *saúde mental*. Nos programas eleitorais de 2024 o número de referências subiu para 69 e 106, respetivamente.

Tabela 1 – Frequências dos termos *psicologia; psicólogo/a; psicológico/a* e “*saúde mental* nos programas eleitorais para as eleições legislativas de 2019 e 2024

			2019		2024	
			<i>psicologia; psicólogo/a; psicológico/a</i>	<i>saúde mental</i>	<i>psicologia; psicólogo/a; psicológico/a</i>	<i>saúde mental</i>
Partido Social Democrata/ Aliança Democrática			0	1	6	4
Partido Socialista			1	2	6	5
Chega			0	0	9	4
Iniciativa Liberal			2	1	1	8
Bloco de Esquerda			3	7	9	5
Partido Comunista Português			5	4	6	5
Livre			5	3	32	75
TOTAL			16	18	69	106

Em 2019, o Chega não apresenta, no seu programa eleitoral, quaisquer referências aos termos *psicologia; psicólogo/a; psicológico/a* nem à expressão *saúde mental*. No programa eleitoral do Partido Social Democrata a expressão *saúde mental* surge uma única vez e não há qualquer referência aos termos *psicologia; psicólogo/a; psicológico/a*. Nas propostas eleitorais de todos os outros partidos há pelo menos uma referência a cada uma das expressões.

Nos programas eleitorais das eleições legislativas de 2024, todos os partidos e coligações fazem referência aos termos *psicologia; psicólogo/a; psicológico/a* (com a Iniciativa Liberal a fazê-lo uma única vez) e *saúde mental*. Destaca-se, neste ato eleitoral, o programa do Livre com 46,38 % das utilizações dos termos *psicologia; psicólogo/a; psicológico/a* e 70,75 % das referências à expressão *saúde mental*.

Análise de conteúdo

Da análise de conteúdo dos programas eleitorais de 2019 resultaram as seguintes categorias:

1. Compromissos de contratação de psicólogos – “reforço do Estado nas escolas (psicólogos (...))” (Partido Comunista Português, p. 97) “aumento significativo do número de psicólogos” (Bloco de Esquerda, 2019, p. 110); “generalizando os cuidados (...) de psicologia” nos cuidados de saúde primários (Partido Socialista, 2019, p.24).

As 9 referências à necessidade de contratação de psicólogos indicam os setores em que são necessários (Cuidados de Saúde Primários, Escola, Sistema Prisional, etc.), mas são vagas no que a metas diz respeito, não indicando números, rácios ou dotações financeiras.

2. Investimento em saúde mental – “reforço a resposta em saúde mental” (Bloco de Esquerda, 2019, p. 110); “aumento da dotação financeira para a saúde mental” (Partido Comunista Português, 2019, p. 72); “deteção atempada e o acompanhamento de questões do foro da saúde mental” (Iniciativa Liberal, 2019, p.104).

A intenção de reforçar os recursos afetos à saúde mental é descrita por 7 vezes, mas de uma forma vaga, sem especificação de verbas a alocar ou metas concretas a alcançar.

3. Criação de respostas específicas – “implementação urgente das equipas de saúde mental na comunidade” (Bloco de Esquerda, 2019, p.11); acompanhamento psicológico para vítimas de violência doméstica (Iniciativa Liberal, 2019, p. 167); criar “cuidados continuados em saúde mental” (Bloco de Esquerda, 2019, p. 111).

Há 9 referências à criação de respostas e serviços específicos na área da psicologia e saúde mental, nomeadamente no âmbito das respostas comunitárias e de disponibilização de acompanhamento psicológico a vítimas.

A análise dos programas eleitorais de 2024 permitiu extrair as seguintes categorias:

1. Compromissos de contratação de psicólogos
 - 1.1. Compromissos concretos de contratação de psicólogos: “atingir o rácio de 1 psicólogo para 500 alunos” (Bloco de Esquerda, 2024, p. 159); “o rácio de um psicólogo por 5 mil habitantes” (Bloco de Esquerda, 2024, p. 3; “1 psicólogo para 50 reclusos nos casos de abuso de substâncias e doença mental grave” (Livre, 2024, p. 126); “reforçar o número de psicólogos nos Cuidados de Saúde Primários – em cerca de 300 efetivos no imediato” (Partido Socialista, 2024, p. 64).
 - 1.2. Compromissos vagos de contratação de psicólogos: “reforço dos profissionais de Psicologia” (Chega, 2024, p. 63); “reforçar a capacidade de resposta, em todas as instituições de Ensino Superior, de serviços de apoio psicológico e de saúde mental” (Alternativa Democrática, 2024, p. 16); “reforço da resposta dos cuidados de saúde primários (...) na psicologia” (Partido Comunista Português, 2024, p.66).

Os programas eleitorais fazem, no seu conjunto, 25 vezes alusão à intenção de contratar psicólogos para diversos contextos (Cuidados de Saúde Primários, Escolas, Sistema Judicial, etc.). Destas, apenas 4 são acompanhadas de números, metas ou rácios concretos, sendo as restantes 21 alusões vagas à intenção de contratar.

2. Investimento em saúde mental: “reforçar os cuidados de saúde mental” (Partido Comunista Português, 2024, p. 51) “priorizar a saúde mental dos jovens” (Chega, 2024,

p. 63); “meios efetivos de acesso a cuidados de saúde mental” (Iniciativa Liberal, 2024, p. 105).

A intenção de aumentar o investimento em saúde mental parece transversal a todos os programas eleitorais, sendo referido 27 vezes. Este aumento não é, todavia, concretizado em números ou metas mensuráveis.

3. Criação de respostas específicas/para grupos específicos – “necessidades específicas de indivíduos LGBTIQA+, nomeadamente no que concerne à saúde mental” (Iniciativa Liberal, 2024, p. 105); “cuidar da saúde mental das e dos profissionais de saúde (...) generalizando os gabinetes de apoio psicológico” (Livre, 2024 p. 36); “respostas de apoio psicológico (RAP) para vítimas de assédio e violência sexual” (Livre, 2024, p.57); “equipas municipais que incluam psicólogos para prevenir situações de acumulação de animais” (Chega, 2024, p. 103).

Há, nas diversas propostas eleitorais, 11 referências à criação de respostas de acompanhamento/apoio psicológico para grupos específicos, em maior risco de vulnerabilidade.

4. Criação e/ou reforço de respostas e programas de intervenção comunitária e/ou promoção da saúde: “equipa comunitária de saúde mental por cada 50 a 100 mil habitantes” (Bloco de Esquerda, 2024, p.31); “currículo de literacia em saúde com a participação de profissionais da psicologia” desenvolver um currículo estruturado sobre literacia em saúde através de equipas multidisciplinares (com profissionais das áreas da psicologia (...))” (Livre, 2024, p.36);

A criação e/ou reforço de respostas comunitárias e programas de promoção da saúde mental merece 30 referências nos programas eleitorais.

5. Carreira dos psicólogos: “colocar todos os psicólogos no SNS na carreira de Técnico Superior de Saúde” (Bloco de Esquerda, 2024, p. 31); “eliminação dos vínculos precários dos psicólogos escolares” (Livre, 2024, p. 43).

Os programas eleitorais, no seu conjunto, aludem 5 vezes à necessidade de melhorar as condições laborais dos psicólogos, nomeadamente através da diminuição da precariedade e da valorização das carreiras de psicologia.

6. Facilitação do acesso aos serviços privados de psicologia: “criar o cheque Saúde Mental” (Chega, 2024, p.31); “estender a comparticipação de consultas de psicologia pela ADSE sem necessidade de prescrição médica (...)” (Livre, 2024, p.41).

A facilitação do acesso a serviços privados de psicologia merece 4 referências nas propostas eleitorais.

Discussão

Os resultados dão conta de um aumento substancial da frequência de utilização dos termos *psicologia*, *psicólogo/a*, *psicológico/a* (de 16 para 69) e *saúde mental* (de 18 para 106). Se, em 2019, as referências à psicologia e à saúde mental ainda eram escassas – com um dos

partidos, o Chega, a não utilizar nenhum dos termos – em 2024, todos os programas eleitorais têm diversas referências à temática, sugerindo uma preocupação crescente, transversal a todos os partidos, em acompanhar a percepção da sociedade sobre a importância da saúde mental, e em traduzir essa preocupação em propostas de alargamento do acesso a serviços de promoção e intervenção em saúde mental, nomeadamente na área da psicologia.

Nos programas eleitorais de 2019, as referências a medidas contratação de psicólogos e de investimento em saúde mental são ainda escassas e muito vagas, não se fazendo acompanhar de metas, rácios ou números. As propostas eleitorais contêm, ainda, alusões à criação de respostas específicas, cingindo-se a respostas para vítimas de violência doméstica e respostas de saúde mental comunitária.

Nas propostas eleitorais de 2024, as alusões à intenção de aumentar o investimento em saúde mental, bem como de contratar psicólogos para os mais diversos contextos são muito mais frequentes e, agora transversais a todos os programas eleitorais. São, todavia, ainda escassas as que se comprometem com metas mensuráveis. Nos programas eleitorais de 2024 há, também, um alargamento das respostas específicas, dirigidas, agora, a mais grupos em risco de vulnerabilidade, e um maior destaque para a promoção da saúde e intervenção comunitária. Nas propostas eleitorais surgem pela primeira vez, ainda que de forma tímida, referências à melhoria das condições de trabalho dos psicólogos e à facilitação do acesso aos serviços privados de psicologia.

Este trabalho apresenta inúmeras limitações, desde logo ter-se cingido à análise dos programas eleitorais referentes a duas eleições legislativas (2019 e 2024), não incluindo as propostas eleitorais das eleições legislativas de 2022. Esta análise poderia ter acrescentado informação relevante para aferir se esta aparente maior preocupação com a saúde mental é uma tendência consistente.

Não obstante as limitações, os resultados deste trabalho permitem perceber uma crescente preocupação dos partidos políticos com o acesso aos serviços de psicologia e saúde mental, acompanhando a crescente percepção pública da relevância destes serviços. Em muitos casos, todavia, esta preocupação não se concretiza, ainda, em propostas concretas e integradas. Será, assim, importante, continuar a acompanhar as propostas dos vários partidos em iniciativas legislativas e em futuros atos eleitorais, bem como a sua concretização efetiva no terreno.

Referências bibliográficas

- Aliança Democrática (2024). *Mudança Segura – Programa Eleitoral AD 2024*. Aliança Democrática
- Almeida, I. & Júnior, A. (2021). Os impactos biopsicossociais sofridos pela população infantil durante a pandemia do COVID-19. *Research, Society and Development*, 10 (2). e54210212286. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12286>
- Aydogdu, A.L. (2021). Saúde mental das crianças durante a pandemia causada pelo novo coronavírus: revisão integrativa. *Journal Health NPEPS*. 5(2). <http://dx.doi.org/10.30681/252610104891>
- Conselho Nacional de Saúde (2019). *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Conselho Nacional de Saúde
- Entidade Reguladora da Saúde (2023). *Acesso a serviços de saúde mental nos Cuidados de Saúde Primários*. Entidade Reguladora da Saúde.

- Bloco de Esquerda (2019). *Programa Eleitoral 2019-2023 – Faz Acontecer*. Bloco de Esquerda.
- Bloco de Esquerda (2024). *Fazer o que nunca foi feito – Programa eleitoral do Bloco de Esquerda*. Bloco de Esquerda
- Chega (2019). *Programa Político Chega 2019*. Chega
- Chega (2024). *Limpar Portugal*. Chega
- Fancourt, D.; Steptoe, A. & Bu, F. (2021). Trajectories of anxiety and depressive symptoms during enforced isolation due to COVID-19 in England: a longitudinal observational study. *Lancet Psychiatry*, 8: 141-149. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30482-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30482-X)
- Iniciativa Liberal (2019). *Compromisso Eleitoral – Descomplicar Portugal*. Iniciativa Liberal
- Iniciativa Liberal (2024). *Por um Portugal com Futuro – Programa Eleitoral Legislativas 2024*. Iniciativa Liberal
- Livre (2019). *Libertar o Futuro – Programa do Livre às eleições legislativas de 2019*. Livre.
- Livre (2024). *Contrato com o Futuro – Programa do Livre às eleições legislativas de 2024*. Livre
- OECD (2021). *A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/4ed890f6-en>.
- OECD/European Union (2020). *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD. *Mental Ill-Health*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/4ed890f6-en>.
- Paiva, E.D.; Silva, L.R.; Machado, M.E.; Aguiar, R.C.; Garcia, K.R. & Acioly, P.G. (2021). Child behavior during the social distancing in the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Enferm.* 74(Suppl 1):e20200762. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0762>
- Partido Comunista Português (2019). *Programa Eleitoral do Partido Comunista Português – Soluções para um Portugal com futuro*. Partido Comunista Português
- Partido Comunista Português (2024). *Programa Eleitoral do Partido Comunista Português – Política patriótica e de esquerda: Soluções para um Portugal com futuro*. Partido Comunista Português
- Partido Social Democrata (2019). *Programa Eleitoral*. Partido Social Democrata.
- Partido Socialista (2019). *Fazer ainda mais e melhor – Programa Eleitoral do Partido Socialista*. Partido Socialista.
- Partido Socialista (2024). *Plano de Ação para Portugal Inteiro 2024*. Partido Socialista.
- Racine, N.; McArthur, B.A.; Cooke, J.E.; Eirich, R., Zhu, J. & Madigan, S. (2021) Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 175(11):1142–1150. [doi:10.1001/jamapediatrics.2021.2482](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482)
- Ravens-Sieberer, U.; Kaman, A.; Erhart, M.; Devine, J.; Schlack, R. & Otto, C. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5>

CAPÍTULO 22

É necessário aumentar a literacia em TNC? I. Sim, por motivos comportamentais

Rute F. Meneses¹

¹ FCHS-UFP, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, FP-I3ID, Instituto de Investigação, Inovação e Desenvolvimento da Fundação Fernando Pessoa, RISE-UFP, Rede de Investigação em Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal

Autor Correspondente: Rute F. Meneses. E-mail: rmeneses@ufp.edu.pt

Resumo: Há elevado uso de terapêuticas não convencionais (TNC), muitas vezes em substituição das convencionais (eficazes) ou em simultâneo, mas sem informar os profissionais das convencionais, com riscos para a saúde. Assim, o objectivo do estudo é: caracterizar comportamentos relativos a TNC de adultos. Este estudo descritivo e transversal envolveu uma amostra de conveniência de 532 adultos, que moravam em Portugal aquando da participação. Após a obtenção das devidas autorizações, o estudo foi divulgado através do Gabinete de Comunicação e Imagem da UFP, redes sociais, técnica de bola de neve, *Newsletter* de Apoio à Investigação em Saúde Psicológica da OPP e *site* Eu Sinto.me. Os dados foram recolhidos via *Google Forms*, entre 1/10/2021 e 15/4/2024, através de um questionário desenvolvido com base na literatura. A última prática de (auto-)cuidados de saúde de 45,8% fora convencional; 63,9% usava ambos os tipos; 20,5% auto-administrara uma TNC; 28,5% usava TNC com alguma frequência; 8,6% já usara TNC contra a indicação de um profissional; 58,5% nunca falara de TNC com o profissional de referência; 22,2% não o informava quando usava TNC; 8,7% tivera experiência negativa com TNC. Para melhorar a saúde em Portugal, urge aumentar a literacia em TNC.

Palavras-chave: Terapêuticas não convencionais; Literacia em saúde; Comportamentos de saúde.

Abstract: Complementary and Alternative Medicine (CAM) is very frequently used, often replacing conventional (effective) therapies or simultaneously, but without discussing it with conventional professionals, with risks to health. Therefore, the aim of the study is to characterize CAM related behaviors in adults. This descriptive and cross-sectional study involved a convenience sample of 532 adults, who lived in Portugal at the time of participation. After obtaining the necessary authorizations, the study was disseminated through the UFP Communication and Image Office, social networks, snowball technique, OPP's Newsletter to

Support Research in Psychological Health and the Eu Sinto.me website. Data were collected via Google Forms, between 10/1/2021 and 4/15/2024, through a questionnaire based on the literature. The last health (self-)care practice of 45.8% was conventional; 63.9% used both types; 20.5% self-administered a CAM; 28.5% used CAM with some frequency; 8.6% had already used CAM against the advice of a professional; 58.5% had never discussed CAM with the professional of reference; 22.2% did not inform him/her when using CAM; 8.7% had a negative experience with CAM. To improve health in Portugal, there is an urgent need to increase CAM literacy.

Key-Words: Complementary and Alternative Medicine; Health literacy; Health behaviors.

Introdução

De um modo geral, o que, em Portugal, é (legalmente) designado por terapêuticas não convencionais (TNC), na literatura Anglo-Saxónica, é frequentemente conhecido pela sigla CAM(s) ou Medicina(s) Complementar(es) e Alternativa(s). “Apesar da sua popularidade, as TNC não são consensuais entre a comunidade médica e científica” (Nogueira, Sá, & Martins, 2022, p. 321), razões mais do que suficientes para que sejam cuidadosamente estudadas, não só mas também em Portugal.

Uma primeira tentativa para regular as práticas CAM em Portugal teve lugar em 2003 (Lei nº 45/2003, de 22 de Agosto), sendo, todavia, necessários 10 anos para que, em 2013, a Lei nº 71/2013, de 2 de Setembro, regulamentasse a Lei nº 45/2003, relativamente ao exercício profissional das actividades de aplicação de terapêuticas não convencionais, passando a ser reguladas as profissões no âmbito das terapêuticas não convencionais, reconhecendo-se as seguintes terapêuticas não convencionais: Acupuntura; Fitoterapia; Homeopatia; Medicina Tradicional Chinesa; Naturopatia; Osteopatia; e Quiropráxia. Estas etapas, e as subsequentes, fazem parte de um processo longo e não-linear durante o qual se constataram variadas divergências no âmbito destas práticas (Amaral & Fronteira, 2021; Bicho, Nikolaeva, & Lages, 2023; Santos & Mendes, 2020). Existem, contudo, muito mais terapêuticas não convencionais do que as que foram consideradas pela legislação nacional (Nogueira et al., 2022).

Mais recentemente, a Lei nº 95/2019, de 4 de Setembro, que aprova a Lei de Bases da Saúde, foca especificamente a CAM:

“Base 26 - Terapêuticas não convencionais

1 — O exercício das terapêuticas não convencionais é regulado pela lei, efetuado de modo integrado com as terapêuticas convencionais e de forma a garantir a proteção da saúde das pessoas e das comunidades, a qualidade assistencial e tendo por base a melhor evidência científica.

2 — É competência do ministério responsável pela área da saúde a credenciação, tutela e fiscalização da prática das terapêuticas não convencionais, de acordo com a definição aprovada pela Organização Mundial de Saúde” (p. 63).

Assim, em 2020, Santos e Mendes sublinharam os muitos avanços na regulamentação das CAM em Portugal. Em 2021, Amaral e Fronteira consideraram que o Sistema de Saúde Português

estava em transição entre um sistema inclusivo e um integrativo baseado na relação entre medicina alopática e tradicional/complementar, tendo a regulamentação da CAM contribuído para a sua função central, i.e., proteger o utente (através de práticas profissionais seguras e treino académico com padrões elevados), não tendo, todavia, contribuído ainda para um incremento do acesso a ou cobertura de CAM. De facto, devido ao processo em causa, relativo à regulamentação do treino e das actividades profissionais, tem-se tornado desafiante garantir um número de profissionais adequado com os padrões de qualidade necessários.

Amaral e Fronteira (2021) defenderam que a CAM deve ser reforçada, se concebida como complementar às terapias convencionais e não como alternativa, permitindo uma abordagem mais holística a situações de doença e de promoção do bem-estar. Logo, defenderam um Sistema de Saúde (Português) integrativo, em que todos possam aceder a CAM em complemento aos cuidados convencionais.

Anteriormente, Santos e Mendes (2020) haviam defendido um processo mais homogéneo e centralizado para a legislação sobre CAM a nível Europeu, de modo a evitar os pontos menos positivos do processo Português e facilitar uma melhor regulamentação, segurança dos utilizadores, padrões de prática profissional, protecção dos profissionais e investigação.

Em 2022, Nogueira et al. alertaram para o facto das terapêuticas não convencionais serem insuficientemente abordadas nos currículos de formação médica, tendo considerado que o elevado número de participantes do seu estudo indica o interesse dos médicos portugueses pela temática e a relevância de a debater, ainda que se tratasse apenas de cerca de 8% do universo possível de participantes. Adicionalmente, em 2023, Bicho et al. sublinharam que o conhecimento sobre práticas da CAM não estava adequadamente difundido.

Considerando que “a legitimidade das terapias de cura pode ser paradoxal, já que nem os resultados positivos podem garantir aceitabilidade se as práticas forem vistas como duvidosas”, Bicho et al. (2023, p. 891) entrevistaram fundadores/gestores de organizações de CAM que ofereciam as sete terapêuticas legais em Portugal. Dos 40 entrevistados, apenas 4 eram gestores sem treino como profissionais das terapêuticas em causa. As entrevistas tiveram lugar em 2012, 2013 e 2019, ou seja, antes e após a regulamentação legal. Os dados mostram que os gestores de CAM desenvolvem diversos esforços para legitimar as suas organizações – criação de confiança, educação sobre CAM dirigida à população geral, defesa da complementaridade em relação à biomedicina, competência profissional e (inter) pessoal, *marketing* e parcerias - , reconhecendo o papel central das regulamentações governamentais no processo de legitimação. Não se verificaram diferenças consideráveis com a legislação: estas práticas mantêm-se sob escrutínio, sendo a construção da confiança imprescindível. Assim, referiram que “a fasquia para a CAM parece estar bastante elevada: não só os profissionais devem empenhar-se na redução da percepção de risco ou incerteza do potencial cliente através de esforços de construção da confiança, mas os pacientes também só irão confiar no profissional se verificarem resultados positivos” (Bicho et al., 2023, p. 900).

Um outro elemento central na investigação sobre e uso de CAM são os profissionais de saúde convencional. Assim sendo, Nogueira et al. (2022) estudaram as atitudes, conhecimentos e perspectivas dos médicos inscritos na Ordem dos Médicos portuguesa em relação às terapêuticas não convencionais reguladas em Portugal, naquele que é provavelmente o primeiro estudo realizado em Portugal sobre estas variáveis junto de médicos Portugueses de várias especialidades. Com base numa amostra de 4334 médicos (23-98 anos), que responderam, *online*, entre 12 de Agosto de 2020 e 4 de Setembro de 2020, relataram que: 45,5% não se sentia

confortável para conversar, argumentar e esclarecer os doentes a respeito das terapêuticas não convencionais; 57,0% considerava que os currículos de formação médica deveriam incluir mais conteúdos sobre terapêuticas não convencionais; 29,3% já havia referenciado pelo menos uma vez um doente para um profissional de terapêuticas não convencionais; 68,6% considerava que a competência em Acupuntura médica da Ordem dos Médicos deveria permanecer disponível; e 72,4% considerava que as terapêuticas não convencionais não deveriam ser incluídas no Serviço Nacional de Saúde.

Os três factores que mais influenciavam as convicções dos médicos relativamente às terapêuticas não convencionais eram os “testemunhos de doentes” (46,3%), seguido de “opiniões de colegas profissionais de saúde” (43,2%) e “revisões sistemáticas/metanálises” (42,1%) (Nogueira et al., 2022). Consequentemente, os autores concluíram que os conhecimentos dos médicos portugueses relativamente às terapêuticas não convencionais pareciam ser reduzidos, com parte relevante dos inquiridos a não se considerar preparada para aconselhar os seus doentes, defendendo que eram relevantes estudos sobre as diferentes terapêuticas não convencionais regulamentadas, na perspectiva dos profissionais e dos utilizadores, promovendo a optimização do fornecimento de informação dos médicos aos seus utentes.

Chega-se, deste modo, ao terceiro elemento central da equação: os (potenciais) utilizadores. Em 2012, referindo que se desconhecia a utilização de CAM em Portugal, Carvalho, Lopes e Gouveia, propuseram-se a avaliá-la, numa amostra da Grande Lisboa. Para tal, administraram um questionário (em papel), desenvolvido o estudo, que listava 16 CAM, escolhidas com base na classificação do *National Center for Complementary and Alternative Medicine* e na oferta em Centros de Medicinas Alternativas e Complementares na região: Acupuntura, Fitoterapia, Naturopatia, Homeopatia, Suplementos Nutricionais e Dietéticos, Massagens Terapêuticas, Massagens de Estética e Relaxamento, Reflexologia, Reiki, Osteopatia, Quiropráxia, Meditação, Técnicas de Relaxamento, Hipnose, Psicoterapia e Aromoterapia, havendo a possibilidade de acrescentar outras práticas.

A amostra, de nacionalidade Portuguesa ($N=174$; 20-80 anos), revelou que: ainda que 77% tivesse médico de família e 47,1% o tivesse consultado com uma frequência anual ou superior, 75,9% já havia utilizado pelo menos uma vez alguma CAM - 25,8% uma CAM, 53,8% entre duas e cinco, 19,7% entre 6 e 10, e 5,3% mais de 10 práticas distintas, das 16 apresentadas; as práticas mais utilizadas foram os Suplementos Naturais e Dietéticos (51%), as Massagens Estéticas e de Relaxamento (35%), a Fitoterapia (34%), as Massagens Terapêuticas (28%), as Técnicas de Relaxamento (22%) e a Naturopatia (21%); as menos utilizadas foram a Hipnose (3%), a Quiropráxia (7%) e a Aromoterapia (9%); todas as outras práticas listadas apresentaram taxas de utilização entre e 10% e 20% (Carvalho et al., 2012).

Constataram ainda que o grau de acordo dos participantes sobre a possibilidade de prescrição de CAM pelo médico de família era bastante considerável: somente 2,9% não concordava com esta possibilidade, sendo a razão mais frequentemente referida para concordar com a prescrição de CAM a confiança no médico de família, sugerindo a conceptualização das CAM como complementares (Carvalho et al., 2012).

Carvalho et al. (2012) sublinharam ser necessário estudar amostras mais amplas, com recurso a um questionário mais abrangente (p.e., mais práticas, questões sobre saúde, razões e expectativas na utilização de CAM).

No Brasil, recorrendo a dados de 2013, relativos a brasileiros com 18 ou mais anos, Boccolini e Boccolini (2020) avaliaram a prevalência (uso nos últimos 12 meses) de CAM, que havia sido integrada pelo Ministério da Saúde em 2006, i.e., a Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas medicinais e Ervas medicinais foram incluídas no Sistema Único de Saúde, com a denominação Práticas Integrativas e Complementares (PIC), seguindo-se outras medidas semelhantes. Constataram uma prevalência de 4,5%, considerando o uso de Acupuntura, Homeopatia e Plantas e Ervas medicinais (e outros).

Cerca de metade dos que relataram uso de CAM fizeram-no fora do sistema de cuidados de saúde (“sem financiamento”), sendo o Sistema Único de Saúde Brasileiro o financiamento menos usado para CAM, quando comparado com os outros tipos de financiamento considerados (Boccolini, & Boccolini, 2020). Assim, Boccolini e Boccolini (2020) recomendaram que o Ministério da Saúde investisse na capacitação dos profissionais de saúde que trabalham com CAM, tornando mais adequado o fornecimento de CAM nos serviços de saúde.

Num estudo desenvolvido em 2016 com indivíduos com diabetes no Irão ($N=294$), sobre o uso e satisfação com o uso de algumas CAM, constatou-se que: quase 64% tinha outras doenças crónicas; 88,4% tinham usado pelo menos uma CAM no ano anterior; 88% tinha usado plantas medicinais para “baixar o açúcar no sangue”; houve práticas em relação às quais 100% dos utilizadores tinham falado com os seus médicos sobre o uso de CAM (Sheikhrabori, Dehghan, Ghaedi, & Khademi, 2017). Quanto à satisfação, 89,6% disse-se satisfeito com o acesso contínuo ao procedimento, 85,4% com a facilidade de uso, 83,5% com a segurança das CAM, 79,6% acreditava que o uso das CAM não interferia com as suas actividades diárias, 68,8% estava satisfeito com o impacto das CAM na redução do “açúcar no sangue”, 76,9% não se preocupava com a interacção entre CAM e outras terapias, 69,6% sentia-se bem após usar CAM e 70% recomendava CAM aos outros. A CAM tem estado associada a outros desafios no âmbito da Saúde, dois dos quais se afluam de seguida.

A literatura sugere que, por um lado, os indivíduos em risco de doenças contagiosas, nomeadamente COVID-19, tendem a usar Medicina Complementar na sua prevenção, por outro, a CAM é considerada (pelos profissionais de saúde) importante no tratamento de infecções virais não só mas também devido à ausência de medicamentos da Medicina Convencional para tratar este tipo de doenças e às limitações em termos de vacinação (Dehghan, Ghanbari, Heidari, Shahrabaki, & Zakeri, 2022).

Assim, durante a pandemia de COVID-19 (20/4/2020-20/8/2020), Dehghan et al. (2022) estudaram o uso de alguns tipos de CAM e a satisfação com tal uso na população geral do Irão com 17 ou mais anos ($N=782$; idade: $M=31,05$, $DP=9,12$, 17-63 anos; 66,6% do sexo feminino; 90,8% sem doença crónica), recorrendo a questionários *online* via redes sociais (WhatsApp, Telegram, ETA, and I-Gap). Constataram que 84% dos participantes havia usado pelo menos um tipo de CAM durante a pandemia: 24,5% apenas um tipo; 34,7% dois tipos; 27,9% três tipos; 12,9% quatro a seis tipos. A totalidade ($n=32$) dos participantes que tinha estado infectada com COVID-19 tinha usado pelo menos um tipo de CAM para tratamento ou diminuição dos sintomas da doença. Ainda que 55% dos inquiridos tivesse consultado um médico antes de usar Suplementos alimentares, apenas 33,3% e 23,2% haviam consultado um médico sobre o uso de Ventosas molhadas ou Ervas medicinais, respectivamente.

Quanto à satisfação com o uso de CAM, a pontuação média foi superior ao ponto médio do questionário, variando significativamente em função dos tipos de CAM usados; os que usaram três ou quatro a seis tipos relataram uma satisfação estatisticamente mais elevada do que os que

havia usado apenas um tipo de CAM (Dehghan et al., 2022). Os dados relativos às fontes de informação consultadas pelos participantes sugere que os meios de comunicação social podem ter um papel relevante no conhecimento e consciência sobre diferentes métodos de CAM e seus usos (Dehghan et al., 2022).

Ao longo dos últimos anos, têm-se desenvolvido vários esforços para eliminar o uso inadequado de antibióticos, uma vez que tal está associado à resistência anti-microbiana. Neste contexto, Tan, Guo e Chow (2023) avaliaram a relação entre o uso de CAM e o uso de antibióticos em Singapura. Com base numa amostra representativa da população ($N=2004$), recolhida entre Novembro de 2020 e Janeiro de 2021, e operacionalizando o uso de CAM como o uso de Medicina Tradicional Chinesa, Acupunctura, Jamu, Medicina Ayurvédica ou Medicamentos herbais, verificaram que 34% dos participantes havia usado CAM nos 12 meses anteriores.

Os utilizadores de CAM tinham maior probabilidade de usar antibióticos do que os não utilizadores (Tan et al., 2023). Após controlar potenciais variáveis de confusão, constatou-se que o uso de CAM estava associado a uma probabilidade acrescida em 23% de práticas adequadas de uso de antibióticos. Face aos resultados, os autores defenderam que o envolvimento de *influencers* não relacionados com os cuidados de saúde nas redes sociais de utilizadores de CAM para servir como fontes de confiança de informação sobre saúde poderia ser eficaz na promoção do uso correcto de antibióticos.

Nos países ditos desenvolvidos, os cuidados de saúde convencionais, tendendo a ser uma forma de cuidados dominante, são frequentemente a forma a que muitas pessoas recorrem por defeito, pelo que a noção de compromisso acaba por ser apenas aplicada à CAM, sendo raramente aplicada aos cuidados convencionais (Sirois, Salamonsen, & Kristoffersen, 2016). Inversamente, o uso de CAM requer uma escolha consciente para procurar cuidados adicionais ou em alternativa aos convencionais e com custos acrescidos (sem cobertura), logo o uso repetido de CAM pode reflectir um compromisso com o uso de CAM em diferentes situações de cuidados de saúde (Sirois et al., 2016). Neste contexto, os autores conceptualizaram o compromisso com o uso de CAM como um estado psicológico com indicadores comportamentais.

Com base numa amostra de estudantes utilizadores de CAM ($N=159$), Sirois et al. (2016) testaram, no Canadá, um modelo conceptual de compromisso com o uso de CAM, com base na psicologia do consumidor, relatando suporte preliminar para o modelo, que, segundo os próprios, deve continuar a ser validado. As respostas reportavam-se ao uso de CAM nos últimos 6 meses (critério de inclusão) e indicaram que 40,9% dos participantes usava CAM ocasionalmente, 39,6% raramente e 19,5% regularmente. Todos tinham usado alguma forma de CAM com um profissional, mas a maioria também tinha usado CAM de auto-cuidado.

Em síntese, tem-se verificado, em diferentes pontos do globo, variabilidade metodológica, elevado uso de terapêuticas não convencionais, muitas vezes em substituição das convencionais (mesmo que eficazes) ou em simultâneo, sem informar os profissionais das terapêuticas convencionais, com riscos para a saúde dos indivíduos e populações. Neste contexto, tem-se defendido o estudo sobre as terapêuticas não convencionais regulamentadas (e não só), na perspectiva dos profissionais e dos utilizadores, com amostras (mais) amplas e com recurso a instrumentos (mais) abrangentes (incluindo, p.e., mais práticas, questões sobre saúde, razões e expectativas na utilização de CAM) (Carvalho et al., 2012; Nogueira et al., 2022).

Assim, o objectivo do presente estudo é: caracterizar comportamentos relativos a terapêuticas não convencionais de adultos, em Portugal.

Métodos

Design do estudo

O presente estudo é um estudo descritivo e transversal.

Participantes

Este estudo envolveu uma amostra de conveniência de 532 adultos (18-88 anos; $M=35,38$; $DP=14,12$), que moravam em Portugal aquando da participação. A maioria era do sexo feminino ($n=397$; 74,6%), solteira ($n=284$; 53,4%), de nacionalidade Portuguesa ($n=506$; 95,1%), empregada a tempo inteiro ($n=301$; 56,6%), com um rendimento mensal percebido como médio (alto/baixo; $n=356$; 67%). A maior parte tinha uma licenciatura ($n=158$; 29,8%) e considerava a sua saúde “boa” ($n=252$; 47,4%), estando a maioria “satisfeita” com a mesma ($n=298$; 56%).

Material

Para a recolha de dados foi desenvolvido um questionário com base na literatura, tal como em numerosos estudos anteriores e considerando os seus aportes. Este é constituído por cinco secções: Parte A. Dados socio-demográficos; Parte B. Dados de saúde; Parte C. Conhecimento sobre práticas não convencionais de (auto-)cuidados de saúde; Parte D. Experiência com práticas convencionais e não convencionais de (auto-)cuidados de saúde; e Parte E., unicamente destinada a profissionais de saúde. No âmbito do presente estudo apenas foram analisadas as respostas a parte dos itens que integram o questionário.

Procedimento

Após a obtenção das devidas autorizações, nomeadamente, da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (UFP; Parecer nº FCHS/PI – 112/20, de 22 de Dezembro de 2020), o estudo foi divulgado através do Gabinete de Comunicação e Imagem da UFP, redes sociais, técnica de bola de neve, *Newsletter* de Apoio à Investigação em Saúde Psicológica da OPP e *site* Eu Sinto.me da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Os dados foram recolhidos via *Google Forms*, entre 1/10/2021 e 15/4/2024, e analisados recorrendo a estatística descritiva (n , %, M , DP , Min e Máx).

Resultados

A última prática de (auto-)cuidados de saúde de 45,8% da amostra fora convencional, de 30,2% não convencional e 24% não tinha a certeza. Em termos de práticas de (auto-)cuidados de saúde, 63,9% usava ambos os tipos; 34,4% só usava práticas convencionais e 1,7% só usava práticas

não convencionais. Ao usar uma prática não convencional, 20,5% auto-administrara-a; 42,1% recorrera a um profissional; e 37,4% a ambas as possibilidades. Quanto à regularidade, 46,8% usava TNC raramente; 28,5% com alguma frequência; 16,2% frequentemente; e 8,5% muito frequentemente. No que refere à articulação com os cuidados de saúde convencionais, 8,6% já usara TNC contra a indicação de um profissional de saúde convencional; sendo 79,3% seguidos regularmente (pelo menos uma vez por ano) por um ou mais profissionais de saúde convencional, 58,5% nunca falara de TNC com o profissional de referência; 22,2% não o informava quando usava TNC; 8,7% tivera alguma experiência negativa com TNC.

Discussão

Ao caracterizar alguns comportamentos relativos a CAM de adultos a viver em Portugal, verificaram-se dados congruentes com estudos (inter)nacionais prévios, apesar de diversos aspectos metodológicos complexificarem as comparações entre os estudos.

Assim, os valores relativos ao tipo de práticas de (auto-)cuidados de saúde que os participantes referiram usar e haviam usado mais recentemente podem considerar-se globalmente alinhados com os dados relatados por Carvalho et al. (2012), Sirois et al. (2016), Sheikhrabori et al. (2017), Boccolini e Boccolini (2020), Dehghan et al. (2022) e Tan et al. (2023), que variam bastante entre si.

Quanto ao modo de administração da CAM e regularidade de uso, os resultados apontam em geral no mesmo sentido dos apresentados por Sirois et al. (2016), ainda que a presente amostra tivesse reportado uma percentagem mais elevada de auto-administração, o que poderá indiciar um risco acrescido, mas tal é, acima de tudo, dependente das CAM em causa.

Tanto as percentagens do presente estudo como as de Dehghan et al. (2022), e até algumas do estudo de Sheikhrabori et al. (2017), reflectem dificuldades de comunicação sobre este tema entre os utilizadores de CAM e os profissionais de cuidados de saúde convencionais, reforçadas pelos dados de Nogueira et al. (2022), que também sublinham a importância desta comunicação, tal como os de Carvalho et al. (2012), não só mas também porque a referenciação é uma realidade (Nogueira et al., 2022).

É destacar que, ainda que os utilizadores tendam a revelar elevada satisfação com o uso de CAM (p.e., Dehghan et al., 2022; Sheikhrabori et al., 2017), as experiências negativas não são impossíveis, como se contactou na presente amostra, e torna necessária a preparação dos profissionais de saúde para lidar com tais situações.

Tal como Nogueira et al. (2022), não tendo sido identificados instrumentos validados para a população Portuguesa adequados aos objectivos do estudo, optou-se pela construção de um questionário, com base em estudos internacionais sobre a temática. Não se pode, todavia, descuidar as limitações que estão associadas ao uso de questionários, nomeadamente quando a recolha de dados é realizada *online*. Logo, os presentes resultados devem ser analisados tendo em mente tais limitações, com implicações na comparabilidade dos estudos e generalização dos resultados, sendo particularmente importante incluir indivíduos iliterados e sem acesso (facilitado) à internet e/ou redes sociais em estudos futuros, tentando controlar ao máximo o viés de recordação (Dehghan et al., 2022; Sheikhrabori et al., 2017).

Apesar disso, e em síntese, os resultados do presente estudo corroboram estudos prévios também em relação à pertinência de aperfeiçoar a formação dos profissionais de saúde sobre CAM (Boccolini & Boccolini, 2020; Nogueira et al., 2022) e sugerem que, para melhorar a saúde em Portugal, urge aumentar a literacia em CAM, o que pode ser conseguido recorrendo, entre outros, aos meios de comunicação social, redes sociais e *influencers* (Dehghan et al., 2022; Tan et al., 2023).

Referências Bibliográficas

- Amaral, P., & Fronteira, I. (2021). Regulation of non-conventional therapies in Portugal: Lessons learnt for strengthening human resources in health. *Human Resources for Health*, *19*, 114. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00655-3>
- Bicho, M., Nikolaeva, R., & Lages, C. (2023). Complementary and Alternative Medicine legitimation efforts in a hostile environment: The case of Portugal. *Sociology of Health & Illness*, *45*(4), 890-913. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13625>
- Boccolini, P. M. M., & Boccolini, C. S. (2020). Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use in Brazil. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, *20*, 51. <https://doi.org/10.1186/s12906-020-2842-8>
- Carvalho, C., Lopes, S. C., & Gouveia, M. J. (2012). Utilização de medicinas alternativas e complementares em Portugal: Desenvolvimento de uma ferramenta de avaliação. *Psychology, Community & Health*, *1*(1), 81–94. <https://doi.org/10.5964/pch.v1i1.10>
- Dehghan, M., Ghanbari, A., Heidari, F. G., Shahrababaki, P. M., & Zakeri, M. A. (2022). Use of complementary and alternative medicine in general population during COVID-19 outbreak: A survey in Iran. *Journal of Integrative Medicine*, *20*(1), 45–51. <https://doi.org/10.1016/j.joim.2021.11.004>
- Lei nº 45/2003, de 22 de Agosto. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=2628A0020&nid=2628&tabela=leis&pagina=1&ficha=1&so_miolo=&nversao=
- Lei nº 71/2013, de 2 de Setembro. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2013-105761418>
- Lei nº 95/2019, de 4 de Setembro. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Nogueira, C., Sá, A. B., & Martins, A. P. (2022). Atitudes, conhecimentos e perspetivas dos médicos Portugueses acerca das Terapêuticas Não Convencionais: Um estudo transversal. *Acta Médica Portuguesa*, *35*(5), 320–327. <https://doi.org/10.20344/amp.16073>
- Santos, M. R., & Mendes, C. S. N. (2020). Traditional & complementary medicine legislation in Portugal — Progress, challenges and flaws. *European Journal of Integrative Medicine*, *35*, 101104. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2020.101104>
- Sheikhrabari, A., Dehghan, M., Ghaedi, F., & Khademi, G. R. (2017). Complementary and Alternative Medicine usage and its determinant factors among diabetic patients: An Iranian case. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, *22*(3), 449-454. <https://doi.org/10.1177/2156587216675079>
- Sirois, F. M., Salamonsen, A., & Kristoffersen, A. E. (2016). Reasons for continuing use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in students: A consumer commitment model. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, *16*, 75. <https://doi.org/10.1186/s12906-016-1059-3>
- Tan, S., Guo, H., & Chow, A. (2023). Complementary and alternative medicine (CAM) use and its association with antibiotic usage practices: A nationally representative population study. *International Journal of Antimicrobial Agents*, *61*(6), 106796.

CAPÍTULO 23

InterAções: Construção de um programa intergeracional

Mariana Marques Figueiredo¹, Ana Barroso Santos¹, Rosa Marina Afonso¹, Andreia Luísa Sousa²

¹ Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal

² Lar de São José, Covilhã, Portugal

Autor Correspondente: Mariana Figueiredo. E-mail: mariana.figueiredo@ubi.pt

Resumo: Os Programas Intergeracionais (PIs) pretendem construir e fortalecer vínculos entre pessoas de diferentes gerações, promovendo a coesão social e diminuindo preconceitos baseados na idade, oferecendo ganhos para todos os implicados. Este estudo tem como objetivos: (1) construir um PI a implementar a adultos idosos residentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPIS) e estudantes universitários e (2) desenhar um estudo para avaliação do seu impacto. O programa InterAções foi desenhado com base na revisão da literatura efetuada sobre os princípios e estrutura dos PIs e dimensões trabalhadas e nas quais têm impacto. Foi construído um PI com 10 sessões que pretende reduzir sintomatologia depressiva e solidão e aumentar a satisfação com a vida, autoestima e resiliência nos adultos idosos. Quanto aos estudantes, o programa pretende reduzir os níveis de *ageism*, sintomatologia depressiva e ansiógena, solidão, aumentar os níveis de compaixão, autoestima, resiliência e melhorar a regulação emocional. O impacto do programa para as duas gerações será avaliado através de escalas e será realizado um estudo com grupo experimental e de controlo, com avaliação pré e pós-intervenção. Após cada sessão será aplicado um breve questionário de satisfação aos participantes e, no final do programa serão realizados grupos focais com os participantes dos grupos experimentais. Pretende-se, com este estudo oferecer um programa semiestruturado que melhore a qualidade de vida e resiliência nos adultos idosos e melhore as competências emocionais nos estudantes.

Palavras-chave: Programas Intergeracionais; Adultos Idosos; Estudantes Universitários.

Abstract: Intergenerational programmes (IPs) aim to build and strengthen bonds between people of different generations, strengthening social cohesion, reducing age-based prejudices and offering gains for all those involved. This study aims to: (1) build an IP to be implemented with older adults living in Residential Structures for the Elderly (ERPIS) and college students and (2) design a study to evaluate its impact. The InterActions programme was designed based on a review of the literature on the principles and structure of IPs and the dimensions they work on and have an impact on. A 10-session IP was designed that aims to reduce depressive

symptoms and loneliness and increase life satisfaction, self-esteem and resilience in older adults. As for the students, the programme aims to reduce levels of ageism, depressive and anxiety symptoms, loneliness, increase levels of compassion, self-esteem, resilience and improve emotional regulation. The impact of the programme on both generations will be assessed using scales and a study will be carried out with an experimental and control group, with pre- and post-intervention evaluation. A brief satisfaction questionnaire will be administered to participants after each session and focus groups will be held with participants from the experimental groups at the end of the programme. The aim of this study is to offer a semi-structured programme that improves quality of life and resilience in older adults and improves emotional competences in students.

Key-Words: Intergenerational Programs; Elderly Adults; College students.

Introdução

O envelhecimento da população está a aumentar progressivamente. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2020), até 2080, o número de jovens diminuirá de 1,4 para cerca de 1,0 milhão e o número de pessoas idosas passará de 2,2 para 3,0 milhões, enquanto que o índice de envelhecimento irá passar de 159 para 300 adultos idosos por cada 100 jovens (INE, 2020). O rápido envelhecimento populacional, maior esperança média de vida e baixa taxa de natalidade resultarão numa população maioritariamente envelhecida, que necessita de se sentir útil e ativa na sociedade (Pinazo & Kaplan, 2007). Uma das soluções para promover a satisfação de necessidades de competência, autonomia e pertença e combater a solidão é o planeamento e implementação de PIs.

As práticas intergeracionais tiveram a sua origem nos Estados Unidos, na década de sessenta e só surgiram na Europa na década de noventa, em Inglaterra, de modo a promover a participação social das pessoas com mais idade, em iniciativas de voluntariado (Vieira & Sousa, 2016). Em 1982, na 1ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento foi desenvolvido um plano internacional contendo várias medidas a adotar para apoiar os adultos idosos (Organização das Nações Unidas, ONU, 2002). Os PIs surgiram, assim, como uma nova metodologia de ação social na sociedade, com o intuito de promover a coesão social e o desenvolvimento comunitário (Hatton-Yeo & Ohsako, 2001). No decorrer da 2ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, organizada pela ONU, foi reconhecida a necessidade de reforçar a solidariedade e parcerias entre gerações, tendo presentes as necessidades individuais dos mais velhos e dos jovens e incentivar as relações de solidariedade entre gerações. A solidariedade intergeracional é fundamental para o desenvolvimento de uma sociedade para todas as idades, isto é uma sociedade que esteja adaptada às necessidades das pessoas de todas as idades, garantindo o seu bem-estar e felicidade (ONU, 2002).

Os PIs permitem aumentar a cooperação ou o intercâmbio entre duas gerações, permitindo a troca de recursos, experiências e aprendizagens entre gerações mais velhas e mais jovens (Vieira & Sousa, 2016). Pessoas de gerações diferentes unem-se no processo de gerar, promover e utilizar ideias, conhecimentos, habilidades, atitudes e valores, de forma interativa, com o objetivo de construir e reforçar vínculos e promover o desenvolvimento da comunidade (Hatton-Yeo & Ohsako, 2001).

A maioria dos PIs são implementados para mudar estereótipos e atitudes nas gerações mais novas e mais velhas, no entanto, estes programas também podem ser utilizados com outros objetivos, nomeadamente na promoção do envelhecimento ativo (Vieira & Sousa, 2016). Os

PIs têm repercussões em todo o sistema social, gerando mudanças na vida das pessoas implicadas, nas organizações a que pertencem e até nas comunidades em que vivem (Pinazo & Kaplan, 2007). Os benefícios podem ser relacionais (focados no desenvolvimento de relações de amizade), comunitários (focados na reintegração na vida comunitária) ou individuais e focam-se em seis grandes áreas: saúde, comportamental/emocional, resultados escolares, relacional, social e comunitária (MacCallum et al., 2006; Pinazo & Kaplan, 2007).

Dada a crescente importância do desenvolvimento de PIs, este estudo tem como principais objetivos: (1) construir um PI semiestruturado a implementar a adultos idosos residentes em ERPIs e a estudantes universitários e (2) desenhar um estudo para avaliação do impacto da implementação do programa nos seus participantes.

Método

Este PI foi construído, com base na revisão da literatura sobre a fundamentação teórica dos PIs, estrutura dos mesmos e dimensões nas quais estes têm impacto. Com base na revisão e reflexão sobre o tema, foi desenhado um PI, baseado sobretudo no trabalho de Barbosa et al. (2021). Após a elaboração do programa foi realizada uma apresentação a uma equipa de investigadores e profissionais da área do envelhecimento para discussão, reflexão e avaliação da sua exequibilidade e interesse. Com base nesta reflexão, foram realizados alguns ajustamentos ao programa.

Resultados

Programa Intergeracional InterAções

Objetivos e destinatários do programa

Este programa destina-se a adultos idosos residentes em ERPIs e estudantes universitários. Os critérios de inclusão para o grupo de adultos idosos são: ter mais de 60 anos; residir numa ERPI; ter escolaridade e não possuir défice cognitivo ou possuir défice cognitivo ligeiro, segundo os resultados do Addenbrooke's Cognitive Examination–Revised (ACE-R) (Mioshi et al., 2006; adaptação portuguesa de Firmino et al., 2018). Os critérios de inclusão para o grupo de estudantes universitários incluem: frequentar um curso universitário e não estar envolvido noutra projeto intergeracional ou projeto de voluntariado com adultos idosos.

Os objetivos deste programa tanto para participantes mais jovens como mais velhos são: (1) promover a interação entre gerações diferentes; (2) melhorar a qualidade de vida; (3) combater o *ageism* e (4) fomentar sentimento de pertença e sentido de propósito. Quanto aos objetivos específicos para os participantes mais velhos são: (1) reduzir a sintomatologia depressiva e a solidão; (2) melhorar a satisfação com a vida, a autoestima e a resiliência. Em relação aos objetivos específicos para os participantes mais jovens são: (1) reduzir a sintomatologia depressiva e ansiógena; (2) reduzir os níveis de *ageism*; (3) melhorar a capacidade de regulação emocional, (5) aumentar os níveis de compaixão, (6) melhorar a autoestima; (7) melhorar a resiliência e (8) reduzir os níveis de solidão.

Programa

O programa InterAções é constituído por 5 sessões de preparação para a participação no programa e 10 sessões conjuntas entre as duas gerações, apresentadas na Tabela 1. As sessões de preparação pretendem: (1) divulgar o programa e o processo de seleção dos participantes mais jovens; (2) apresentar e promover a interação entre os grupos experimentais (adultos idosos e estudantes) e (3) realizar uma ação de formação, de modo a preparar o grupo experimental dos estudantes para a integrar o PI. As 10 sessões conjuntas do programa serão implementadas com a periodicidade semanal em local a definir, que em princípio será numa ERPI. Cada sessão terá a duração de cerca de 1 hora. Pretendeu-se construir um PI promotor da educação ao longo da vida e construído de modo a ter início em março, uma vez que cada sessão é temática e possui um título alusivo a um dia comemorativo celebrado na semana em que é implementado. Ao longo do programa iremos recorrer a atividades de estimulação cognitiva, de estimulação artística, estimulação sensorial, de reminiscência, atividades baseadas no Método Montessori ou atividades de vida diária. No final de cada uma das sessões, todos os participantes respondem a um breve questionário de satisfação e recebem um folheto com informações sobre o dia comemorativo celebrado, as capacidades cognitivas estimuladas e uma pista sobre o que será feito na próxima sessão.

Tabela 1. Sessões de preparação do programa InterAções

Sessões de preparação		
Sessão	Participantes	Descrição da Sessão
1	Estudantes universitários (controlo e experimental)	Apresentação e divulgação do projeto: - Processo de candidatura, recrutamento e seleção dos participantes.
2	Estudantes universitários e adultos idosos (grupos experimentais)	Visita dos estudantes universitários à ERPI - Apresentação e promoção da interação entre adultos idosos e estudantes universitários selecionados para integrar os grupos experimentais.
3	Estudantes universitários (grupo experimental)	Ação de formação - Temáticas abordadas: - Definição, benefícios e desafios associados aos programas intergeracionais; - Cronograma do programa InterAções, objetivos específicos de cada sessão e importância das atividades de estimulação cognitiva; - Requisitos necessários e compromissos que devem ser assumidos.
4	Estudantes universitários (grupo experimental)	Ação de formação - Temáticas abordadas: - Importância de garantir a confidencialidade; - Comunicação e empatia: habilidades de escuta ativa e adaptação da linguagem; - Como promover a adesão às atividades; - Cuidados a ter para não adotar atitudes preconceituosas.
5	Estudantes universitários (grupo experimental)	Ação de formação: - Exercícios de consolidação dos conhecimentos transmitidos nas sessões anteriores.
Sessões		
Sessão	Tema	Objetivos
1	Ser mulher (Dia da Mulher)	Melhorar a capacidade funcional básica; Estimular destreza motora; Estimular a criatividade.
2	Organizadores do sono (Dia Mundial do Sono)	Melhorar capacidade funcional básica; Estimular destreza motora e a criatividade;

		Estimular tomada de decisão e raciocínio.
3	Lições de geografia em dia (Dia Nacional do estudante)	Estimular a linguagem verbal espontânea; Trabalhar a memória episódica ou autobiográfica; Favorecer a comunicação e interação social; Fomentar a expressão de emoções; Manter a orientação espacial e temporal.
4	Detetives perspicazes (Dia das Mentiras)	Estimular a atenção seletiva e sustentada (concentração); Trabalhar a associação de imagens e conceitos; Melhorar a percepção visual.
5	Wii Terapia (Dia Mundial da Atividade física e Dia Mundial da Saúde)	Estimular funções cognitivas superiores, como raciocínio, memória, percepção, atenção, orientação; Aliar a estimulação cognitiva à atividade física; Contacto com as novas tecnologias.
6	Desafios artísticos (Dia Mundial da Arte)	Promover a criatividade e expressão de emoções, através da expressão artística; Estimular a memória autobiográfica; Estimular a comunicação e destreza motora.
7	Revolucionários (Dia da Liberdade)	Estimular a fluência verbal; Trabalhar evocação de palavras e associação de conceitos; Otimizar o acesso ao léxico e evocação categorial.
8	Jardim das flores (Dia da Mãe)	Promover o relaxamento e a expressão artística; Estimular a fluência verbal e a categorização.
9	Experiências sensoriais (Dia do Silêncio)	Promover a estimulação sensorial; Promover o relaxamento.
10	Despedida (Dia da Família)	Analisar o impacto positivo do programa intergeracional; Promover o sentimento de pertença.

Desenho metodológico para a avaliação do impacto do programa

Para análise do programa será realizado um estudo com um grupo experimental e outro de controlo, tanto para os participantes mais jovens como para os mais velhos. Todos os participantes realizarão uma avaliação pré e pós-intervenção. Os participantes serão alocados para os grupos experimentais e de controlo através de uma aleatorização simples. Para avaliar o impacto do programa InterAções serão aplicados instrumentos de avaliação psicológica validados para a população portuguesa. No final do programa serão realizados grupos focais com os participantes dos grupos experimentais.

Na avaliação pré e pós-intervenção dos participantes mais velhos, será avaliado o impacto do programa na sintomatologia depressiva, satisfação com a vida, solidão, autoestima e a resiliência. Nos participantes mais jovens, será avaliado a sintomatologia depressiva e ansiógena, solidão, autoestima e capacidade de regulação emocional, compaixão, resiliência e níveis de *ageism*.

Os instrumentos aplicados aos participantes mais velhos e mais jovens incluem:

- *UCLA 3-Item Loneliness Scale* (T-ILS) (Hughes et al., 2004; adaptação para a população portuguesa de Daniel et al., 2023);
- *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES) (Rosenberg, 1965; adaptação portuguesa de Vasconcelos-Raposo et al., 2012);
- *Brief Resilient Coping Scale* (BRCS) (Sinclair & Wallston, 2003; adaptação para a população portuguesa Pais-Ribeiro & Morais, 2010).

Os instrumentos aplicados especificamente, aos participantes mais velhos são:

- *Geriatric Depression Scale* (GDS-8) (Jongenelis et al., 2007; adaptação portuguesa de Figueiredo-Duarte et al., 2021);
- *Satisfaction with Life Scale* (SWLS) (Diener et al., 1985; adaptação para a população portuguesa de Laranjeira, 2009).

Os instrumentos aplicados especificamente, aos participantes mais jovens são:

- *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983; adaptação para a população portuguesa de Pais-Ribeiro et al, 2007);
- *Difficulties in Emotion Regulation Scale* – DERS-18 (Victor & Klonsky, 2016; validação para a população portuguesa Gouveia et al., 2022);
- *Compassion Scale* (CS) for Youth (Pommier, 2020; versão portuguesa Matos et al, 2021);
- *Inventário de Ageism em Jovens Adultos* – Versão de Investigação (IAJA) (Cerqueira, 2022).

Discussão

O projeto InterAções é um PI construído com o intuito de reforçar a coesão entre as duas gerações, tendo presentes as necessidades individuais dos participantes. Trata-se de um programa que facilita o relacionamento entre pessoas de diferentes fases desenvolvimentais, o que configura a chave do desenvolvimento de uma sociedade para todas as idades, tal como é proposto pela ONU (2002). Este PI cumpre três requisitos essenciais do desenvolvimento de uma sociedade para todas as idades, segundo Newman & Sánchez (2007): (1) envolver pessoas de diferentes gerações; (2) implicar benefícios para todos os participantes envolvidos; (3) garantir a promoção de relações de intercâmbio entre diferentes gerações.

O PI construído reúne as principais características promotoras do estabelecimento de laços positivos entre gerações (Newman & Sánchez, 2007), tais como: responder às necessidades reais que existem no local onde se realiza; garantir uma boa gestão e planificação do programa; garantir a avaliação adequada do programa; garantir uma boa preparação das pessoas que participam no PI e a atribuição de papéis definidos. Segundo Sánchez (2007) é a partir da análise dos componentes dos PIs que é possível retirar importantes orientações para a sua planificação, uma vez em que existe algum consenso sobre os elementos que devem ser garantidos para um PI bem-sucedido. Assim cabe aos investigadores e profissionais planear o PI, tendo em conta o contexto em que este se vai desenvolver, as pessoas envolvidas e os recursos disponíveis (Sánchez, 2007), de forma a que seja desenhado com rigor, atendendo a critérios específicos.

Este PI é composto não só por 10 sessões conjuntas, como por 5 sessões de preparação para a integração no programa. Considera-se extremamente pertinente que as pessoas que aplicam o PI saibam planificar, gerir e avaliar o mesmo (Sáez, 2009), mas também que os sujeitos que participam no PI possuam conhecimentos acerca dos PIs e que exista uma preparação dos participantes para interagirem e comunicarem com pessoas de gerações diferentes. Em relação à duração da intervenção, considera-se que o número de sessões deste programa é razoável, comparando com estudos anteriores (e.g. Barbosa et al., 2021). A duração da intervenção parece ser decisiva para alcançar os objetivos dos PIs. Os programas cujo contato durou apenas 4/6 horas, não registaram alterações significativas. Assim, um acompanhamento mais longo, com sessões semanais/quinzenais, como é o caso do programa InterAções, parece ser importante para na criação de vínculos de qualidades entre gerações diferentes. Para além disso, as

atividades não pareciam ser o fator determinante para o sucesso, mas sim o contato entre as próprias gerações, independentemente do conteúdo das sessões (Martins et al., 2019).

Os objetivos devem ser estabelecidos inicialmente para que durante e no término do mesmo se possam avaliar os ganhos alcançados (Hatton-Yeo & Ohsako, 2001). Aquando da revisão de literatura, foi feito um levantamento dos benefícios individuais dos PIs. Deste modo, este PI foi construído para promover um impacto significativo, nos participantes mais velhos, em dimensões referidas pela literatura, nomeadamente: depressão, satisfação com a vida, solidão e auto-estima. O impacto dos PIs nas pessoas idosas verifica-se em duas dimensões principais: a nível psicológico e a nível social, promovendo melhorias significativas na qualidade de vida. Alguns dos benefícios dos PIs para os participantes mais velhos referidos na literatura são: melhoria da auto-estima; melhoria do bem-estar; diminuição dos sentimentos de solidão; redução dos níveis de depressão; aumento da sensação de ser útil à sociedade; melhorias no senso de valor; maior confiança em relação às suas vidas e ao seu envelhecimento e melhorias no sentido de propósito (Barbosa et al., 2021; MacCallum et al., 2006; Pinazo e Kaplan, 2007). A título exploratório, optou-se também por avaliar o impacto deste programa na resiliência dos participantes mais velhos.

Também se pretende que este programa tenha um impacto significativo nos participantes mais jovens, nas variáveis referidas pela literatura, nomeadamente: depressão, ansiedade, solidão, regulação emocional, compaixão, resiliência e *ageism*. As atividades intergeracionais proporcionam aos participantes mais jovens: desenvolvimento de habilidades sociais; melhoria da autoestima e da resiliência; diminuição do sentimento de solidão; desenvolvimento de habilidades práticas e aumento do otimismo (Barbosa et al., 2021; MacCallum et al. 2006; Pinazo & Kaplan, 2007; Villas-Boas et. al., 2016). Para além disso, as práticas intergeracionais vêm demonstrando que é possível efetuar uma mudança na mentalidade da comunidade em relação à imagem do adulto idoso, promovendo uma perceção mais positiva (MacCallum et al., 2006; Martins et al., 2019). A título exploratório, optou-se também por avaliar o impacto deste programa na compaixão nos participantes mais jovens, tendo em conta, que o contacto destes com as dificuldades sentidas pelos adultos idosos, reconfiguram a sua forma de encarar o envelhecimento e os adultos idosos (MacCallum et al., 2006).

O estudo da eficácia de um PI implica a sua avaliação, daí a importância de desenvolver um desenho metodológico para a avaliação destes PIs, durante a fase de planificação e desenvolvimento, de modo a promover o sucesso do PI a curto e longo prazo (Pinazo & Kaplan, 2007). Cada programa deve ter o seu próprio plano de avaliação, tendo em conta a intencionalidade e o tipo de programa desenvolvido, o contexto em que é desenvolvido, os recursos disponíveis, as pessoas envolvidas, as necessidades da comunidade e/ou instituição (Sáez, 2009). Em estudos anteriores que avaliam o impacto de PIs, os desenhos metodológicos incluem avaliação pré e pós intervenção, com recursos a métodos quantitativos e/ou qualitativos (e.g. Barbosa et al., 2021; Martins et al., 2019). Considera-se uma mais-valia o uso de vários métodos para que a avaliação seja feita de forma mais precisa (Pinazo e Kaplan, 2007), de modo a verificar quais os objetivos que foram atingidos e as falhas que decorreram. As escalas escolhidas para avaliar as variáveis depressão, autoestima, solidão e bem-estar, foram selecionadas também com base em estudos anteriores (Barbosa et al. 2021).

Em Portugal, ainda há muito a fazer na área da intergeracionalidade, pois existem poucos estudos recentes publicados sobre o tema. Os estudos que incluem estudantes universitários são ainda mais escassos (Martins et al., 2019). Torna-se assim relevante implementar este programa no futuro e com base na aplicação, recolher dados para se melhorar e adaptar o programa

construído, de modo a aprofundar o conhecimento acerca do impacto das relações intergeracionais na prática.

Conclusão

O presente estudo permitiu desenvolver um PI especificamente desenhado para a população portuguesa com pessoas residentes em ERPIs, apresentando um plano metodológico para a avaliação do seu impacto.

A implementação deste PI poderá ser pertinente para perceber de que forma este pode ser melhorado, dada a necessidade de evidências científicas sobre o impacto deste tipo de práticas. Também seria importante desenvolver um estudo de viabilidade do projeto, de modo a se perceber se o programa tem viabilidade cultural, técnica, económica, legal, entender se é sustentável e averiguar os riscos, benefícios e possíveis dificuldades associadas à sua implementação.

Referências Bibliográficas

- Barbosa, M. R., Campinho, A., & Silva, G., (2021) “Give and Receive”: The Impact of an Intergenerational Program on Institutionalized Children and Older Adults, *Journal of Intergenerational Relationships*, 19(3), 283-304. <https://doi.org/10.1080/15350770.2020.1742844>
- Cerqueira, C. (2022). *Avaliar o Ageism em Jovens Adultos: Construção de uma Medida*. [Dissertação de mestrado não publicada]. Universidade do Minho.
- Daniel, F., Espírito-Santo, H., Lemos, L., Guadalupe, S., Barroso, I., Gomes da Silva, A., & Ferreira, P. L. (2023). Measuring loneliness: Psychometric properties of the three-item loneliness scale among community-dwelling adults. *Heliyon*, 9(5). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e15948>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Figueiredo-Duarte, C., Espírito-Santo, H., Sérgio, C., Lemos, L., Marques, M., & Daniel, F. (2021). Validity and reliability of a shorter version of the Geriatric Depression Scale in institutionalized older portuguese adults. *Aging and Mental Health*, 25(3), 492–498. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1695739>
- Firmino, H., Simões, M. R., Pinho, M. S., Cerejeira, J., & Martins, C. (2018). *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke-Revista: Versão Portuguesa. Manual técnico (2ª ed.)*. Laboratório de Avaliação Psicológica e Psicometria. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Gouveia, P., Ramos, C., Brito, J., Almeida, T. & Cardoso, J. (2022). The Difficulties in Emotion Regulation Scale – Short Form (DERS-SF): psychometric properties and invariance between genders. *Psicologia: Reflexão Crítica*, 35(11), <https://doi.org/10.1186/s41155-022-00214-2>
- Hatton-Yeo, A. & Ohsako, T. (Eds.) (2001). *Intergenerational programmes: public policy and research implications. An International Perspective*. UNESCO. The Beth Johnson Foundation. <https://www.unesco.org/education/uie/publications/uistud24.shtml>
- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Research on Aging*, 26(6), 655–672. <https://doi.org/10.1177/0164027504268574>

- Instituto Nacional de Estatística (2020). *Projeções de População Residente em Portugal 2018-2080*. Lisboa. <https://www.ine.pt/>
- Jongenelis, K., Gerritsen, D. L., Pot, A. M., Beekman, A. T. F., Eisses, A. M. H., Kluiters, H., & Ribbe, M. W. (2007). Construction and validation of a patient- and user-friendly nursing home version of the Geriatric Depression Scale. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(9), 837–842. <https://doi.org/10.1002/gps.1748>
- Laranjeira, C. A. (2009). Preliminary validation study of the portuguese version of the satisfaction with life scale. *Psychology, Health and Medicine*, 14(2), 220–226. <https://doi.org/10.1080/13548500802459900>
- MacCallum, J., Palmer, D., Wright, P. R., Cumming-Potvin, W., Northcote, J. K., Brooker, M. A., & Tero, C. (2006). Community building through intergenerational exchange programs: Report to the National Youth Affairs Research Scheme (NYARS). *Australian Government Department of Families, Community Services & Indigenous Affairs*. <https://researchportal.murdoch.edu.au/esploro/outputs/report/Community-building-through-intergenerational-exchange-programs/991005544260207891/filesAndLinks?index=0>
- Martins, T., Midão, L., Martínez-Veiga, S., Dequech, L., Busse, G., Bertram, M., McDonald, A., Gilliland, G., Orte, C., Vives, M., & Costa, E. (2019). Intergenerational Programs Review: Study Design and Characteristics of Intervention, Outcomes, and Effectiveness. *Journal of Intergenerational Relationships*, 17(1), 93–109. <https://doi.org/10.1080/15350770.2018.1500333>
- Matos, M., Gonçalves, E., Palmeira, L., Melo, I., Steindl, S. R., & Gomes, A. A. (2021). Advancing the assessment of compassion: Psychometric study of the compassion motivation and action scales in a Portuguese sample. *Current Psychology*, 1, 1–15. <https://doi.org/10.1007/S12144-02>
- Newman, S. & Sánchez, M. (2007). *Los programas intergeracionales: concepto, história y modelos*. In M. Sánchez, D. Butts, A. Hatton-Yeo, N. Henkin, S. Jarrott, M. Kaplan, A. Martínez, S. Newman, S. Pinazo, J. Sáez & A. Weintraub, *Programas Intergeracionales: hacia una sociedad para todas las edades* (pp. 37-51). Barcelona: Fundación “La Caixa”.
- Organização das Nações Unidas. (2002). Informe de la segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento. Madrid: ONU.
- Pais Ribeiro, J. L., & Morais, R. (2010). Portuguese adaptation of the brief resilient coping scale. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(1), 5–13. <https://doi.org/10.15309/10psd110101>
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225–237. <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>
- Pinazo, S., & Kaplan, M. (2007). Los beneficios de los programas intergeneracionales. In M. Sánchez, D. Butts, A. Hatton-Yeo, N. Henkin, S. Jarrott, M. Kaplan, A. Martínez, S. Newman, S. Pinazo, J. Sáez & A. Weintraub, *Programas Intergeracionales: hacia una sociedad para todas las edades* (pp. 70-101). Barcelona: Fundación “La Caixa”.
- Pommier, E., Neff, K. D., & Tóth-Király, I. (2020). The Development and Validation of the Compassion Scale. *Assessment*, 27(1), 21–39. <https://doi.org/10.1177/1073191119874108>
- Rosenberg, M. (1965). *Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t01038-000>
- Sáez, J., Díaz, P., Pinazo, S., & Sánchez, M. (2009). *INTERGEN-PROF. Buenas prácticas profesionales en el campo intergeneracional. Análisis de la situación y propuestas de mejora*.
Resumen Ejecutivo.

- http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/idi142_07intergeneracional.pdf
- Sánchez, M. (2007). La evaluación de los programas intergeneracionales. Madrid: Imserso.
- Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment, 11*(1), 94–101. <https://doi.org/10.1177/1073191103258144>
- Vasconcelos-Raposo, J., Fernandes, H. M., Teixeira, C. M., & Bertelli, R. (2012). Factorial Validity and Invariance of the Rosenberg Self-Esteem Scale Among Portuguese Youngsters. *Social Indicators Research, 105*(3), 483–498. <https://www.jstor.org/stable/41409362>
- Victor, S. E., & Klonsky, E. D. (2016). Validation of a brief version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-18) in five samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 38*(4), 582–589. <https://doi.org/10.1007/s10862-016-9547-9>
- Vieira, S., & Sousa, L. (2016). Intergenerational practice: contributing to a conceptual framework. *International Journal of Lifelong Education, 35*(4), 396–412. <https://doi.org/10.1080/02601370.2016.1196248>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*(6), 61-70. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

CAPÍTULO 24

Importância das variáveis sociodemográficas no comportamento inovador na área profissional em Portugal

Ana Martins, Catarina Cabral, Catarina Oliveirinha, Cátia Oliveira, Joana Gonçalves, Sofia Solinho

Universidade da Beira Interior, Portugal

Autor Correspondente: Cátia Oliveira¹ **E-mail:** c.sofia.oliveira@ubi.pt

Resumo

Estado de arte: O comportamento inovador impulsiona o sucesso e a competitividade, visando mudanças significativas nas necessidades da empresa e dos funcionários. Este estudo propõe avaliar o comportamento inovador da amostra, comparando-o entre organizações de diferentes tamanhos, gêneros e setores de trabalho, além de investigar a associação entre idade e comportamento inovador, e analisar variáveis sociodemográficas como preditores desse comportamento. **Método:** A amostra deste estudo consistiu em 513 participantes, com idades entre 18 e 66 anos. Estes foram submetidos a um questionário sociodemográfico detalhado, a fim de recolher informações relevantes sobre a sua ocupação e dados demográficos. **Resultados:** Os resultados indicaram que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o comportamento inovador e as variáveis mencionadas. No entanto, os preditores do comportamento inovador foram identificados como sendo o gênero, a situação profissional e a dimensão da organização. **Discussão:** O estudo revela que o comportamento inovador é escasso em várias situações, considerando diversas variáveis sociodemográficas. Destaca-se a importância de estratégias desde a adolescência para promover a criatividade e diversidade, essenciais para o desenvolvimento a longo prazo dessa habilidade enriquecedora tanto pessoal quanto profissionalmente.

Palavras-chave: Comportamento inovador; comportamento inovador no trabalho; Organizações; natureza da organização; dimensão da organização.

Introdução

O comportamento inovador é fundamental para o sucesso e sobrevivência, a longo prazo, de qualquer organização, visto que, contribui para a obtenção de vantagens competitivas (Taveira, 2019). Assim, caracteriza-se pela intencionalidade de criar mudanças significativas numa

empresa e ocorre quando as necessidades desta não se encontram colmatadas (AlEessa e Durugbo, 2021). Daí, surge o interesse na procura de novas formas de resolução de problemas, alcance de objetivos e sucesso profissional dos colaboradores e da organização (Alves, 2019).

Deste modo, é um procedimento que se inicia com o desenvolvimento de ideias, produtos, atualização de tecnologias, novos serviços e/ou métodos de trabalho que, tenham como fim a implementação de soluções para os problemas e objetivos de cada organização (Utomo *et al.*, 2023; Khorakian *et al.*, 2019). No entanto, estudar o comportamento inovador constitui uma tarefa complexa, isto porque, à medida que as organizações crescem, enfrentam ambientes cada vez mais competitivos, onde a inovação se torna parte das funções organizacionais (Taveira, 2019).

Sobre o comportamento inovador no trabalho, constatou-se que este é bastante estudado em algumas variáveis, como por exemplo, os fatores que influenciam a motivação, sendo alguns deles o alto comprometimento, a promoção, o trabalho significativo assim como os resultados do mesmo (Bawuro *et al.*, 2019). A maioria dos estudos relaciona o comportamento inovador no trabalho com a liderança e referem que dependendo do tipo de liderança e as relações que os líderes estabelecem com os funcionários, esta pode acelerar ou retardar o comportamento inovador (AlEessa & Durugbo, 2021).

Este estudo apresenta como objetivos: (1) avaliar o nível de comportamento inovador da amostra; (2) comparar o nível de comportamento inovador entre organizações de menor e maior dimensão; (3) comparar os níveis de comportamento inovador entre mulheres e homens; (4) comparar os níveis de comportamento inovador entre trabalhadores da função privada e função pública; (5) avaliar o grau de associação entre idade e comportamento inovador; (6) avaliar as variáveis sociodemográficas (idade, género, habilitações académicas, dimensão da organização) como preditores do comportamento inovador.

As hipóteses que serviram de base ao nosso artigo foram as seguintes: H1: O nível de comportamento inovador da amostra de pessoas profissionalmente ativas é elevado; H2: O nível de comportamento inovador é mais elevado em organizações de menor dimensão comparando com organizações de maior dimensão; H3: As pessoas que se identificam como mulheres apresentam níveis de comportamento inovador mais elevados em comparação com as pessoas que se identificam como homens; H4: Os indivíduos que trabalham na função privada apresentam níveis de comportamento inovador mais elevados em comparação com os da função pública.; H5: Há uma correlação forte, positiva e significativa entre a idade e o comportamento inovador; H6: As seguintes variáveis são preditores fortes, positivas e significativas do comportamento inovador: idade, género, habilitações académicas, dimensão da organização, situação profissional.

Estado da arte

A pesquisa sobre clima organizacional, sugere que esta variável tem um impacto significativo nos efeitos comportamentais de trabalho inovadores, por exemplo, quando são dadas oportunidades de empoderamento e capacitação no trabalho (Gerçek, 2023). Para além disso, foi realizada uma pesquisa sobre o comportamento inovador no trabalho com as variáveis de base deste estudo, começando por procurar a relação com a dimensão da organização. As pesquisas encontradas inserem-se mais a nível de pequenas e médias empresas, sugerindo que, incentivar o comportamento inovador no trabalho ajuda a que estas ganhem competitividade no mercado, assim como melhor desempenho e produtividade (Yusof, 2018). Relativamente ao género, atualmente, os contributos das mulheres em contexto de equipa, continuam a ser

frequentemente ignorados e desvalorizados, bem como, o valor dado ao esforço e trabalho das mesmas, o que se reflete na presença da desigualdade salarial entre ambos os sexos, tendo o sexo masculino um salário duas vezes maior do que o sexo feminino (Castilho et al., 2020). Ao nível da natureza da organização, os estudos encontrados abordam apenas o setor público, referindo que este demonstra fracos níveis de iniciativas inovadoras, prejudicando, em muitos casos, o sucesso da organização. A implementação do comportamento inovador na política organizacional deste setor, levaria a que fossem utilizados, da melhor forma possível, os recursos fornecidos e, conseqüentemente, se criasse e mantivesse a credibilidade da organização (Yusuf et al., 2023). Em relação à idade, é previsto que os mais jovens apresentem mais comportamento inovador no trabalho do que os mais velhos, uma vez que, pessoas mais velhas são consideradas menos abertas a novas experiências, menos competentes e também mais resistentes a mudanças. Os resultados de alguns estudos parecem sugerir que pessoas mais velhas têm menos comportamento inovador, no entanto, isto não se verifica quando colaboram com outros membros mais novos (Guillén & Kunze, 2019).

Método

Procedimentos

A presente investigação tinha como critérios de inclusão: (1) ter 18 anos ou mais e (2) exercer uma atividade em algum tipo de organização. Seguindo os critérios anteriormente apresentados, obteve-se uma amostra de 513 participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 66 anos ($M=31.58$; $DP=12.12$). A maioria identifica-se como heterossexuais ($n=442$, 86.1%), de nacionalidade portuguesa ($n=498$, 97.1%) e residentes em Portugal ($n=501$, 97.6%). Nesta amostra a maioria são solteiro/a com namorado/a ($n=173$, 33.7%) e possuem 3 pessoas no seu agregado familiar ($n=165$, 32.2%). Ao nível das habilitações académicas, os licenciados ($n=194$, 37.8%) ganharam notoriedade, tal como a sua situação profissional, trabalhador por conta de outrem ($n=395$, 77%). O local de residência onde uma grande parte desta amostra populacional habita é numa pequena cidade ($n=228$, 44.4%) e classificou o seu estatuto socioeconómico como médio ($n=294$, 57.2). Por fim, o grupo étnico com mais destaque foram os europeus/brancos ($n=486$, 94.7%). Relativamente ao vínculo laboral, esta amostra apresenta principalmente pessoas com contrato sem termo (efetivo) ($n=205$, 40%) e que se encontram a trabalhar numa organização com mais de 501 pessoas ($n=190$, 42%). De acordo com a natureza da organização esta encontra-se como pública na maioria dos participantes ($n=272$, 53.1%).

Análise de Dados

Inicialmente foi transformada uma variável - média do comportamento inovador - que denominámos de “Comportamento_Inovador_TOTAL” de forma a averiguar o comportamento inovador na amostra. A partir desta variável fez-se uma análise de frequência e percentagem para observar o nível de comportamento inovador conforme as variáveis elegidas para estudo (“idade”, “género”, “nacionalidade”, “país”, “estado marital”, “agregado familiar”, “habilitações académicas”, “local de residência”, “estatuto socioeconómico”, “orientação sexual”, “grupo étnico”, “situação profissional”, “vinculo laboral”, “dimensão da organização” e “natureza de organização”) ($M=31.58$; $DP= 12.12$).

Primeiramente, e com o objetivo de distinguir as pessoas mais novas das mais velhas, procedemos à análise descritiva da variável “idade” para definir o nosso ponto de corte,

calculado através da mediana. Sendo a mediana 27, as pessoas mais novas consideramos as que possuem de 18 a 27 anos e os mais velhos consideramos os que possuem mais de 27 anos.

De forma a analisar as diferenças do comportamento inovador na situação profissional entre os trabalhadores-estudantes, trabalhadores por conta própria e trabalhadores por conta de outrem, realizamos o teste One-Way ANOVA utilizando a variável “situação profissional” e a variável anteriormente transformada (“Comportamento_Inovador_TOTAL”) (tabela 2).

Realizamos também, utilizando o mesmo teste, a análise das diferenças entre o comportamento inovador e a dimensão da organização (até 10 pessoas; de 11 a 250 pessoas; de 251 a 500 pessoas; mais de 501 pessoas; outro) (tabela 3), como também as diferenças entre o comportamento inovador e a natureza da organização (privada; pública; outros) (tabela 5).

No sentido de analisar as diferenças no comportamento inovador entre homens e mulheres foi realizado um teste T de Student de amostras independentes (tabela 4).

De modo a averiguar e analisar o grau de associação entre a idade e o comportamento inovador foi realizada uma Correlação de Pearson, utilizando a variável transformada de comportamento inovador e a variável “Idade”.

Por fim, com o propósito de avaliar o poder preditivo das variáveis sociodemográficas no comportamento inovador, foi elaborado um modelo de Regressão Linear em que a média dos questionários sobre o comportamento inovador foi considerada como variável dependente. O modelo 1, único utilizado, incluiu as seguintes variáveis independentes: idade, género, habilitações académicas, dimensão da organização e situação profissional.

Resultados

Observando a tabela 2 é possível averiguar que não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas ($f(2;510)=.735$; $p=.480$), entre o comportamento inovador e a situação profissional.

Na tabela 3 é possível concluir que não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas ($f(4;447)=1,124$; $p=.344$), entre o comportamento inovador e a dimensão da organização.

De acordo com a tabela 4 é possível verificar que não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas ($t(503)=1,230$; $p=.072$), entre o comportamento inovador e o género.

No que se refere à tabela 5, é possível apurar que não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas ($f(2;464)=.522$; $p=.594$), entre o comportamento inovador e a natureza da organização.

Em relação ao comportamento inovador, apenas a idade apresenta uma significância positiva fraca. É possível concluir com isto que quanto mais idade, mais comportamento inovador ($r=.153$; $p=.594$), entre o comportamento inovador e a natureza da organização.

Em relação ao comportamento inovador, apenas a idade apresenta uma significância positiva fraca. É possível concluir com isto que quanto mais idade, mais comportamento inovador ($r=.153$; $p<.001$), presente na tabela 6.

Realizou-se um modelo hierárquico de regressão linear para avaliar o poder preditivo das variáveis sociodemográficas sobre o comportamento inovador, explicado na tabela 7. Verificam-se os seguintes resultados: O modelo explicou 0,04% da variância total; é possível evidenciar que a idade e as habilitações académicas são os únicos preditores do comportamento inovador. Quanto à idade este é um preditor significativo positivo fraco bem como as habilitações académicas.

Tabela 2. Comportamento Inovador na Situação Profissional

Situação Profissional	M	DP	Z(df)	P
Trabalhador/a-Estudante	4,06	1,24	.735 (2;510)	.480
Trabalhador por conta própria	3,97	1,10		
Trabalhador por conta de outrem	4,14	1,04		

Tabela 3. Comportamento Inovador na Dimensão da Organização

Dimensão da Organização	M	DP	Z(df)	P
Até 10 pessoas	4,12	1,181,04	1,124(4;447)	.344
De 11 a 250 pessoas	4,17	1,14		
De 251 a 500 pessoas	4,10	1,041,43		
Mais de 501 pessoas	4,08			
Outro	3,16			

Tabela 4. Comportamento Inovador relacionado com o Género

Género	M	DP	t(df)	p
Mulher	4,16	1,02	1,230(503)	.072
Homem	4,04	1,17		

Tabela 5. Comportamento Inovador e a Natureza da Organização

Natureza da Organização	M	DP	Z(df)	P
Setor Público	4,08	1,07	.522(2;464)	.594
Setor Privado	4,18	1,09		
Outro	4,08	.82		

Tabela 7. Poder preditivo entre as variáveis sociodemográficas e o Comportamento Inovador

	B	Erro	b
Idade	.012	.004	.130*
Género	-.061	.093	-.031
Habilitações Académicas	.132	.051	.121*
Situação Profissional	.037	.074	.023
Dimensão da Organização	-.018	.042	-.020
R²	.038		
Z	3,556		

Discussão

A hipótese 1 apresenta o p-value de .480 o que refere que o nível de comportamento inovador da amostra de pessoas profissionalmente ativas não é elevado, não sendo assim possível aceitar esta hipótese. Contudo, de acordo com a tabela realizada para descrição da amostragem (tabela 1), é possível verificar que os trabalhadores por conta de outrem têm maior tendência a ter comportamento inovador.

Relativamente à hipótese 2 que refere que o nível de comportamento inovador é mais elevado em organizações de menor dimensão comparando com organizações de maior dimensão, não foi possível também aceitar esta hipótese uma vez que o valor do p-value é maior que .05 (p-value=.344). De acordo com a literatura que selecionamos, a informação encontrada é contraditória aos nossos resultados uma vez que as organizações consideradas de pequena dimensão conseguem ser mais inovadoras pois normalmente possuem mais flexibilidade e capacidade para se adaptarem às mudanças (Del-Corte-Lora, 2023).

Quanto à hipótese 3 esta também não pode ser aceite uma vez que, novamente, o p-value se evidencia maior que .05 (p-value= .072), verificando-se que as mulheres não possuem mais tendência de comportamento inovador que os homens, mas as mulheres têm maior predisposição visto apresentarem uma média mais elevada ($= 4,16; = 4,04$).

A hipótese 4 que refere que as pessoas que trabalham na função privada apresentam níveis de comportamento inovador mais elevados em comparação com os da função pública também não pode ser aceite dado que o p-value não é significativo (p-value=.594). A literatura encontrada apenas aborda o setor público, referindo que este demonstra fracos níveis de iniciativas inovadoras (Yusuf et al., 2023). As empresas do setor privado deveriam apresentar mais comportamento inovador, uma vez que estas competem entre si para ter os melhores resultados.

Já a hipótese 5 que diz que existe uma correlação forte, positiva e significativa entre a idade e o comportamento inovador é parcialmente rejeitada uma vez que a correlação entre o comportamento inovador e a idade é fraca, positiva e significativa ($r=.153^{**}; p<.001$). Contudo, mesmo a correlação não sendo forte podemos averiguar que quanto mais idade mais comportamento inovador, indo de encontro com a parte da literatura obtida que nos refere que quando os funcionários mais velhos colaboram com membros de outros departamentos conseguem manter um bom comportamento inovador (Guillén & Kunze, 2019).

Por fim, na hipótese 6 verificamos que as variáveis idade e as habilitações são os únicos preditores da amostra, assim, rejeitamos parcialmente a hipótese uma vez que o género, a dimensão da organização e a situação profissional não são preditores da amostra. Contudo evidenciamos que a idade ($B=.130; p\text{-value}<.006$) é um preditor positivo, fraco e significativo verificando assim que quanto mais idade mais comportamento inovador dado que os mais velhos, visto que possuem mais experiência, o que pode desenvolver comportamento inovador. Já as habilitações académicas é um preditor positivo, fraco significativo ($B=.121; p\text{-value}<.010$) ou seja, quanto mais habilitações académicas mais comportamento inovador devido ao desenvolvimento das habilidades cognitivas contribuírem para as ideias inovadoras, seno que a educação pode desenvolver pensamento crítico, resolução de problemas e criatividade.

Referências Bibliográficas

- Abukhait R., Bani-Melhem S., & Zeffane R. (2018). Empowerment, Knowledge Sharing and Innovative Behaviours: Exploring Gender Differences. *International Journal of Innovation Management*. <https://doi.org/10.1142/S1363919619500063>
- AlEssa, H. S., & Durugbo, C. M. (2021). Systematic review of innovative work behavior concepts and contributions. *Management Review Quarterly*, 72(4), 1171-1208. <https://doi.org/10.1007/s11301-021-00224-x>
- Alves, M. C. (2019). Se eu inovo, tu inovas? Comportamentos inovadores em contexto de trabalho. ISPA Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7141/1/22442.pdf>
- Bawuro, F. A., Shamsuddin, A., Wahab, E., & Chidozie, C. C. (2019). Prosocial motivation and innovative behaviour: An empirical analysis of selected public university lecturers in Nigeria. *International Journal of Scientific and Technology Research*, 8(9), 1187-1194. <https://www.semanticscholar.org/paper/Prosocial-Motivation-And-Innovative-Behaviour%3A-An-Bawuro-Shamsuddin/8aea3b662052abe6f260b452949cf1552c789bca>
- Castilho, P., Szwarcwald, M., & Callegaro, H. (2020). Por que empresas que adotam a diversidade são mais saudáveis, felizes e rentáveis. Diversity Matters America Latina. McKinsey and Company. <https://www.mckinsey.com/br/our-insights/diversity-matters-america-latina>.
- Del-Corte-Lora, V., Martínéz-Fernandez, T., ValletBellmunt, T., & Roig-Tierno N. (2023). A configurational approach to innovation performance: The role of creativity. *International Journal of Innovation Studies* (7), 171-186. <https://doi.org/10.1016/j.ijis.2023.03.001>
- Gerçek, M. (2023). The Impact Of Organizational Empowerment On Contextual And Adaptive Performance: The Mediating Role Of Innovative Work Behavior. *International Journal of Management Economics and Business*, 19(2). <https://doi.org/10.17130/ijmeb.1240152>
- Guillén L., & Kunze F. (2019) When age does not harm innovative behavior and perceptions of competence: Testing interdepartmental collaboration as a social buffer. *Human Resource Management*, 58 (3), 301-316. <https://dx.doi.org/10.1002/hrm.21953>
- IBM Corp (2023) IBM SPSS Statistics for Windows (v.29) [Computer Software] IBM Corp
- Khorakian, A., Shahroodi H. M., Jahangir M., & Farkhani Z. N. (2019). Innovation Work Behavior in Public Organizations: The Roles of Ethical and Knowledge Sharin Behaviours. *Criativity Research Journal*, 31(2), pp. 164-173. <https://doi.org/10.1080/10400419.2019.1607444>
- Lawande, N. (2023). Understanding the Association Between Constructive Nonconformity and Innovative Work Behavior: an Employee Perspective. *Australasian Accounting, Business and Finance Journal*, 17(1), 83-96. <http://dx.doi.org/10.14453/aabfj.v17i1.07>
- Luksyte, A., Unsworth. L. K., & Avery, R. D. (2018). Innovative work behavior and sex-based stereotypes: Examining sex differences in perceptions and evaluations of innovative work behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 39, 292-305. <https://doi.org/10.1002/job.2219>
- Qi, L., Liu. B., Wei, X., & Hu, Y. (2019). Impact of inclusive leadership on employee innovative behavior: Perceived organizational support as a mediator. *PLOS ONE*, 14(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212091>
- Santos, G.M.M.C. (2019). Empreendedorismo e estratégia em empresas lideradas por mulheres. Universidade da Beira Interior. <http://hdl.handle.net/10400.6/6974>
- Scott, G. S., Bruce, R. A. (1994). Determinants of innovative behavior: a path model of the

- individual innovation in the workplace. *Academy of Management Journal*, 37(3). pp. 580-607. Doi: 10.5465/256701
- Taveira, G.M.M. (2019). A Influência do Comportamento Inovador e da Formação do Empreendedor no Desempenho de Empresas do Setor Agro-Alimentar. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. <https://www.proquest.com/openview/9ef5f555a2ca331661fedb23ad548b99/1?cbl=2026366&diss=y&pq-origsite=gscholar>
- Utomo, H. J. N., Irwanto, I., Wasesa, S., Purwati, T., Sembiring, R., & Purwanto, A. (2023). Investigating The Role of Innovative Work Behavior, Organizational Trust, Perceived Organizational Support: An Empirical Study on SMEs Performance. *Journal of Law and Sustainable Development* 11(2), 1-19. <https://ojs.journalsdg.org/jlss/article/view/417/243>
- Veloso, A., Roque, H., Ferreira, A. T., Gomes, J. (2021). Características psicométricas de uma medida adaptada de comportamento inovador no trabalho. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*, 23(1), p.141-152. [https://www.semanticscholar.org/paper/Psychometric-characteristics-of-an-adapted-measure-Veloso Roque/b32161131b5f223132516b1cbc588534a8d1d92a](https://www.semanticscholar.org/paper/Psychometric-characteristics-of-an-adapted-measure-Veloso%20Roque/b32161131b5f223132516b1cbc588534a8d1d92a)
- Yusuf, R., Imm, N. S., Ann, H. J., & Rahman, A. A. (2018). The Influence of SMEs Employees' Intention towards Innovative Behaviour. *Pertanika Journal of Social Sciences & Humanities*, 26 (3), 1905-1923. https://www.researchgate.net/publication/328234627_The_influence_of_SMEs_employees%27_intention_towards_innovative_behaviour
- Yusuf, M., Bernardianto, R. B., Satia, H. M. R., Nurhasanah, N., Irwani, I., Setyoko, P. I., & Saputra, A. S. (2023). Investigating the Role Transformational Leadership, Innovative Work Behavior, and Team Member Exchange on Public Service Organization Performance. *Journal of Law and Sustainable Development* 11(6), 01-31. <https://doi.org/10.55908/sdgs.v11i6.868>

CAPÍTULO 25

O eixo cérebro-intestino na perturbação do espectro do autismo: o uso de probióticos como terapêutica adjuvante – Revisão Literária

Inês Teixeira¹, Ana Margarida Moreira¹

¹ Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior, Portugal

Autor Correspondente: Inês Teixeira **E-mail:** inesteix@gmail.com

Resumo:

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) é uma patologia do neurodesenvolvimento. Com vista a refletir sobre o aprimoramento de cuidados médicos justifica-se aprofundar terapêuticas que promovam melhoria do quadro clínico desta perturbação. É de relevância atual a relação bidirecional do eixo cérebro intestino e a sua influência na terapêutica. Esta revisão literária tem por objetivo estudar as alterações do eixo cérebro intestino na PEA, novas terapêuticas, e o impacto de alterações da microbiota intestinal. Nesta revisão literária foi realizada uma pesquisa na PubMed, B-on e EBSCO. Foram selecionados 10 estudos de um total inicial de 159. A informação recolhida diz respeito aos participantes, características do estudo, métodos de análise e principais resultados. Adicionalmente foram incluídos artigos pertinentes à construção desta revisão literária. No final da análise dos estudos, procedeu-se à síntese narrativa dos achados. Foram selecionados 10 estudos, obtendo um número total de participantes de 590. Destes, 474 apresentavam diagnóstico de PEA. A idade dos participantes variou entre 18 meses e 16 anos. Na maioria dos estudos a toma de probióticos foi feita entre 4 semanas a 6 meses. Os estudos analisados suportam a existência de benefício na melhoria de sintomas GIs (gastrointestinais) e comportamentais assim como melhoria nos padrões inflamatórios intestinais e microbiota através da toma de probióticos em crianças com PEA. Adicionalmente, mostraram-se ser seguros e sem efeitos secundários de relevo.

Palavras-chave: Perturbação do Espectro do Autismo; Crianças; Psiquiatria da Infância e Adolescência; Microbioma; Probiótico.

Abstract: Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental pathology. In order to reflect on the improvement of medical care, it is necessary to delve deeper into therapies that can improve the clinical picture of this disorder. The bidirectional relationship between the brain-intestinal axis and its influence on therapy is of great relevance. This dissertation aims to study changes in the brain-gut axis in PEA, new therapies, and the impact of changes in the intestinal microbiota. In this literature review, a search was carried out in PubMed, B-on and EBSCO. 10 studies were selected from an initial total of 159. The information collected concerns the participants, study characteristics, analysis methods and main results.

Additionally, articles relevant to the construction of this literary review were included. At the end of the studies analysis, a narrative synthesis of the findings was carried out. 10 studies were selected, obtaining a total number of participants of 590. Of these, 474 were diagnosed with ASD. The age of the participants varied between 18 months and 16 years. In most studies, probiotics were taken for between 4 weeks and 6 months. The studies analysed support the existence of benefits in improving GI and behavioural symptoms as well as improving intestinal inflammatory patterns and microbiota through taking probiotics in children with ASD. Additionally, they proved to be safe and without any significant side effects.

Key-Words: Autism Spectrum Disorder; Children; Child and Adolescent Psychiatry; Brain-gut axis; Probiotic.

Introdução

Perturbação do Espectro do Autismo (PEA)

A PEA é uma perturbação complexa de fenótipo heterogéneo e de etiologia multifatorial.

Segundo um estudo realizado em 2007 (Oliveira et al., 2007) a prevalência de PEA é de 9,2 em cada 10000 crianças em Portugal Continental e 15.6 em 10000 nos Açores. Esta perturbação manifesta-se pela presença de sintomas de três grandes categorias (American Psychiatric Association, 2022): interação social, comunicação e padrões de comportamento restritivos e repetitivos. As manifestações clínicas desta patologia são um espectro, apresentando variância inter e intrapessoal (Monteiro, n.d.). A maioria das crianças com PEA sofrem também de sintomas como refluxo GI (gastrointestinal), alteração nos hábitos GIs, dor abdominal, vómitos e défices nutricionais (Meguid et al., 2022; Shaaban et al., 2018).

O diagnóstico da PEA é realizado através de uma avaliação multidisciplinar, com base em observações e entrevistas clínicas. Não existe uma terapia específica ou cura para a PEA mas sim uma variedade de abordagens, intervenções e medicamentos que podem ajudar a melhorar os sintomas e a gestão desta perturbação. O tratamento da PEA é individualizado e multidisciplinar (Dulcan, 2022). A intervenção não farmacológica pode abranger várias áreas como a terapia ocupacional, psicologia clínica, terapia da fala, intervenções comportamentais e pedagógicas (Afonso, n.d.). Alguns fármacos podem também ser utilizados no controlo de comportamentos ou sintomas recorrentes que limitem o dia a dia da criança com PEA (Monteiro, n.d.). Deve ser ponderada a descontinuação da medicação aquando a melhoria dos sintomas (Mohameddessa, n.d.).

Eixo Cérebro-Intestino e Microbiota Intestinal

A microbiota intestinal pode impactar funções cerebrais de forma direta ou indireta. Em situações de stresse o sistema simpático é ativado, afetando a integridade do epitélio intestinal. Esta está também envolvida no controlo e sinalização de moléculas como a norepinefrina e o triptofano. (Guidetti et al., 2022) A microbiota intestinal influencia também a motilidade intestinal e os níveis de lipossacarídeos circulantes (Meguid et al., 2022). Alterações na permeabilidade da mucosa intestinal possibilitam a difusão de antigénios para a corrente sanguínea (Guidetti et al., 2022).

Vários artigos (Ding et al., 2017; He et al., 2023; Kang et al., 2019) destacam a presença de disbiose, redução na quantidade de bactérias benéficas na flora intestinal e aumento da permeabilidade da membrana intestinal em crianças com PEA. Estes são fatores que se podem correlacionar com uma maior severidade de sintomas GIs (Guidetti et al., 2022; Sanctuary et al., 2019). É também observada a presença de inflamação sistêmica e intestinal, evidenciadas por alterações nos níveis circulantes de citocinas e nos níveis fecais de calprotectina nestas (Guidetti et al., 2022; Santocchi et al., 2020).

É possível afirmar a existência de relação entre sintomas GI e outros como a ansiedade, agressividade, comportamentos estereotipados, menor interação social e uma sensação geral de irritabilidade (Dovgan et al., 2023; Guidetti et al., 2022).

Probióticos

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define probióticos como microorganismos vivos que quando administrados em quantidades adequadas conferem benefícios à saúde do hospedeiro (Mack, 2005).

A administração de probióticos na gestão de alterações na microbiota pode ser uma abordagem terapêutica eficaz. Estes podem contribuir para o restabelecimento da microbiota intestinal normal, diminuição da inflamação e recuperação da integridade da barreira epitelial. Uma das hipóteses formuladas que justifica os mecanismos moleculares por detrás dos efeitos benéficos da suplementação probiótica reside na capacidade das bactérias de estabilização das comunidades microbianas já presentes (Sanctuary et al., 2019). Outra hipótese é a de que a suplementação probiótica tem a capacidade de colonizar e alterar a composição geral da microbiota (Brunser et al., 2006; Wang et al., 2014).

Métodos

Os critérios de inclusão determinados foram os seguintes: Estudos publicados entre 2008 e 2023; Apenas estudos em português, espanhol e inglês; Desenho do estudo: estudos observacionais (retrospectivos ou prospetivos) e estudos transversais; Estudos em humanos *in vivo*; Crianças com idade igual ou inferior a 18 anos com diagnóstico de PEA.

Os critérios de exclusão determinados foram os seguintes: Estudos publicados antes de 2008; Desenho do estudo: revisões bibliográficas (revisões de literatura, revisões sistemáticas e meta-análises); Estudos em laboratório ou experimentação animal; Crianças com diagnósticos de outra perturbação do neurodesenvolvimento que não a PEA; Doenças médicas (endócrinas, metabólicas, GIs, motoras e défices sensoriais primários), genéticas ou perturbações neuropsiquiátricas associadas, que pudessem afetar o consumo alimentar, o uso/absorção de nutrientes ou os parâmetros antropométricos; Uso de medicação antibiótica que possa afetar a ingestão e comportamentos alimentares ou os parâmetros antropométricos.

A pesquisa foi realizada nos meses de Novembro e Dezembro de 2023 através da seguinte fórmula de pesquisa: ("*Autistic Disorder**" OR "*Infantile Autism*" OR "*Autism Spectrum Disorder**" OR *ASD* OR *autis**) AND (*Probiotic** OR *Synbiotic**) AND ("*Brain-Gut Axis*" OR "*Gut and Brain Axis*" OR "*Microbiota Gut Brain Axis*" OR "*Brain Gut Microbiome Axis*" OR "*Intestinal microbiota*" OR "*intestinal microbial balance*") AND (*Preschool* OR *child** OR *minor** OR *Adolescent** OR *teen** OR *youth**).

Foram utilizadas bases de dados disponibilizadas pela biblioteca da Universidade da Beira Interior, nomeadamente ‘b-on’, ‘PubMed’, ‘EBSCO’. Foram recolhidos 159 artigos iniciais, dos quais 74 foram removidos por serem duplicados, completando um total de 85 artigos. Destes, foi realizada a leitura breve dos títulos e resumos para possível elegibilidade, dos quais 65 foram excluídos de acordo com os critérios já referidos. Foram lidos, na íntegra, 20 estudos. Finalmente, apenas 10 estudos cumpriram os critérios de inclusão estabelecidos.

De cada estudo incluído nesta revisão, foram recolhidos os seguintes dados: Identificação dos autores, ano e local do estudo; Desenho do estudo; Características dos grupos de estudo (tamanho da amostra, idade, proporção de géneros e critérios de diagnóstico para a PEA); Suplementação e tratamento, se efetuado no estudo (assim como a sua dose, duração e composição); Resultados principais.

Resultados

Esta revisão englobou a leitura integral de 10 estudos, obtendo um total de 590 participantes dos quais 474 apresentavam diagnóstico de PEA. A idade dos participantes variou entre os 18 meses e os 16 anos. A maioria dos estudos incluiu resultados da toma de probióticos realizada em períodos entre 4 semanas a 6 meses. Apenas um dos estudos (Russo, 2015) não referiu a duração da toma de probióticos feita. Na tabela 1 estão apresentadas as características gerais dos estudos selecionados.

Tabela 1 - Características gerais dos estudos

Autor, Ano, Local	Suplementação, e Duração	Resultados principais - Quantitativos e Qualitativos
(Guiducci et al., 2023), Itália	De Simone Formulation (“Vivomixx” ou “Visbiome”) ² - 6 meses	- Níveis de miRNA relacionados com PEA reduzidos em crianças com PEA; - Níveis de miRNAs associados a patologias GIs significativamente aumentados em crianças com PEA; - Elevação maior dos níveis de lactoferrina no grupo com problemas GIs após toma de probióticos; - Suplementação com probióticos pode ter efeitos nos biomarcadores intestinais em crianças com PEA, embora não pareça modular a expressão dos miRNAs associados a esses distúrbios.
(Guiducci et al., 2022), Itália	De Simone Formulation (“Vivomixx” ou “Visbiome”) ² - 6 meses	- Relação positiva entre os níveis de 25(OH)D e a resposta ao tratamento probiótico na melhoria da gravidade da PEA; - Crianças com PEA do sexo masculino podem estar mais suscetíveis a défices de 25(OH)D; - Nível de 25(OH)D inversamente correlacionado com sintomatologia GI; - Correlação inversa entre 25(OH)D e leptina; - Melhoria na pontuação total de ADOS ³ após administração de probióticos está relacionada com os níveis de 25(OH)D.
(Billeci et al., 2023), Itália	De Simone Formulation (“Vivomixx” ou “Visbiome”) ² - 6 meses	- Diminuição de potência nas regiões frontopolares nas bandas beta e gama e aumento da coerência destas juntamente com uma mudança na assimetria frontal, o que sugere uma modificação em direção a uma atividade cerebral típica.

² De Simone Formulation (“Vivomixx” ou “Visbiome”): *S. thermophilus*, *Bifidobacteria* (*B. breve*, *B. longum*, *B. infantis*), *Lactobacilli* (*L. acidophilus*, *L. plantarum*, *L. para-casei*, e *L. delbrueckii* subsp. *Bulgaricus*)

³ Autism Diagnostic Observation Schedule

(Meguid et al., 2022), Egipto	<i>Bifidobacterium spp.</i> ; <i>Lactobacillus spp.</i> - 3 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento na colónia de <i>Bifidobacterium spp.</i>, <i>Lactobacillus spp.</i> (mais significativo em <i>Bifidobacterium spp.</i>); - Diminuição de peso e IMC⁴; - Melhoria da intensidade de comportamentos na escala CARS⁵(90%); - Diminuição de ansiedade; - Aumento de sono profundo; - Diminuição de sintomas de dor e desconforto abdominal e na severidade de episódios de diarreia e de obstipação.
(Guidetti et al., 2022), Itália	<i>Limosilactobacillus fermentum LF10</i> ; <i>Ligilactobacillus salivarius LS03</i> ; <i>Lactiplantibacillus plantarum LP01</i> ; <i>Bifidobacterium longum DLBL</i> - 3 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Alterações significativas na diversidade beta; - Aumento das espécies de <i>S. thermophilus</i>, <i>B. longum</i>, <i>L. fermentum</i>, e <i>L. salivarius</i> nas amostras fecais - Melhoria dos sintomas GIs (nomeadamente dor abdominal e diarreia); - Melhoria na comunicação, comportamentos mal adaptativos, linguagem perceptiva e aspetos socio-relacionais; - Melhoria de sintomas comportamentais relacionados com sintomas GIs; - Melhoria do nível de stresse parental.
(Niu et al., 2019), China	6 espécies de bactérias (não identificadas) - Programa ABA por 4 semanas em 37 das crianças com PEA (22 com sintomas GI e 15 sem sintomas GI)	<ul style="list-style-type: none"> - Alterações na microbiota entre participantes com PEA e sem PEA - Redução da magnitude de sintomas GIs; - Melhoria de sintomas comportamentais relacionados com a PEA.
(Sanctuary et al., 2019), Califórnia	Simbiótico: <i>Bifidobacterium longum infantis</i> + BCP ⁶ - Total de 12 semanas: (5 semanas simbióticos; 2 semanas período <i>washout</i> ; 5 semanas prebióticos)	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamento bem tolerado; - Diminuição de comportamentos aberrantes, nomeadamente letargia; - Melhoria geral de sintomas GIs, Aumento significativo na percentagem de fezes com consistência normal e redução da proporção de fezes moles e duras. Redução significativa da dor relacionada com defecação; - Aumento de apetite e consumo de novos alimentos; - Redução da expressão intracelular de citocinas pelas células T CD4+, CD8+ e IL13+.
(Arnold et al., 2019), Texas, Ohio	De Simone Formulation (“Vivomixx” ou “Visbiome”) 2 - 8 semanas	<ul style="list-style-type: none"> - Melhoria nos sintomas GIs; - Tratamento seguro, com efeitos adversos mínimos.
(Shaaban et al., 2018), Egipto	<i>Bifidobacteria longum</i> ; <i>Lactobacillus rhamnosus</i> ; <i>Lactobacillus acidophilus</i> - 3 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento significativo das colónias de <i>Bifidobacteria</i> e <i>Lactobacillus</i>; - Diminuição significativa de peso e IMC⁴; - Melhoria da severidade dos sintomas relacionados com PEA; - Melhoria de sintomas GIs .
(Russo, 2015), Illinois	-	<ul style="list-style-type: none"> - Níveis de MPO (mieloperoxidase plasmática) significativamente mais baixos em indivíduos em terapia probiótica; - Redução significativa dos níveis plasmáticos de cobre em indivíduos com PEA; - Toma de probióticos provavelmente altera a flora bacteriana intestinal e as propriedades de absorção no intestino; - Probióticos associados a níveis mais baixos de cobre.

⁴ Índice de Massa Corporal

⁵ Childhood Autism Rating Scale

⁶ Bovine Colostrum Product

Discussão

A abundância de bactérias benéficas é significativamente menor em crianças com PEA e ainda menor caso a criança apresente sintomas GIs de relevo (Guidetti et al., 2022). A toma de probióticos revelou ser vantajosa para o aumento de bactérias benéficas em crianças com PEA. (Meguid et al., 2022; Russo, 2015; Shaaban et al., 2018) A falta de alterações significativas no estudo de Sanctuary et al., 2019 poderá assentar em duas hipóteses: a de que os mecanismos moleculares subjacentes aos efeitos benéficos da suplementação probiótica residem na capacidade de estabilização das comunidades microbianas já presentes, tornando-as menos suscetíveis a agentes agressores; ou de que o suplemento probiótico não foi eficaz e a redução de alguns sintomas GIs poderá dever-se a outros fatores como o de placebo.

Verificou-se uma melhoria significativa de sintomas relacionados com PEA aquando da toma de probióticos em crianças com essa perturbação (Guidetti et al., 2022; Guiducci et al., 2022; Meguid et al., 2022; Niu et al., 2019; Shaaban et al., 2018). São exemplos de sintomas e parâmetros que sofreram melhoria: a dificuldade nas relações interpessoais e sociabilidade (Meguid et al., 2022; Niu et al., 2019; Shaaban et al., 2018), consciência sensorial/cognitiva (Niu et al., 2019; Shaaban et al., 2018), resposta visual e intelectual (Meguid et al., 2022; Niu et al., 2019), comunicação e linguagem (Guidetti et al., 2022; Meguid et al., 2022; Niu et al., 2019; Shaaban et al., 2018), entre outros. Várias crianças com PEA têm dificuldades em expressar sentimentos o que leva a que muitas vezes os sintomas GIs se manifestem através de irritabilidade ou comportamentos de objeção. Existe uma relação entre a sintomatologia GI e a severidade de PEA (Guidetti et al., 2022). Apenas um estudo (Sanctuary et al., 2019) não revelou diferenças comportamentais adaptativas ou repetitivas após a toma de probióticos em crianças com PEA. No entanto, a fórmula de tratamento deste estudo era composta por simbióticos e BCP. É também de referir que não existiu nenhum agravamento de sintomas comportamentais.

Os probióticos têm potencial para modelar a atividade cerebral e o funcionamento cognitivo em crianças com PEA, melhorando as conexões cerebrais em direção a um padrão mais típico. (Billeci et al., 2023) Os resultados referidos suportam a melhoria de sintomas notada nos outros estudos selecionados.

Os estudos selecionados fornecem uma visão abrangente assim como evidências consistentes de que o uso de probióticos em crianças com PEA está associado a melhorias significativas nos sintomas GIs. Dos sete estudos que utilizaram escalas de avaliação de sintomas GIs, seis destes (Guidetti et al., 2022; Guiducci et al., 2023; Meguid et al., 2022; Niu et al., 2019; Sanctuary et al., 2018) revelaram resultados positivos com melhorias nos sintomas.

Nos estudos foram ainda notados outros resultados positivos após suplementação com probióticos. Melhorias nos níveis de ansiedade sentida pelos pais (Arnold et al., 2019; Guidetti et al., 2022; Meguid et al., 2022) e na qualidade do sono (Meguid et al., 2022; Niu et al., 2019) das crianças em estudo foram notadas. Algumas crianças com sintomas GIs apresentam mais alterações do sono, beneficiando significativamente da suplementação (Niu et al., 2019). A toma de probióticos também se mostrou influente na diminuição do valor de IMC destas crianças (Hill et al., 2015; Kahathuduwa et al., 2019).

A análise dos artigos selecionados destacou ainda várias outras descobertas. Em primeiro lugar, a suplementação com probióticos demonstrou aumentar os biomarcadores intestinais, especificamente a lactoferrina. Outro resultado obtido prende-se com a redução de níveis de MPO e a diminuição de níveis elevados de cobre (Russo, 2015). Probióticos, quando

combinados com BCP, reduzem a expressão geral das citocinas pelas células T CD4+ e CD8+ (Sanctuary et al., 2019). Este resultado vai de encontro ao de outros artigos (Azad et al., 2018; Plaza-Diaz et al., 2014) que mencionam o impacto da terapia probiótica de parâmetros inflamatórios do sistema digestivo.

Além de todos os resultados positivos já mencionados, vários pais das crianças participantes mostraram satisfação com o tratamento (Arnold et al., 2019; Sanctuary et al., 2019). Quanto à maximização do potencial terapêutico dos probióticos, a manutenção de níveis adequados de vitamina D é crucial (Sunand et al., 2021).

Em alguns estudos, os efeitos secundários potencialmente relacionados com a suplementação integrada no estudo foram avaliados sugerindo ser esta geralmente segura e bem tolerada pelos participantes, com efeitos adversos leves e transitórios. Niu et al., 2019 observa que dois pacientes desenvolveram diarreia após uma semana de tratamento com probióticos, ocorrência que desapareceu após três semanas de uso contínuo da terapêutica. No entanto, este fenómeno pode ser atribuído à reação de Jarisch-Herxheimer. Sanctuary et al., 2019 também destaca que o tratamento foi geralmente bem tolerado, sendo a flatulência moderada o efeito secundário mais comum observado em ambos os grupos de tratamento. No entanto, a flatulência relatada diminuiu ao longo do tempo, indicando uma adaptação à suplementação. Arnold et al., 2019 não observa efeitos adversos graves.

Conclusão e Perspetivas Futuras

Os resultados foram conclusivos e destacam de forma significativa a alteração da microbiota intestinal nas crianças com PEA bem como a sua implicação numa grande variedade de sintomas envolventes. Não só foi notada melhoria a nível de habilidades sociais, consciência sensorial, comunicação, linguagem, padrões de sono e até mesmo nos níveis de ansiedade dos pais, como também no funcionamento cerebral. Além disso, os probióticos demonstraram efeitos positivos na saúde intestinal, reduzindo biomarcadores inflamatórios e contribuindo para uma microbiota mais equilibrada.

Embora exista heterogeneidade nas escalas de avaliação utilizadas, variabilidade nos métodos de controlo e administração do tratamento, os resultados são bastante promissores. Estudos futuros podem beneficiar de maiores amostras de participantes, grupos de controlo adequados, controlo da dieta dos participantes, e padronização nos métodos de avaliação da microbiota intestinal.

Os resultados desta revisão concluem que os probióticos têm um enorme potencial como intervenção terapêutica nas crianças com PEA, melhorando uma variedade de sintomas comportamentais e GIs. Adicionalmente, estes mostraram-se ser seguros e sem efeitos secundários de relevo. No entanto, são necessárias mais investigações assim como protocolos de tratamento mais rigorosos e padronizados com referência ao tempo de tratamento necessário e a quais as espécies mais adequadas para cada indivíduo.

Referências Bibliográficas

Afonso, A. D. (n.d.). *DGS: Abordagem Diagnóstica e Intervenção na Perturbação do Espectro do Autismo em Idade Pediátrica e no Adulto*. <http://www.gradeworkinggroup.org/>

- American Psychiatric Association. (2022). *(DSM-5-TR) Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision*. American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Arnold, L. E., Luna, R. A., Williams, K., Chan, J., Parker, R. A., Wu, Q., Holloway, J. A., Jeffs, A., Lu, F., Coury, D. L., Hayes, C., & Savidge, T. (2019). Probiotics for Gastrointestinal Symptoms and Quality of Life in Autism: A Placebo-Controlled Pilot Trial. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 29(9), 659–669. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=a9h&AN=139549167&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>
- Azad, M. A. K., Sarker, M., & Wan, D. (2018). Immunomodulatory Effects of Probiotics on Cytokine Profiles. In *BioMed Research International*. Hindawi Limited. <https://doi.org/10.1155/2018/8063647>
- Billeci, L., Callara, A. L., Guiducci, L., Prosperi, M., Morales, M. A., Calderoni, S., Muratori, F., & Santocchi, E. (2023). A randomized controlled trial into the effects of probiotics on electroencephalography in preschoolers with autism. *Autism: The International Journal of Research & Practice*, 27(1), 117–132. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=edb&AN=161061576&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>
- Ding, H. T., Taur, Y., & Walkup, J. T. (2017). Gut Microbiota and Autism: Key Concepts and Findings. In *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47 (2), 480–489. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2960-9>
- Dovgan, K., Gynegrowski, K., & Ferguson, B. J. (2023). Bidirectional relationship between internalizing symptoms and gastrointestinal problems in youth with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(11), 4488–4494. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05539-6>
- Dulcan, M. K. (2022). *Dulcan's textbook of child and adolescent psychiatry* (3rd ed.). American Psychiatric Association.
- Goodman, R., Scott, S., Goodman, S., Medicine, B., & Scott Bsc, S. (n.d.). *Child and Adolescent Psychiatry THIRD EDITION Child and Adolescent Psychiatry*. www.wiley.com/go/mindmatters
- Guidetti, C., Salvini, E., Viri, M., Deidda, F., Amoroso, A., Visciglia, A., Drago, L., Calgaro, M., Vitulo, N., Pane, M., & Caucino, A. C. (2022). Randomized Double-Blind Crossover Study for Evaluating a Probiotic Mixture on Gastrointestinal and Behavioral Symptoms of Autistic Children. *Journal of Clinical Medicine*, 11(18). <https://doi.org/10.3390/jcm11185263>
- Guiducci, L., Cabiati, M., Santocchi, E., Prosperi, M., Morales, M. A., Muratori, F., Randazzo, E., Federico, G., Calderoni, S., & Del Ry, S. (2023). Expression of miRNAs in Pre-Schoolers with Autism Spectrum Disorders Compared with Typically Developing Peers and Its Effects after Probiotic Supplementation. *Journal of Clinical Medicine*, 12(22). <https://doi.org/10.3390/jcm12227162>
- Guiducci, L., Vassalle, C., Prosperi, M., Santocchi, E., Morales, M. A., Muratori, F., & Calderoni, S. (2022). Vitamin D Status in Children with Autism Spectrum Disorders: Determinants and Effects of the Response to Probiotic Supplementation. *Metabolites* (2218-1989), 12(7), N.PAG-N.PAG. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=edb&AN=158299181&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>
- He, J., Gong, X., Hu, B., Lin, L., Lin, X., Gong, W., Zhang, B., Cao, M., Xu, Y., Xia, R., Zheng, G., Wu, S., & Zhang, Y. (2023). Altered Gut Microbiota and Short-chain Fatty Acids in Chinese Children with Constipated Autism Spectrum Disorder. *Scientific Reports*, 13(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-023-46566-2>

- Hill, A. P., Zuckerman, K. E., & Fombonne, E. (2015). Obesity and Autism. *Pediatrics*, *136*(6), 1051–1061. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-1437>
- Kahathuduwa, C. N., West, B. D., Blume, J., Dharavath, N., Moustaid-Moussa, N., & Mastergeorge, A. (2019). The risk of overweight and obesity in children with autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. In *Obesity Reviews* (Vol. 20, Issue 12, pp. 1667–1679). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/obr.12933>
- Kang, D. W., Adams, J. B., Coleman, D. M., Pollard, E. L., Maldonado, J., McDonough-Means, S., Caporaso, J. G., & Krajmalnik-Brown, R. (2019). Long-term benefit of Microbiota Transfer Therapy on autism symptoms and gut microbiota. *Scientific Reports*, *9*(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-019-42183-0>
- Mack, D. R. (2005). Probiotics-mixed messages. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien*, *51*(11), 1455–1457, 1462–1464.
- Meguid, N. A., Mawgoud, Y. I. A., Bjørklund, G., Mehanne, N. S., Anwar, M., Effat, B. A. E.-K., Chirumbolo, S., & Elrahman, M. M. A. (2022). Molecular Characterization of Probiotics and Their Influence on Children with Autism Spectrum Disorder. *Molecular Neurobiology*, *59*(11), 6896–6902. <https://doi.org/10.1007/s12035-022-02963-8>
- Mohameddessa, M. (n.d.). *Advances in Neurobiology 24 Personalized Food Intervention and Therapy for Autism Spectrum Disorder Management*. <http://www.springer.com/series/8787>
- Monteiro, P. (Child and adolescent psychiatrist). (n.d.). *Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência*.
- Niu, M., Li, Q., Han, Y., Zhang, J., Wen, F., Dang, W., Duan, G., Li, H., Ruan, W., Yang, P., Guan, C., Tian, H., Gao, X., Zhang, S., & Yuan, F. (2019). Characterization of Intestinal Microbiota and Probiotics Treatment in Children With Autism Spectrum Disorders in China. *Frontiers in Neurology*, *10*. <https://doi.org/10.3389/fneur.2019.01084>
- Oliveira, G., Ataíde, A., Marques, C., Miguel, T. S., Coutinho, A. M., Mota-vieira, L., Gonçalves, E., Lopes, N. M., Rodrigues, V., Carmona Da Mota, H., & Vicente, A. M. (2007). Epidemiology of autism spectrum disorder in Portugal: Prevalence, clinical characterization, and medical conditions. *Developmental Medicine and Child Neurology*, *49*(10), 726–733. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2007.00726.x>
- Plaza-Diaz, J., Gomez-Llorrente, C., Fontana, L., & Gil, A. (2014). Modulation of immunity and inflammatory gene expression in the gut, in inflammatory diseases of the gut and in the liver by probiotics. *World Journal of Gastroenterology*, *20*(42), 15632–15649. <https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i42.15632>
- Russo, A. J. (2015). Decreased Plasma Myeloperoxidase Associated with Probiotic Therapy in Autistic Children. *Clinical Medicine Insights: Pediatrics*, *9*, 13–17. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=a9h&AN=103562646&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>
- Sanctuary, M. R., Kain, J. N., Chen, S. Y., Kalanetra, K., Lemay, D. G., Rose, D. R., Yang, H. T., Tancredi, D. J., Bruce German, J., Slupsky, C. M., Ashwood, P., Mills, D. A., Smilowitz, J. T., & Angkustsiri, K. (2019). Pilot study of probiotic/colostrum supplementation on gut function in children with autism and gastrointestinal symptoms. *PLoS ONE*, *14*(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210064>
- Sanctuary, M. R., Kain, J. N., Chen, S. Y., Kalanetra, K., Lemay, D. G., Rose, D. R., Yang, H. T., Tancredi, D. J., German, J. B., Slupsky, C. M., Ashwood, P., Mills, D. A., Smilowitz, J. T., & Angkustsiri, K. (2019). Pilot study of probiotic/colostrum supplementation on gut function in children with autism and gastrointestinal symptoms. *PLoS ONE*, *14*(01), 1–30.

- <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=a9h&AN=134040470&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>
- Santocchi, E., Guiducci, L., Prosperi, M., Calderoni, S., Gaggini, M., Apicella, F., Tancredi, R., Billeci, L., Mastromarino, P., Grossi, E., Gastaldelli, A., Morales, M. A., & Muratori, F. (2020). Effects of Probiotic Supplementation on Gastrointestinal, Sensory and Core Symptoms in Autism Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychiatry, 11*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.550593>
- Shaaban, S. Y., El Gendy, Y. G., Mehanna, N. S., El-Senousy, W. M., El-Feki, H. S. A., Saad, K., & El-Asheer, O. M. (2018). The role of probiotics in children with autism spectrum disorder: A prospective, open-label study. *Nutritional Neuroscience, 21*(9), 676–681. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=a9h&AN=132271427&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>
- Sunand, K., Mohan, G. K., & Bakshi, V. (2021). Enrichment of Gut Ecosystem by Daily Supplementation of Selective Probiotic Strains and Probiotic Complex in Dysbiosis Condition of Autism. *International Journal of Pharmaceutical Research (09752366)*, *13*(1), 4614–4628. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=edb&AN=155803508&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>
- Wang, L., Zhang, J., Guo, Z., Kwok, L., Ma, C., Zhang, W., Lv, Q., Huang, W., & Zhang, H. (2014). Effect of oral consumption of probiotic *Lactobacillus planatarum* P-8 on fecal microbiota, SIgA, SCFAs, and TBAs of adults of different ages. *Nutrition, 30*(7–8), 776–783.e1. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2013.11.018>

CAPÍTULO 26

Relação entre sintomatologia psicopatológica e impulso, autodano e ideação suicida em adolescentes e jovens adultos

Maria Matos, Manuel Loureiro, Dário Ferreira

Universidade da Beira Interior, Portugal
Reserach Center in Sports Sciences, Health Sciences and Human
Development (CIDESD); Universidade da Beira Interior, Portugal
Universidade da Beira Interior, Portugal

Autor Correspondente: Maria Miguel Ventura Matos.

E-mail: mariamiguel98@hotmail.com

Resumo: A manifestação de comportamentos autolesivos é uma condição que representa presentemente uma preocupação global relacionada com a saúde mental de adolescentes e jovens adultos. O presente estudo tem como objetivo conhecer a relação de comportamentos impulsivos, de autodano e de ideação suicida com variáveis como ansiedade, depressão e stress numa amostra de adolescentes e adultos emergentes. Foi possível contar com 104 participantes, com uma média de idades 19.24 (*DP* 1.92), sendo 62.5% do sexo feminino. Os instrumentos foram um questionário sociodemográfico e as versões portuguesas da EADS-21 e do QIAIS-A. Na comparação entre os grupos de idade em função das variáveis em estudo foram apenas observadas diferenças significativas na variável ideação suicida. Na comparação de género encontrámos diferenças significativas na variável ansiedade, sendo as mulheres a apresentar valores mais elevados. Os resultados da correlação das variáveis psicopatológicas com impulso, autodano e ideação suicida, mostram correlações positivas, de fracas a moderadas estatisticamente significativas ($p < .01$). No que toca às intercorrelações entre depressão, ansiedade e stress observámos correlações positivas fortes também com significado estatístico ($p < .01$). Este estudo procura ser mais um contributo para um conhecimento mais completo e sistematizado sobre a sintomatologia psicopatológica, impulsividade, ideação suicida e comportamentos autolesivos na adolescência e idade emergente. Dos seus resultados podem ser inferidas importantes implicações práticas, para a fundamentação de intervenções no âmbito do autodano e autolesões.

Palavras-chave: Adolescência; Autodano; Ideação Suicida; Impulso; Sintomatologia psicopatológica.

Introdução

Neste trabalho debruçamo-nos mais especificamente sobre os comportamentos autolesivos em adolescentes e jovens adultos e a sua relação com variáveis psicopatológicas, nomeadamente, depressão, ansiedade, stress e ideação suicida.

Como linha de base desta investigação, considerou-se o facto de variáveis como depressão, ansiedade e stress desempenharem um papel importante na psicopatologia do desenvolvimento dos adolescentes e jovens adultos. Vários estudos documentam a associação variáveis psicopatológicas e comportamentos autolesivos, mostrando que variáveis como ansiedade, depressão e stress podem estar associados com pensamentos e comportamentos autolesivos (Jenaro et al., 2021; Faucher et al., 2014). Outros, mostram a associação existente entre os comportamentos autolesivos mais frequentes e ansiedade, depressão e consumo de substâncias (Bock et al., 2021; Muehlenkamp & Brausch, 2016). Outros estudos mostram, ainda, a associação entre perturbações de ansiedade e/ou depressão e afeto negativo intenso ou mesmo taxas mais elevadas de comportamentos de autolesão não suicidas (Bock et al., 2021).

Com a finalidade de cumprir aquilo a que nos propomos, o presente documento estruturase em três pontos. No primeiro, designado método, são explicitados os aspetos metodológicos, procedendo-se à apresentação dos participantes, instrumentos e procedimentos. O segundo ponto é dedicado à apresentação dos resultados e o terceiro é dedicado à discussão dos mesmos, limitações e contributos.

Em suma, espera-se contribuir para o esclarecimento das relações entre variáveis psicopatológicas, nomeadamente stress, ansiedade, depressão e a ideação suicida, e, comportamentos impulsivos, de autodano e de ideação suicida. Com esta clarificação esperamos deixar um contributo para melhor fundamentar mais e melhores intervenções no âmbito dos comportamentos autolesivos nos adolescentes e jovens adultos.

Método

Participantes

Contámos com 104 participantes, com intervalo de idades compreendido entre os 16 e os 22 anos, estando a média de idades situada nos 19.24 anos, com um desvio padrão de 1.90 anos. Destes participantes, 65 (62.5%) eram mulheres, 38 (36.5%) eram homens e 1 (1%) identificaram-se com “outro”. No que concerne ao grupo étnico/racial, 94 (90.4%) dos participantes revelaram ser europeus/brancos, 4 (3.8%) africanos/negros, 3 (2.9%) Mulatos/Mestiços/Pardos, 1 (1%) hispânico/latino e por último, 2 (1.9%) dos participantes revelaram ser asiáticos. Já no que diz respeito ao local de residência, 40 (38.5%) dos respondentes revelaram residir em meio rural e 64 (61.6%) em meio urbano.

Nesta amostra, 74 (71.2%) dos participantes revelaram residir com ambos os pais, 21 (20.2%) apenas com a mãe, 1 (1%) apenas com o pai, 7 (6.7%) com outras pessoas e 1 (1%) com irmãos. Os critérios de exclusão adotados neste estudo foram ter idade inferior a 16 anos e idade superior a 22 anos.

Instrumentos

O presente estudo recorreu a um protocolo de recolha de dados constituído pelos seguintes instrumentos: Questionário sociodemográfico, Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) (Pais-Ribeiro et al., 2004), Questionário de Impulso, Autodano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A) (Carvalho, Castilho, & PintoGouveia, 2015).

Procedimentos

No que concerne à recolha de dados, a mesma foi realizada em formato online, tendo sido disseminada através de *mailing lists*, redes sociais, e ainda diversas associações, nomeadamente casas de acolhimento ou organizações com grupos de apoio. Foram respeitados todos os princípios éticos e deontológicos aplicáveis, tendo o presente projeto sido aprovado pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (N.º CEUBI- Pj-2023-012-ID1613). O questionário manteve-se online desde abril a julho de 2023, tendo sido respeitado o princípio do voluntariado. Assim, a amostra foi determinada através de técnicas não probabilísticas como a conveniência e bola de neve.

Após a recolha de dados, foi criado um ficheiro Excel, a partir do qual foi criada uma base de dados em SPSS (IBM SPSS Statistics, versão 26, 2019), a partir da qual foram efetuadas as análises estatísticas.

Análises estatísticas

O presente estudo segue uma abordagem quantitativa, correlacional e comparativa, adequada aos objetivos da investigação. Num primeiro momento, procedeu-se à realização das estatísticas descritivas que possibilitam a caracterização da amostra, nomeadamente as frequências, média, desvio padrão, pontuação mínima e pontuação máxima.

A fidelidade, uma propriedade fundamental dos instrumentos de medida, foi verificada através do Alpha de Cronbach, índice que nos dá o grau de consistência interna, que permite estimar até que ponto cada item da escala contribui para o mesmo constructo (Fortin, 2009). Na interpretação dos valores de Alpha considerámos: superior a .90 – excelente; entre .80 e .90 – bom; entre .70 e .80 – razoável; entre .60 e .70 – fraco e abaixo de .60 – inaceitável (Hill e Hill, 2002).

Nos restantes cálculos foi tido em conta o facto de os dados não seguirem a distribuição normal. Assim, recorreu-se à correlação de *Spearman*, para medir as associações entre as variáveis. Para os diferentes valores de p considerámos a seguinte interpretação: $\rho = 1$ ou -1 : correlação perfeita positiva ou negativa; $.70 \leq |\rho| < 1$: correlação forte; $.40 \leq |\rho| < .70$: correlação moderada; $.20 \leq |\rho| < .40$: correlação fraca; $|\rho| < .20$: correlação desprezível (Glasser e Winter, 1961). Assim, na análise das correlações tivemos em conta a direção da relação, a força da relação e o nível de significância, que indica a confiança que podemos ter nos resultados obtidos.

Para a comparação de género em função das variáveis em estudo recorreu-se ao teste Mann-Whitney. Por sua vez para a comparação dos grupos de idade em função das variáveis em estudo recorreu-se ao Teste T para mostras independentes.

Resultados

De seguida, serão apresentados os resultados, tendo em conta os objetivos considerados.

Análise Descritiva dos Dados

Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

Quanto aos resultados do instrumento EADS-21 foi possível verificar na análise descritiva das três subescalas que o compõem um valor mínimo comum (0), verificando-se um valor máximo de 20, com uma média de 7.46 e um desvio padrão de 5.49 relativamente à subescala de depressão. No que diz respeito à subescala de Ansiedade verificou-se um valor máximo de 18, com uma média e desvio padrão de 5.82. Na subescala de stress, verificou-se um valor máximo de 20, com uma média de 7.58 e um desvio padrão de 7.58 (Tabela 7).

Tabela 1 Estatística descritiva dos resultados obtidos na EADS-21.

	N	M	SD	Min	Max
Depressão	104	7.46	5.49	0	20
Ansiedade	104	5.82	5.82	0	18
Stress	104	7.58	7.58	0	20

1.2 Questionário de Impulso, Autodano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A)

Já no Questionário de Impulso, Autodano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A), foi possível analisar estatisticamente 3 das 4 dimensões que o instrumento pretende avaliar. Na dimensão impulso verificou-se um valor máximo de 40 e um valor mínimo de 1, com uma média de 16.67 e um desvio padrão de 6.47. Na dimensão, autodano, verificou-se um valor máximo de 15 e um valor mínimo de 0, com uma média de 1.77 e um desvio padrão de 1.76. Por último, na dimensão ideação suicida, verificouse um valor máximo de 9, valor mínimo de 0, com uma média de 1.76 e um desvio padrão de 2.02 (tabela 8).

Tabela 2 Estatística descritiva dos resultados obtidos no QIAIS-A.

	N	M	SD	Min	Max
Impulso	104	16.67	6.47	1	40
Autodano	104	1.77	2.77	0	15
Ideação Suicida	104	1.76	2.02	0	9

Análise inferencial dos dados

Apresentada a análise descritiva dos dados obtidos através dos instrumentos EADS-21 e QIAIS-A apresentam-se agora os dados relativos à comparação por níveis etários e comparação de género.

Comparação entre os dois níveis de idade em função das variáveis em estudo

Os resultados da comparação por níveis etários em função das variáveis em estudo são apresentados na Tabela 2, na qual poderemos observar os valores das médias em comparação, o valor de *t* e o significado das diferenças encontradas, através do valor de *p*.

Tabela 3 Diferenças por níveis etários com recurso ao Teste *T* para Amostras Independentes ($n = 104$).

	Adolescentes n = 56 Média (DP)	Jovens Adultos n = 48 Média (DP)	t (df)	Sig. (2 extremidades)
Depressão	8,20 (5,900)	6,60 (4,894)	$t(102) = 1.483$.141
Ansiedade	6,11 (4,927)	5,48 (4,016)	$t(102) = .705$.483
Stress	8,20 (5,763)	6,85 (4,376)	$t(102) = 1.320$.190
Impulso	17,07 (7,032)	16,21 (5,787)	$t(102) = .676$.500
Autodano (QIAIS-A)	1,91 (3,260)	1,60 (2,091)	$t(102) = .560$.577
Ideação Suicida	2,13 (2,359)	1,33 (1,449)	$t(102) = 2.020$.046

Observando os dados apresentados (Tabela 2) verificamos apenas uma diferença significativa entre os dois níveis de idade no que toca à ideação suicida, $t(92.984) = 2.093$, $p = .030$. De acordo com estes dados os mais jovens apresentariam um maior nível de ideação suicida, quando comparados com os menos jovens.

Comparação de género em função das variáveis em estudo

De seguida procederemos à apresentação dos resultados relativos à comparação de género em função das variáveis em estudo. Para tal preparámos a Tabela 3, na qual poderemos observar os valores das ordens médias, o valor de *U* e o significado das diferenças encontradas, através do valor de *p*.

Tabela 4 Diferenças de género com recurso ao Teste Mann-Whitney ($n = 103$).

	Mulheres n = 65 Posto Médio	Homens n = 38 Posto Médio	U	Sig. (2 extremidades)
Depressão	53.52	49.41	1136.50	.500
Ansiedade	57.18	43.14	898.50	.021
Stress	55.58	45.88	1002.50	.111
Impulso	49.62	56.07	1389.50	.290
Autodano (QIAIS-A)	50.55	54.49	1329.50	.482
Ideação Suicida	52.01	51.99	1234.50	.997

Observando os dados apresentados (Tabela 3) verificamos que há uma diferença significativa entre encontrada que diz respeito à variável ansiedade, $U = 898.50$, $p = .021$. Neste sentido as mulheres apresentam significativamente maiores níveis de ansiedade.

Sintomatologia depressiva (EADS-21) vs impulso, autodano e ideação suicida (QIAIS-A)

Ainda considerando as variáveis indicadoras de sintomatologia psicopatológica mereceram-nos também uma atenção especial as relações entre estas variáveis e as variáveis impulso, autodano e ideação suicida medidas pelo QIAIS-A. Na tabela 4 encontramos os resultados obtidos acerca destas relações.

Tabela 5 Relação entre impulso, autotano e ideação suicida e sintomas de ansiedade, de depressão e stress (Correlação de Spearman).

	Depressão	Ansiedade	Stress	Impulso	Autodano (QIAIS-A)	Ideação suicida
Depressão	1.00					
Ansiedade	.699**	1.00				
Stress	.814**	.747**	1.00			
Impulso	.671**	.495**	.651**	1.00		
Autodano (QIAIS-A)	.440**	.423**	.399**	.530**	1.00	
Ideação suicida	.596**	.435**	.585**	.545**	.533**	1.00

Nota. **correlação é significativa no nível .01 (2 extremidades)

Partindo da dimensão **depressão**, os resultados obtidos indicam correlações positivas com as variáveis, impulso ($r=0,671$, $p<0,01$), autodano (QIAIS-A) ($r=0,615$, $p<0,01$), ideação suicida ($r=0,596$, $p<0,01$).

Para a dimensão **ansiedade**, os resultados obtidos indicam correlações positivas entre esta variável e o impulso ($r=0,495$, $p<0,01$), o autodano (QIAIS-A) ($r=0,423$, $p<0,01$), e a ideação suicida ($r=0,435$, $p<0,01$).

Já para a dimensão **stress**, os resultados obtidos indicam correlações positivas com as variáveis; impulso ($r=0,651$, $p<0,01$), autodano (QIAIS-A) ($r=0,399$, $p<0,01$) e ideação suicida ($r=0,585$, $p<0,01$).

Assim, e em síntese, os resultados da correlação das variáveis psicopatológicas, medidas pelo EADS-21, com impulso, autodano e ideação suicida, medidos pelo QIAISA, mostram correlações positivas, de fracas a moderadas e estatisticamente significativas ($p < .01$).

Observando, por fim, as intercorrelações entre as variáveis depressão, ansiedade e stress os resultados obtidos mostram correlações positivas, entre depressão e ansiedade ($r=0,699$, $p<0,01$), entre depressão e stress ($r=0,814$, $p<0,01$) e entre ansiedade e stress ($r=0,747$, $p<0,01$).

No que toca às intercorrelações entre depressão, ansiedade e stress medidas pelo EADS-21 observamos correlações positivas fortes também com significado estatístico ($p < .01$).

Discussão

O principal objetivo deste estudo, passou por perceber e caracterizar os comportamentos autolesivos, impulsivos, ideação suicida, variáveis psicopatológicas (ansiedade, depressão e stress) e a sua interrelação numa amostra de adolescentes e adultos emergentes, considerando ainda algumas variáveis sociodemográficas.

Já no que diz respeito ao EADS-21, as três escalas (depressão, ansiedade e stress) que o compõem revelam como valores médios, 7.46, 5.82 e 7.58, revelando que o valor médio se encontra abaixo da mediana entre 0 e 20, 0 e 18 e 0 e 20 respetivamente. Por consequência

apesar de abaixo o valor, face à magnitude do presente estudo, os diferentes valores respetivos a cada escala, revelam-se preocupantes olhando para a natureza da variável. É assim imprescindível olhar com outros olhos para as patologias acima mencionadas com o objetivo de classificar a sua gravidade apesar dos valores médios se verificarem abaixo, conforme o relatório Health at a Glance (2018) revela, Portugal foi considerado um dos países europeus com maior prevalência de perturbações de saúde mental (18,4%).

Relativamente ao QIAIS-A, 16.67% dos inquiridos revelaram manifestações impulsivas. Apesar do valor médio se encontrar abaixo da mediana, em termos epidemiológicos e de saúde pública é fulcral termos em conta que se trata de uma preocupação. No mesmo ponto de vista, devem ser interpretados os valores médios correspondentes ao autodano (1.77) e à ideação suicida (1.76). Conforme Borges (2006), a adolescência apresenta ser uma fase intensa, em que o jovem pode estar mais predisposto à manifestação de comportamentos agressivos, impulsivos ou mesmo suicidas. Por fim, o instrumento (RTSHIA) utilizado na presente investigação, revela como valor médio para o fator “correr riscos” 8.70 e para o fator “autodano” 6.80. A análise destes valores deve assim ter em conta os aspetos negativos associados a estas variáveis.

Já no que diz respeito às diferenças significativas quando comparamos os dois níveis de idade (adolescentes e jovens adultos) em função das variáveis em estudo, verificou-se existirem diferenças significativas entre os dois níveis de idade no que toca à ideação suicida e no que toca a correr riscos. De acordo com estes dados os mais novos apresentariam um maior nível de ideação suicida e um menor nível em correr riscos, quando comparados com os mais velhos.

Relativamente às diferenças estatísticas significativas quando comparados ambos os géneros em função da sintomatologia ansiosa, da sintomatologia depressiva, do stress, da impulsividade, do autodano e da ideação suicida, a diferença significativa encontrada diz respeito à variável ansiedade. Neste sentido as mulheres apresentam maior probabilidade de desenvolverem sintomatologia ansiosa comparativamente aos homens conforme mencionado por Kinrys e Wygant (2005). Estudos anteriormente realizados (Hawton, Saunders, & O’Connor, 2012; O’Donell, House, & Waterman, 2015) evidenciam que o género é o fator sociodemográfico com maior relevo, defendendo ainda que no género feminino se verificam maiores incidências de comportamentos autolesivos, o que não se verificou no presente estudo. De acordo, com os autores supramencionados, Archer e Coyne (2005), revelam ainda que a manifestação dos comportamentos agressivos é alvo de diferentes conclusões quando comparados ambos os sexos (feminino e masculino).

Sintomatologia psicopatológica (EADS) vs impulso, autodano e ideação suicida (QIAIS-A)

Os dados mostram que o impulso, o autodano e a ideação suicida se encontram significativamente correlacionados com a depressão, a ansiedade e o stress. O Impulso é a variável que se encontra mais correlacionada com a depressão, a ansiedade e o stress. Maiores pontuações na EADS-21 sugerem maior frequência de comportamentos impulsivos, de autodano e de ideação suicida.

Conforme se verifica, existem correlações entre os fatores que compõem a QIAISA, a depressão, ansiedade e o stress, como assinalado por Martínez-Monteagudo et al., (2020). Como também é assinalado por Jenaro et al., (2021) e Faucher et al., (2014) problemas, como a depressão, ansiedade e stress estão estritamente relacionados com pensamentos e comportamentos autolesivos.

Limitações e contributos

O presente estudo evidencia algumas limitações que surgiram durante o seu desenvolvimento. Em primeiro lugar, o tamanho reduzido da amostra utilizada pode ter comprometido o alcance interpretativo dos resultados obtidos. Desta forma, seria importante investigações futuras expandirem a investigação em amostras maiores para melhor interpretação dos resultados. Uma vez tratar-se de uma população adolescente, a utilização de um protocolo de investigação extenso pode ter-se constituído fator de fadiga ou de perda de motivação.

No que concerne ao método de avaliação, este baseou-se unicamente em escalas de autorresposta, aplicadas num único ponto temporal. A recolha em vários coortes poderia garantir a validade e a confiabilidade dos resultados observados.

Apesar das limitações acima mencionadas, os dados recolhidos e tratados neste estudo apresentam ser uma mais-valia na medida em que representam um contributo para um conhecimento mais completo e sistematizado sobre os comportamentos autolesivos e na adolescência e adultez emergente.

Este estudo pretende ser mais um contributo para uma melhor perceção da relação das variáveis psicopatológicas e dos comportamentos autolesivos. A análise dos resultados permitiu confirmar a existência de uma relação entre variáveis psicopatológicas e os comportamentos autolesivos e agressivos a população adolescente. Acreditamos, assim, que do presente estudo se retirem importantes implicações práticas, contribuindo significativamente para fundamentar melhores intervenções.

Referências Bibliográficas

- Castro, M. e Amorim, I. (2016). Qualidade de Vida e Solidão em Idosos Residentes em Lar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (Edição Especial 3), 39-44.
- Bock, R. C., Berghoff, C. R., Baker, L. D., Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2021). The relation of anxiety to nonsuicidal self-injury is indirect through mindfulness. *Mindfulness*, *12*, 2022-2033.
- Borges, V. R., & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia (Natal)*, *11*, 345-351.
- Carvalho, C. B., Nunes, C., Castilho, P., da Motta, C., Caldeira, S., & Pinto-Gouveia, J. (2015). Mapping non suicidal self-injury in adolescence: Development and confirmatory factor analysis of the Impulse, Self-harm and Suicide Ideation Questionnaire for Adolescents (ISSIQ-A). *Psychiatry research*, *227*(2-3), 238-245. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.01.031>
- Faucher, C., Jackson, M., & Cassidy, W. (2014). Cyberbullying among university students: Gendered experiences, impacts, and perspectives. *Education Research International*. Article ID 698545. <https://doi.org/10.1155/2014/698545>
- Hawton, K., Saunders, K., & O'Connor, R. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, *379*, 2373-2389.
- Jenaro, C., Flores, N., & Frías, C. P. (2021). Anxiety and Depression in Cyberbullied College Students: A Retrospective Study. *Journal of Interpersonal Violence*, *36*(1-2), 579-602. <https://doi.org/10.1177/0886260517730030>
- Kinrys, G., & Wygant, L. E. (2005). Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influência o tratamento? *Brazilian Journal of Psychiatry*, *27*, s43-s50.
- Martínez-Monteagudo, M. C., Delgado, B., Díaz-Herrero, Á., & García-Fernández, J. M. (2020). Relationship between suicidal thinking, anxiety, depression and stress in

- university students who are victims of cyberbullying. *Psychiatry Research*, 286, 112856.
- Muehlenkamp, J. J., & Brausch, A. M. (2016). Reconsidering Criterion A for the diagnosis of non-suicidal self-injury disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(4), 547–558. <https://doi.org/10.1007/s10862-016-9543-0>
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Depressão Ansiedade Stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-246. <http://hdl.handle.net/10400.12/1058>

CAPÍTULO 27

Impacto das Algas nas Doenças Cerebrais: estudos exploratórios

Sara Cunha¹, Patrícia Batista¹

¹ Universidade Católica Portuguesa, CBQF - Centro de Biotecnologia e Química Fina – Laboratório Associado, Escola Superior de Biotecnologia/, Rua de Diogo Botelho, 1327, 4169-005, Porto, Portugal

² Universidade Católica Portuguesa, HNL/CEDH – Human Neurobehavioral Laboratory/Research Centre for Human Development,

Autor Correspondente: Patrícia Batista. **E-mail:** pbatista@ucp.pt

Resumo: O ambiente marinho é conhecido pela enorme diversidade de organismos vivos, entre as quais as algas. As algas marinhas foram identificadas como um recurso vegetal subexplorado, embora tenham sido reconhecidas há muito tempo como fontes valiosas de compostos bioativos. Nos últimos anos, as atividades biológicas, o valor nutricional e os potenciais benefícios para a saúde das algas têm sido intensamente investigados. Atualmente, várias linhas de investigação exploram as atividades biológicas e os efeitos neuroprotetores destes recursos naturais, incluindo atividade antioxidante, anti-inflamatória, inibidora da colinesterase e inibição da morte neuronal, fundamentais na prevenção de doenças cerebrais. As algas são há muito reconhecidas pelas suas propriedades benéficas para a saúde, mas apenas recentemente o seu potencial neuroprotetor tem sido extensivamente investigado. O desenvolvimento de novos produtos farmacêuticos, nutracêuticos e alimentos funcionais está a crescer, assim como, a necessidade de aumentar a investigação na área das neurociências para uma melhor compreensão dos mecanismos de atuação das algas no cérebro e nas patologias associadas. Esta revisão, centra-se na apresentação do impacto de alguns tipos de algas na prevenção de doenças cerebrais, permitindo o aumento da literacia em saúde e sensibilização para o desenvolvimento de investigação nesta área.

Palavras-chave: Algas; Doenças cerebrais; antioxidante; anti-inflamatória; neuroproteção.

Abstract: The marine environment is known for its enormous diversity of living organisms, including algae. Seaweed has been identified as an under-exploited plant resource, although it has long been recognised as a valuable source of bioactive compounds. In recent years, the biological activities, nutritional value and potential health benefits of algae have been intensively investigated. Currently, several lines of research are exploring the biological activities and neuroprotective effects of these natural resources, including antioxidant, anti-inflammatory, cholinesterase inhibiting and neuronal death inhibiting activities, which are fundamental in the prevention of brain diseases. Algae have long been recognised for their

beneficial properties for health, but only recently has their neuroprotective potential been extensively investigated. The development of new pharmaceutical products, nutraceuticals and functional foods is growing, as is the need to increase research in the field of neuroscience to better understand the mechanisms of action of algae on the brain and associated pathologies. This review focuses on presenting the impact of certain types of algae on the prevention of brain diseases, increasing health literacy and raising awareness for the development of research in this area.

Key-Words: Algae; Brain Diseases; Antioxidant; Anti-inflammatory; Neuroprotection.

Introdução

Os ambientes marinhos são uma fonte rica de alimentação, que pode ser explorada através de inovação adequada e gestão sustentável (Ahmad & Ashraf, 2023; Liu et al., 2022). Neste contexto, as algas apresentam-se como uma solução sustentável, quer ao nível económico, ambiental, alimentar e terapêutico (Naik et al., 2024). Estes recursos naturais são uma fonte alimentar com elevadas qualidades nutricionais, deste elevado teor proteico, lipídico, bem como apresentam uma variada qualidade composicional ao nível de outros nutrientes. Esta excelente qualidade nutritiva transparece na diversidade de propriedades biológicas que estes recursos apresentam, desde propriedades antioxidantes, anti-inflamatórias, antimicrobianas, neuroprotectores entre outras (Ahmed et al., 2024).

A diversidade de propriedades biológicas têm suscitado o interesse de investigadores e da indústria farmacêutica, para o desenvolvimento de novas terapêuticas adequadas a várias patologias, nomeadamente doenças cerebrais. Deste modo, a exploração das algas tem vindo a ser uma área de activa pesquisa, que abre um precedente para a sua aplicação a diferentes fins, desde a produção de biocombustíveis, à sua utilização na indústria alimentar (alimentos, suplementos, fertilizantes), nutracêutica, cosmética e farmacêutica (Parameswari & Lakshmi, 2022). Actualmente já existem no mercado uma grande variedade de produtos com qualidade alimentar para animais e humanos, desde alimentos, suplementos alimentares, pigmentos, produtos alimentares com incorporação de moléculas bioactivas obtidas de algas, a produtos farmacológicos.

O desenvolvimento de novos produtos farmacêuticos, nutracêuticos e alimentares com a utilização de algas ou compostos obtidos de algas está a crescer, assim como, a necessidade de aumentar a investigação na área das neurociências para uma melhor compreensão dos mecanismos de atuação das algas no cérebro e nas patologias associadas. Esta revisão, centra-se numa apresentação do impacto de alguns tipos de algas na promoção/prevenção de doenças cerebrais, permitindo o aumento da literacia em saúde. Por outro lado, enfatiza a importância de investigações científicas multidisciplinares nesta área.

Composição Nutricional das Algas

As algas são um grupo diversificado de organismos fotossintéticos que utilizam dióxido de carbono, energia luminosa e nutrientes inorgânicos para produzir biomassa orgânica e oxigénio (Liu et al., 2022). Estes organismos prosperam numa grande variedade de ambientes aquáticos e podem suportar uma ampla gama de variações ambientais (Parameswari & Lakshmi, 2022).

Podemos classificar as algas de acordo com o seu tamanho, em microalgas (organismos unicelulares microscópicos, predominantemente encontrados em ambientes de água doce e marinho) e as macroalgas (organismos grandes e multicelulares) (Parameswari & Lakshmi, 2022). Embora a sua composição bioquímica varie entre espécies e consoante diferentes condições de crescimento, as algas são ricas numa grande diversidade de nutrientes, destacando-se as proteínas e lípidos (Figura 1) (Liu et al., 2022). Contudo, outros nutrientes tais como: vitaminas, minerais, esteróis, carotenóides, compostos fenólicos, péptidos, bem como uma gama de biomoléculas funcionais podem agregar valor à sua biomassa (Liu et al., 2022; Parameswari & Lakshmi, 2022).

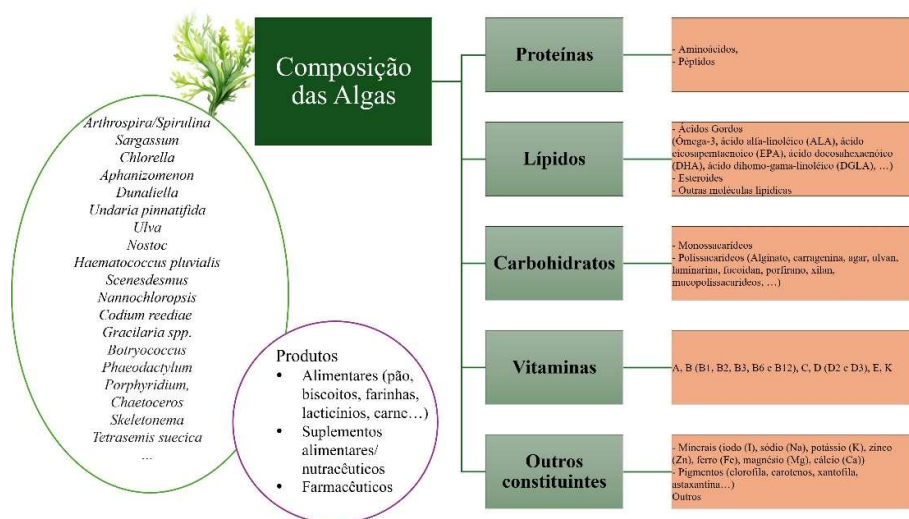


Figura 1 – Breve composição nutricional das algas, produtos alimentares e algas associadas.

As algas são ricas em aminoácidos essenciais e proteínas, competindo com alimentos tradicionais de elevado teor proteico, como ovos, carne bovina e leite (Ahmed et al., 2024; Liu et al., 2022; Naik et al., 2024). Espécies como *Arthrospira platenis* (*Spirulina*), *Chlorella*, *Aphanizomenon* e *Nostoc*, são conhecidas pelos seus elevados níveis de proteína, bem como pela sua segurança para a alimentação humana (Ahmed et al., 2024; Naik et al., 2024), sendo consumidas há milhares de anos (Naik et al., 2024). Essas proteínas contêm péptidos bioativos com diversos benefícios para a saúde, incluindo atividades antioxidantes, anti-inflamatórias, anticancerígena, anti-hipertensiva, imunomoduladora e hepatoprotectora (Ahmed et al., 2024). Estudos mostram o potencial destes péptidos em mitigar a inflamação neurológica, tendo impacto positivo em doenças neurodegenerativas (DNs) e de demência vascular (Kumar & Malviya, 2024).

As algas são uma fonte significativa de ácidos gordos, esteróides e outras moléculas lipídicas, que oferecem uma alternativa aos alimentos tradicionais, como peixes gordos, ovos e linhaça (Naik et al., 2024). Além das suas funções fisiológicas, os lipídios obtidos de algas têm despertado interesse nas indústrias farmacêutica, nutracêutica e alimentar, devido às suas propriedades antioxidante, anti-inflamatória e anticancerígena (Ahmed et al., 2024). Ácidos gordos polinsaturados como ômega-3, ALA, EPA, DHA e DGLA, são particularmente relevantes para a saúde humana, com impacto em doenças cardiovasculares, diabetes, artrites e DNs (Naik et al., 2024).

Os carbohidratos, monossacarídeos e polissacarídeos, são nutrientes importantes presentes nas algas. Os polissacarídeos, devido às suas propriedades físico-químicas e atividades biológicas

únicas têm despertado grande interesse científico e industrial (Sahu et al., 2024). Entre os mais comuns estão os alginatos, agares, carrageninas, ulvanes e fucoidans (Batista et al., 2024; Sahu et al., 2024). Estes polissacarídeos são uma fonte alimentar amplamente consumida. Por exemplo, algas como a *Codium reediae* a *Gracilaria*. são comestíveis e ricas em fibra alimentar (Ahmed et al., 2024). Também a *Arthrospira*, *Chlorella* e *Nannochloropsis* são algas ricas em polissacarídeos ou oligossacarídeos e com elevado potencial alimentar (Naik et al., 2024). É importante notar que esses nutrientes muitas vezes estão presentes em alimentos sem que o consumidor esteja ciente. Por exemplo, farinhas de trigo podem conter *Chlorella vulgaris*, aumentando o teor de compostos bioativos do pão; biscoitos integrais são frequentemente enriquecidos com o antioxidante *Haematococcus pluvialis*, diminuindo o teor de açúcar (Naik et al., 2024). É de salientar estes procedimentos são considerados benéficos e seguros pelas autoridades reguladoras (Ahmed et al., 2024).

As algas são uma grande fonte de vitaminas, incluindo A, B, C, D, E e K. De entre estas, as vitaminas C (abundante na *Chlorella* e *Dunaliella salina*) e E (*Tetraselmis suecica* e *Dunaliella tertiolecta*) destacam-se pelas suas propriedades antioxidantes (Mehariya, Goswami, Karthikeysan, & Verma, 2021; Naik et al., 2024). A vitamina C tem, ainda, um papel ativo na biossíntese de neurotransmissores e na imunomodulação. Além disso, as vitaminas B têm sido associadas à redução da depressão e à prevenção da fadiga (Mehariya et al., 2021).

A variedade nutricional das algas contempla também uma diversidade de minerais, tais como I, K, Zn, Fe, Mg e Ca. Contudo, a literatura disponível sobre o conteúdo mineral é limitada. Estes minerais podem ser encontrados em altas concentrações, porém, as variações climáticas, geográficas taxonómicas são um desafio para a obtenção de informações precisas sobre o conteúdo mineral das algas (Ahmed et al., 2024). Os pigmentos são também componentes importantes das algas, com grande valor comercial devido às suas atividades biológicas. Por exemplo, as microalgas produzem grandes quantidades de carotenóides, que são usados como corantes naturais em alimentos, suplementos, cosmética e produtos farmacêuticos. Estes pigmentos oferecem uma alternativa mais ecológica e saudável aos produtos químicos tradicionais (Naik et al., 2024).

Algas e Saúde Cerebral

A exploração das algas tem despertado um crescente interesse quer por parte da investigação quer pela indústria. Estudos destacam o potencial das algas devido à sua composição química de elevada qualidade, propriedades tecnológicas únicas (formação de espumas, gelificação), e efeitos fisiológicos benéficos para o organismo humano (Ahmad & Ashraf, 2023). Deste modo, a indústria alimentar, cosmética e farmacêutica tem encontrado nas algas um produto com valor acrescentado com potencial para diferentes aplicações e benefícios para a saúde (Ahmad & Ashraf, 2023). No que diz respeito à sua aplicação alimentar (animal e humana), estes recursos já vêm sendo utilizados há décadas (Parameswari & Lakshmi, 2022). Contudo, nos últimos anos, espécies de *Chlorella* e *Spirulina* têm vindo a ser predominantemente utilizadas no mercado global devido aos seus perfis nutricionais densos (Parameswari & Lakshmi, 2022). Além disso, a *Spirulina*, *Chlorella*, *Dunaliella salina* e *Haematococcus pluvialis*, têm sido foco de aplicações biotecnológicas e nutracêuticas.

Segundo a literatura, as algas possuem uma variedade de moléculas bioativas com elevadas propriedades biológicas tais como: anticancerígenos, anti-inflamatórios, antioxidante, anticoagulantes, antivirais, antibacterianos e antifúngicos, bem como notáveis propriedades

neuroprotectoras (Figura 2). Deste modo, estes recursos naturais demonstraram um alto potencial para aplicação na saúde humana e na medicina, potenciando benefícios na promoção da saúde contra várias doenças tais como: doenças oncológicas, cardiovasculares, diabetes, DNs, bem como na promoção de um envelhecimento saudável (Parameswari & Lakshmi, 2022). Contudo, apesar das algas poderem oferecer vários benefícios para a saúde, a sua investigação ainda é escassa e mais estudos clínicos são necessários para comprovar os seus benefícios (Ahmad & Ashraf, 2023).

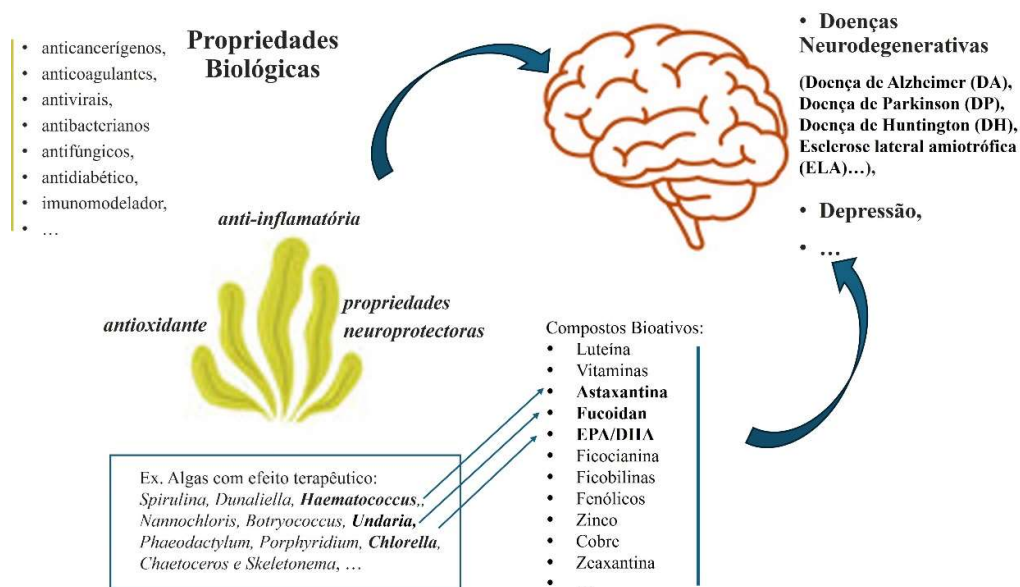


Figura 2 – Propriedades biológicas das algas, compostos bioativos delas derivados e o seu impacto ao nível cerebral.

No que diz respeito ao impacto destes recursos naturais nas doenças cerebrais, estudos têm vindo a dar ênfase a três importantes propriedades biológicas: antioxidante, anti-inflamatória e neuroprotectora. De entre a panóplia de doenças cerebrais, as DNs (DA, DP, DH e ELA), e a depressão, têm ocupado lugar de destaque neste campo de investigação.

Antioxidante

O cérebro é um órgão exigente que utiliza grande quantidade de oxigénio para garantir o seu correto funcionamento. Contudo, a desregulação dos níveis de oxigénio e a presença de espécies reactivas de oxigénio (ROS) livres resulta no aumento do stress oxidativo (SO). Assim, o SO ocorre quando a oxidação causada por ROS ultrapassa a capacidade antioxidante endógena e exógena do corpo. O SO excessivo e prolongado pode causar danos devastadores, muitas vezes irreversíveis, aos tecidos neurais e cérebro (Stringham, Holmes, & Stringham, 2019). Por outro lado, ROS também vai impactar as mitocôndrias que desempenham um papel crítico em numerosos processos funcionais dos neurónios, desde a biogénese até a morte celular. O aumento do SO pode causar danos nas componentes mitocondriais, como enzimas na cadeia transportadora de eletrões e no DNA e outras moléculas, levando a alterações estruturais do cérebro, modulando assim as suas funções, seguidas por uma cascata de eventos que eventualmente resulta em DNs (Parameswari & Lakshmi, 2022). Deste modo, a disfunção mitocondrial tem estado envolvida no desenvolvimento de várias DNs, incluindo DP, DA, DH e ELA.

Por conseguinte, a utilização de antioxidantes pode eliminar os radicais livres. Deste modo, a utilização de algas e/ou compostos obtidos de algas, poderia apresentar-se como uma solução muito promissora na prevenção e/ou terapêutica destas patologias. Neste sentido, estudos recentes têm vindo a ser desenvolvidos, por exemplo com a utilização da astaxantina (AST) (molécula bioativa obtida da *Haematococcus pluvialis*). Estudos têm mostrado que a utilização desta molécula apresenta efeitos benéficos ao nível da eliminação de radicais livres, redução do SO na mitigação de danos celulares (Cunha et al., 2023; Naik et al., 2024). As propriedades antioxidantes e anti-inflamatórias da AST têm-se mostrado promissoras no combate a várias doenças crónicas, incluindo distúrbios cardiovasculares e DNs. Deste modo, esta molécula têm vindo a ser cada vez mais estudada pela indústria nutracêutica e farmacêutica (Ahmad & Ashraf, 2023; Cunha et al., 2023; Naik et al., 2024). Por outro lado, para além dos carotenoides, também os ácidos gordos presentes nas algas, nomeadamente o EPA e o DHA apresentam benefícios ao nível da redução do SO e dos níveis de triglicéridos na corrente sanguínea, prevenindo assim a inflamação (Ahmad & Ashraf, 2023).

Outros estudos interessantes têm vindo a ser desenvolvidos, quer avaliando o consumo direto das moléculas bioativa obtidas das algas, quer incorporando-as em alimentos e testando o seu potencial como nutracêutico. Por exemplo, Dantas e a sua equipa (2021) desenvolveram uma bebida alcoólica que continha *Chlorella vulgaris*, e os resultados obtidos evidenciaram o potencial antioxidante da bebida, bem como a sua ação neuroprotetora (Dantas et al., 2021). Para além da *Chlorella*, outras algas, como por exemplo a *Nannochloropsis granulata* e a *Spirulina platensis* também têm sido destacadas devido ao sua elevada capacidade antioxidante (Naik et al., 2024).

Anti-inflamatória

A neuroinflamação é um processo reconhecido com um fator significativo na progressão de distúrbios neurológicos, nomeadamente ao nível das DNs (Giri, Banerjee, Ghosal, & Layek, 2024). Embora não se conheça a causa das DNs, considera-se que resultam de uma interação de diversos fatores (tais como, genéticos, ambientais e o próprio estilo de vida), bem como se reconhece a sua associação a processos inflamatórios, que muitas vezes resultam em danos permanentes nos neurónios do sistema nervoso central (Giri et al., 2024). Numerosas evidências emergentes demonstraram que a inflamação não só apoia a progressão das DNs, mas também pode servir como iniciador (Giri et al., 2024).

A literatura reporta que a neuroinflamação está associada ao desenvolvimento e progressão da DA, bem com é considerado um fator crucial na fisiopatologia da ELA, contribuindo para a degeneração dos neurónios motores (Giri et al., 2024). As características da neuroinflamação na ELA são a ativação de microglia e astrócitos reativos, infiltração de linfócitos e macrófagos, e a superprodução de citocinas inflamatórias. Dependendo do estágio de progressão da doença, as células imunológicas podem ter efeitos protetores ou prejudiciais sobre sobrevivência dos neurónios, no entanto, o mecanismo exato ainda é desconhecido. Estudos clínicos com medicamentos anti-inflamatórios, como o ibuprofeno, têm apresentado resultados favoráveis na redução do risco de DA quando tomados antes do início do comprometimento cognitivo. No entanto, existe uma lacuna ao nível da compreensão do mecanismo responsável por esta proteção (Giri et al., 2024). Também no estudo realizado por Behairy e sua equipa (2024), verificou-se que a administração de um suplemento de *Spirulina platensis* em animais, permitiu aliviar a lesão neuronal, provavelmente devido às propriedades imunomoduladoras, antioxidantes, anti-inflamatórias, neuroprotetoras e anti-apoptóticas deste produto (Behairy et al., 2024).

No que diz respeito a outras patologias psíquicas como por exemplo a depressão, tem sido explorada a utilização de algas e/ou produtos obtidos de algas, para o desenvolvimento de novos antidepressivos. Wang e colegas (2024) apresentaram vários exemplos da utilização destes produtos marinhos, por exemplo a AST e a luteína. Vários estudos têm vindo a reportar o efeito da AST como antidepressivo devido às suas elevadas propriedades anti-inflamatórias (Jiang et al., 2016; Jiang et al., 2017). Dados que corroboram um estudo clínico recente, onde os resultados mostraram que o consumo de AST reduziu a depressão e a fadiga em adultos com este diagnóstico (Talbot et al., 2019). Também a *Chlorella vulgaris* devido às suas propriedades antioxidantes e anti-inflamatórias tem apresentado um efeito benéfico ao nível da depressão. No estudo clínico desenvolvido por Panahi e sua equipa (2015) verificou-se que após o consumo deste produto, os pacientes com diagnóstico de depressão, melhoraram os sintomas somáticos e cognitivos de depressão e ansiedade (Panahi, Badeli, Karami, Badeli, & Sahebkar, 2015).

É ainda de salientar os benéficos do DHA, presente nas algas, para a saúde cerebral. O DHA desempenha um papel crucial na promoção da função neuronal ideal, melhorando a memória de curto e longo prazo, assim como no tratamento do comprometimento cognitivo (incluindo declínio cognitivo, memória fraca), depressão, sintomas bipolares e alterações de humor (Ahmad & Ashraf, 2023). Deste modo, a propriedade anti-inflamatória existente nas algas pode apresentar um valor acrescentado para a utilização destes produtos para fins terapêuticos.

Neuroprotectora

A perda de células neuronais causada por patologias, pelo próprio envelhecimento, ou pelo SO está relacionada com a neurodegeneração e é um problema importante na patogénese das DNs (Han et al., 2022). Do mesmo modo, a neuroinflamação é um outro fator patogénico que se encontra envolvido nas DNs (Parameswari & Lakshmi, 2022). Assim, a investigação e o desenvolvimento de princípios ativos neuroprotectores é de grande importância para a prevenção e tratamento de DNs. Neste sentido, as algas (tal como vimos anteriormente) apresentam uma composição química variada e constituintes como os polifenóis, fitoesteroides e ácidos gordos que desempenham um papel importante ao nível dos efeitos neuromoduladores e de neuroprotecção, regulam a neuroinflamação e melhoram o sistema neurotransmissor (Naik et al., 2024).

Estudos científicos têm revelado que compostos bioativos obtidos de algas, tais como a AST e ácidos gordos (ómega-3), apresentam propriedades neuroprotetoras que podem potenciar o tratamento de DNs (DA, DP, DH). De igual modo, a suplementação com *Spirulina* tem apresentado efeitos neuroprotectores, diminuindo a neuroinflamação, melhorando o desenvolvimento do cérebro, as capacidades motoras e de fadiga mental, prevenindo potencialmente DNs (Naik et al., 2024). Estudos *in vivo* com modelos animais com DA, verificaram que após a intervenção com *Spirulina*, obtiveram-se efeito neuroprotetor significativos, aumentando os níveis de antioxidantes e regulando positivamente a expressão do fator neurotrófico do cérebro, melhorando assim as capacidades cognitivas (Parameswari & Lakshmi, 2022). Do mesmo modo, outros estudos têm vindo a mostrar o potencial de outras moléculas bioativas no processo de neuroprotecção, como é o caso da luteína obtida da *Chlorella vulgaris* (Jiang et al., 2017; Sahu et al., 2024). A luteína pode regular o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal para exercer efeitos neuroprotectores, reduzindo o nível de glicocorticóides (Zeni, Camargo, & Dalmagro, 2019). Também o sargacromenol (obtido da *Sargassum horneri*) desempenham um papel neuroprotetor crítico, protegendo as células contra o processo de apoptose, apresentando-se deste como um composto promissor para a prevenção e tratamento de DNs (Han et al., 2022).

Discussão e Conclusão

Na presente revisão da literatura, destacamos o potencial das algas na promoção da saúde cerebral, tanto como alimento quanto como fonte de moléculas bioativas para novos produtos alimentares ou terapêuticos. A sua excelência em termos de propriedades biológicas tem despertado o interesse de investigação e potencial de mercados. Apesar de escassos estudos clínicos, observa-se o elevado valor destes recursos naturais nas patologias cerebrais, nomeadamente nas DNs e depressão.

A elevada composição nutricional das algas, especialmente em ácidos gordos (EPA e DHA), bem como vitamina B, têm enfatizado o seu potencial ao nível do desenvolvimento cerebral (Wang et al., 2024). Destaca-se a importância de investigação neste campo, dada a crescente incidência de depressão na sociedade. Deste modo, a procura por soluções naturais poderá apresentar um valor acrescentado e ser uma alternativa valiosa aos medicamentos antidepressivos existentes no mercado. A descoberta de moléculas bioativas, como a AST, com potencial preventivo e/ou terapêutico nas DNs (Cunha et al., 2023), parece apresentar resultados promissores face à incidência destas doenças, devido ao aumento da esperança média de vida.

Embora algumas espécies de algas tenham potencial para aplicações alimentares e farmacêuticas, são necessários mais estudos para compreender os mecanismos subjacentes ao seu poder de actuação no organismo, especialmente a nível cerebral. A incorporação de metodologias de neurociências e estudos sobre o impacto desses recursos naturais na relação entre intestino e o cérebro, são desafios iminentes. Assim, esta área de investigação em expansão, mostra potencial para o desenvolvimento de projectos multidisciplinares que envolvam a Psicologia, as Neurociências, a Biomedicina.

É, ainda, necessário aumentar o conhecimento biológico e bioquímico sobre estes recursos naturais e nomeadamente os mecanismos de atuação das moléculas bioativas no organismo. É também importante ter em conta fatores relacionados com o consumidor. Ou seja, é importante conhecer o impacto destes produtos na saúde, avaliar o processo de tomada de decisão dos consumidores face à aquisição destes produtos e, ainda, aumentar a literacia em saúde ao nível das doenças cerebrais, fomentando o aumento de conhecimento em psicologia da clínica e da saúde.

Apesar das limitações implícitas nesta revisão, nomeadamente ao nível da escassez de estudos apresentados, podemos destacar como perspectivas futuras o desenvolvimento de revisões sistemáticas sobre a relação entre patologias cerebrais específicas e o consumo de algas/produtos à base de algas. No futuro, seria interessante desenvolver estudos clínicos para avaliar suplementos naturais à base de algas e o seu efeito em patologias cerebrais específicas, bem como estudar o impacto do consumo de algas na microbiota intestinal e a sua interligação com o eixo intestino-cérebro. Estes são exemplos de possíveis projectos futuros que interconectem as áreas da Psicologia Clínica e/ou da Saúde, as Neurociências e a Biomedicina.

Agradecimentos

O presente trabalho foi financiado pelo CEDH (CEECINST/00137/2018); Projetos UIDB/04872/2020, UIDB/50016/2020 e bolsa de doutoramento (ref. SFRH/BD/144155/2019)

da Fundação para a Ciência e a Tecnologia, e pela Universidade Católica Portuguesa – Porto, no âmbito do projeto Interdisciplinar Project “B4Brain - Bioproduto com potencial preventivo e terapêutico para doenças neurodegenerativas”.

Referências Bibliográficas

- Ahmad, A., & Ashraf, S. S. (2023). Sustainable food and feed sources from microalgae: Food security and the circular bioeconomy. *Algal Research*, 74, 103185. doi: <https://doi.org/10.1016/j.algal.2023.103185>
- Ahmed, N., Sheikh, M. A., Ubaid, M., Chauhan, P., Kumar, K., & Choudhary, S. (2024). Comprehensive exploration of marine algae diversity, bioactive compounds, health benefits, regulatory issues, and food and drug applications. *Measurement: Food*, 14, 100163. doi: <https://doi.org/10.1016/j.meafao.2024.100163>
- Batista, P., Cunha, S. A., Ribeiro, T., Borges, S., Baptista-Silva, S., Oliveira-Silva, P., & Pintado, M. (2024). Fucoidans: Exploring its neuroprotective mechanisms and therapeutic applications in brain disorders. *Trends in food science & technology*, 143, 104300. doi: <https://doi.org/10.1016/j.tifs.2023.104300>
- Behairy, A., Elkomy, A., Elsayed, F., Gaballa, M. M. S., Soliman, A., & Aboubakr, M. (2024). Antioxidant and anti-inflammatory potential of spirulina and thymoquinone mitigate the methotrexate-induced neurotoxicity. *Naunyn-Schmiedeberg's Archives of Pharmacology*, 397(3), 1875-1888. doi: 10.1007/s00210-023-02739-4
- Cunha, S. A., Borges, S., Baptista-Silva, S., Ribeiro, T., Oliveira-Silva, P., Pintado, M., & Batista, P. (2023). Astaxanthin impact on brain: health potential and market perspective. *Critical reviews in food science and nutrition*, 1-24.
- Dantas, D. M., Cahú, T. B., Oliveira, C. Y. B., Abadie-Guedes, R., Roberto, N. A., Santana, W. M., . . . Bezerra, R. S. (2021). Chlorella vulgaris functional alcoholic beverage: Effect on propagation of cortical spreading depression and functional properties. *PloS one*, 16(8), e0255996.
- Giri, P. M., Banerjee, A., Ghosal, A., & Layek, B. (2024). Neuroinflammation in Neurodegenerative Disorders: Current Knowledge and Therapeutic Implications. *Int J Mol Sci*, 25(7), 3995.
- Han, E.-J., Zhang, C., Kim, H.-S., Kim, J.-Y., Park, S.-M., Jung, W.-K., . . . Cha, S.-H. (2022). Sargachromenol Isolated from Sargassum horneri Attenuates Glutamate-Induced Neuronal Cell Death and Oxidative Stress through Inhibition of MAPK/NF-κB and Activation of Nrf2/HO-1 Signaling Pathway. *Marine Drugs*, 20(11), 710.
- Jiang, X., Chen, L., Shen, L., Chen, Z., Xu, L., Zhang, J., & Yu, X. (2016). Trans-astaxanthin attenuates lipopolysaccharide-induced neuroinflammation and depressive-like behavior in mice. *Brain Res*, 1649, 30-37.
- Jiang, X., Zhu, K., Xu, Q., Wang, G., Zhang, J., Cao, R., . . . Yu, X. (2017). The antidepressant-like effect of trans-astaxanthin involves the serotonergic system. *Oncotarget*, 8(15), 25552.
- Kumar, S., & Malviya, R. (2024). Protein and peptide from blue food for neurological disorder: Advances and prospective. *Trends in food science & technology*, 143, 104277. doi: <https://doi.org/10.1016/j.tifs.2023.104277>
- Liu, C., Palihawadana, A. M., Nadanasabesan, N., Vasanth, G. K., Vatsos, I. N., Dias, J., . . . Kiron, V. (2022). Utilization of Nannochloropsis oceanica in plant-based feeds by Atlantic salmon (Salmo salar). *Aquaculture*, 561, 738651. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aquaculture.2022.738651>

- Mehariya, S., Goswami, R. K., Karthikeysan, O. P., & Verma, P. (2021). Microalgae for high-value products: A way towards green nutraceutical and pharmaceutical compounds. *Chemosphere*, *280*, 130553. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chemosphere.2021.130553>
- Naik, B., Mishra, R., Kumar, V., Mishra, S., Gupta, U., Rustagi, S., . . . Rizwanuddin, S. (2024). Micro-algae: Revolutionizing food production for a healthy and sustainable future. *Journal of Agriculture and Food Research*, *15*, 100939. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jafr.2023.100939>
- Panahi, Y., Badeli, R., Karami, G.-R., Badeli, Z., & Sahebkar, A. (2015). A randomized controlled trial of 6-week *Chlorella vulgaris* supplementation in patients with major depressive disorder. *Complementary Therapies in Medicine*, *23*(4), 598-602.
- Parameswari, R. P., & Lakshmi, T. (2022). Microalgae as a potential therapeutic drug candidate for neurodegenerative diseases. *Journal of Biotechnology*, *358*, 128-139. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jbiotec.2022.09.009>
- Sahu, S., Sharma, S., Kaur, A., Singh, G., Khatri, M., & Arya, S. K. (2024). Algal carbohydrate polymers: Catalytic innovations for sustainable development. *Carbohydrate Polymers*, *327*, 121691. doi: <https://doi.org/10.1016/j.carbpol.2023.121691>
- Stringham, N. T., Holmes, P. V., & Stringham, J. M. (2019). Effects of macular xanthophyll supplementation on brain-derived neurotrophic factor, pro-inflammatory cytokines, and cognitive performance. *Physiology & Behavior*, *211*, 112650. doi: <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2019.112650>
- Talbott, S. M., Hantla, D., Capelli, B., Ding, L., Li, Y., & Artaria, C. (2019). Effect of Astaxanthin supplementation on psychophysiological heart-brain axis dynamics in healthy subjects. *Functional Foods in Health and Disease*, *9*(8), 521-531.
- Wang, X., Yang, C., Zhang, X., Ye, C., Liu, W., & Wang, C. (2024). Marine natural products: potential agents for depression treatment. *Acta Biochimica Polonica*, *71*, 12569.
- Zeni, A. L. B., Camargo, A., & Dalmagro, A. P. (2019). Lutein prevents corticosterone-induced depressive-like behavior in mice with the involvement of antioxidant and neuroprotective activities. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, *179*, 63-72.

CAPÍTULO 28

Instituições Particulares de Solidariedade Social: novas aliadas do Serviço Nacional de Saúde

Maria de la Misericórdia Figueiredo e Yllera ¹

¹ Universidade da Beira Interior, Portugal

Autor Correspondente: Maria de la Misericórdia Figueiredo e Yllera.

E-mail: mariamfy@live.com.pt

Resumo: Introdução: O envelhecimento demográfico é inevitável, fruto de uma maior longevidade, à qual se associam índices de dependência que priorizam cuidados ao idoso, com o intuito de assegurar a sua Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS). A rede informal assume-se como insuficiente, o que remete para a necessidade da institucionalização, mercado em expansão através da intervenção social. **Objetivo:** Avaliar a percepção da QVRS dos idosos institucionalizados em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), Centro de Dia (CD) e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) em Figueira de Castelo Rodrigo (FCR). **Método:** Estudo quantitativo, não experimental, descritivo-correlacional e transversal implementado através de questionários aos idosos em ERPI, CD e SAD nas onze Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) de FCR. **Resultados:** Os 191 idosos maioritariamente usufruem de ERPI, sendo a responsabilidade pela opção da família motivada por problemas de saúde. Em relação à percepção da QVRS obteve-se um valor de 525,97 (alta). Atendendo ao contexto, esta é maioritariamente alta quando em ERPI. **Discussão:** O conhecimento da percepção da QVRS constitui um instrumento auxiliar de gestão permitindo adequar as respostas às necessidades. Face a uma percepção alta da QVRS em ERPI, salienta-se a presença de investimento do Ministério da Saúde, integrando as IPSS no Serviço Nacional de Saúde, colmatando a escassez de médicos que acomete Portugal e particularmente o Interior.

Palavras-chave: Gestão; institucionalização; idoso; Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.

Abstract: Introduction: Demographic aging is inevitable, the result of greater longevity, which is associated with dependency rates that prioritize care for the elderly, with the aim of ensuring their Health-Related Quality of Life (HRQoL). The informal network is assumed to be insufficient, which refers to the need for institutionalization, an expanding market through social intervention. **Objective:** To evaluate the perception of HRQoL of elderly people institutionalized in a Residential Structure for the Elderly (ERPI), Day Care Center (CD) and Home Support Service (SAD) in Figueira de Castelo Rodrigo (FCR). **Method:** Quantitative,

non-experimental, descriptive-correlational and cross-sectional study implemented through questionnaires to elderly people in ERPI, CD and SAD in the eleven Private Social Solidarity Institutions (IPSS) in FCR. **Results:** The 191 elderly people mostly use ERPI, with the responsibility for the family's choice being motivated by health problems. Regarding the perception of HRQoL, a value of 525.97 (high) was obtained. Given the context, this is mostly high when in ERPI. **Discussion:** Knowledge of the perception of HRQoL constitutes an auxiliary management tool allowing to adapt responses to needs. Given the high perception of HRQoL in ERPI, the urgency of investment by the Ministry of Health is highlighted, integrating IPSS into the National Health Service, filling the shortage of doctors that affects Portugal and particularly the Interior.

Key-Words: Management; institutionalization; elderly; Health-Related Quality of Life.

Introdução

O envelhecimento demográfico é uma realidade inevitável, fruto de uma maior longevidade humana, à qual se associam índices de dependência acrescidos, em função do agravamento da morbilidade adquirida previamente e da maior vulnerabilidade do idoso (Ribeiro e Paúl, 2011). Segundo o Eurostat (2018) a percentagem de idosos está a aumentar em todos os estados-membros da União Europeia, prevendo-se que esta tendência se mantenha significativamente ao longo das próximas décadas. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2017) salienta-se que em Portugal, o envelhecimento demográfico mantenha a atual tendência ascendente, o que corrobora com as prospeções europeias.

O envelhecimento representa o conjunto de modificações que ocorrem durante a progressão da idade, constituindo-se com um processo fisiológico inverso ao do desenvolvimento, no qual se verifica a redução progressiva das capacidades do Ser Humano, repercutindo-se a nível biopsicossocial (Fontaine, 2000). Inerente a este, associa-se o aumento da probabilidade da génese de multipatologias, e consequente aumento do nível de dependência, o que prioriza a necessidade da implementação de cuidados específicos ao idoso, com o intuito de lhe assegurar Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) (Paúl e Ribeiro, 2012). Porém, na envolvente, a rede de cuidados informal maioritariamente assume-se como insuficiente na edificação de uma resposta, o que remete para a necessidade de envergar pela seleção de opções formais, que implicam a institucionalização do idoso, o que justifica a atual expansão deste mercado, que é assegurado maioritariamente pela intervenção social (Paúl e Ribeiro, 2012). Segundo Chambel (2016), a institucionalização retrata a permanência total ou parcial do idoso numa instituição de apoio, que se materializa no objetivo de promover a sua autonomia, favorecendo a sua continuidade no domicílio e/ou no meio sociocultural, evidenciando o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2017) que estas respostas sociais, destinadas à população idosa, sofreram um aumento significativo de 59% desde o ano de 2000, representando um total de 2700 novas respostas.

No contexto nacional, a rede formal de apoio ao idoso materializa-se, em grande percentagem, através da cooperação entre a Segurança Social e as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), disponibilizando três ofertas *major* – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), Centro de Dia (CD) e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) (Instituto da Segurança Social, 2017). Assim, verifica-se uma expansão positiva da cobertura social, no que respeita às ofertas para a população idosa, contudo o aumento do panorama demográfico desta porção populacional, condiciona inevitavelmente a sua capacidade de resposta, justificando o continuar do investimento neste âmbito (Chambel, 2016). Perante a atualidade desta problemática, a

adequabilidade da sua resposta é um ponto fulcral, passível de operacionalização através da avaliação da percepção da QVRS, por parte dos beneficiários (Praça, 2012). O seu prévio conhecimento deve constituir os alicerces para a tomada de decisão, por parte dos Gestores de Unidades de Saúde, a fim de zelar pela eficácia, eficiência e efetividade dos serviços que disponibiliza (Praça, 2012). Assim, o objetivo investigacional assenta em avaliar a percepção da QVRS dos idosos institucionalizados em ERPI, CD e SAD no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo (FCR).

A sua pertinência desponta de investigações assentes na avaliação da percepção da Qualidade de Vida (QV) dos idosos institucionalizados, nas quais esta se evidencia como boa (Viera, Anjos, Santos, Damasceno, Sousa e Oliveira, 2016; Marques, 2017). Em estudos comparativos entre a percepção da QV no idoso institucionalizado e não institucionalizado, a realidade descrita é de igual modo verificável, evidenciando Dias, Carvalho e Araújo (2013), que os idosos institucionalizados não apresentaram pior percepção da sua QV. Porém Vitorino, Paskulin e Vianna (2013) referem que a institucionalização não influencia a percepção da QV, mas sim as características sociodemográficas e de saúde. Daniel, Monteiro, Antunes, Fernandes e Ferreira (2018) corroboram, identificando que as características sociodemográficas condicionam a trajetória de saúde, sugerindo a relevância de novas investigações, com inclusão de variáveis distintas às referentes à idade e género na explicação da percepção da QVRS do idoso institucionalizado. Porém, e em soma, a influência positiva proveniente das redes formais de apoio ao idoso na percepção da sua QVRS verifica-se, segundo o descrito por Santos, Santos, Santos e Duarte (2013), Martins e Mestre (2014), Soares e Amorim (2015) e Castro e Amorim (2016). Uma vez que estas respostas formais, maioritariamente abarcam três ofertas, identifica-se a necessidade de apurar se a percepção da QVRS apesar de positiva se altera mediante a tipologia de resposta formal em usufruto, o que se enquadra nas perspetivas futuras de Marques (2017) que suscitam o continuar da investigação em idosos institucionalizados e a comparação da percepção da QV entre os que residem em instituição ou no seu domicílio, assim como nas de Estêvão (2017), que identificam a necessidade de estudos direcionadas a idosos com características e contextos diferentes.

Assim, a implementação de uma análise comparativa da QVRS mediante a tipologia da resposta formal em que o idoso está inserido, considerando a junção das suas características sociodemográficas é passível de resultar na edificação de um contributo científico confluyente à concretização de uma resposta à questão de investigação - Será que as respostas formais de apoio ao idoso, disponibilizadas pelo concelho de FCR, estão de acordo com as expetativas dos seus idosos? – possibilitando a identificação das práticas a adotar pelos Gestores de Unidades de Saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados disponibilizados pelas instituições nas suas ofertas *major* – ERPI, CD e SAD, constituindo-se o idoso como a unidade de análise. A sua concretização é possível, à luz da teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano, na qual Bronfenbrenner, autor com maior destaque, evidencia que o contexto influencia o desenvolvimento humano, denotando-se que a adaptação ambiental se constitui como impulsionadora do bem-estar e da QV (Albuquerque, Amancio, Gunther e Higuchi, 2018).

Métodos

Estudo quantitativo, não experimental, descritivo-correlacional e transversal implementado mediante aplicação de questionários, sob entrevista, aos idosos institucionalizados em ERPI,

CD e SAD nas onze IPSS de apoio ao idoso do concelho de FCR. Resultante de uma fusão entre um questionário sociodemográfico e o questionário do estado de saúde do *Medical Outcomes Study* – SF-36, validado para a população portuguesa no ano de 2000 por Pedro Ferreira, o questionário em ênfase foi aplicado seletivamente aos idosos com idade igual ou superior a 65 anos e sem diagnóstico clínico de deterioração cognitiva ou Demência, no período compreendido entre 19 de agosto e 4 de outubro de 2019.

Resultados

Considerando os critérios definidos para a conceção da população-alvo da investigação e após a concertação com as diligências preliminares, referentes ao pedido de autorização formal à direção das IPSS de apoio ao idoso do concelho de FCR e a obtenção do consentimento livre, informado e esclarecido dos participantes, evidencia-se que da totalidade dos idosos institucionalizados em FCR – 435 utentes, o questionário foi aplicado a 191 idosos. No seio da análise descritiva, estes compreendem uma idade entre os 65 e os 99 anos (média de $83,59 \pm 6,617$ anos), maioritariamente portadores do género feminino com 58,6% (género masculino representado por uma porção de 41,4%). Relativamente ao estado civil a população-alvo é, em termos maioritários, viúva (61,8%), proveniente de meio rural (91,1%), com o 4.º ano de escolaridade (38,7%) e uma profissão na vida ativa conducente ao setor primário (51,3%). No que se refere à tipologia de resposta formal, a maior porção encontra-se em usufruto de resposta ERPI (62,8%), sendo que a responsabilidade pela sua opção advém da rede familiar, em concreto do(a)s filho(a)s (41,4%), motivado por problemas de saúde (52,4%). Aquando em usufruto de respostas formais não residenciais – CD e SAD – em termos de coabitação, os idosos maioritariamente habitam sozinhos (23,6%). Os idosos institucionalizados em ERPI, CD e SAD no concelho de FCR recebem visitas dos filho(a)s e/ou familiares ocasionalmente (34,6%). Relativamente ao quotidiano lúdico, os idosos participam nas atividades promovidas pela instituição de apoio ao idoso na qual se inserem diariamente (40,3%).

No que se refere à perceção da QVRS obteve-se na população em estudo um valor médio de 525,97 com desvio-padrão de 129,459, ou seja, no concelho de FCR a perceção da QVRS é classificada como alta. Esta resulta da fusão entre a perceção face à componente física (média de 271,16 e desvio-padrão de 72,864) e à componente mental (média de 254,80 e desvio-padrão de 69,538), ambas classificadas como altas no concelho de FCR. Atendendo às oito dimensões que compõe a QVRS, discrimina-se que os idosos institucionalizados no concelho de FCR apresentam uma perceção alta em todas as dimensões, à exceção da associada à Saúde em Geral (média de 47,02). Porém, e colocando ênfase no contexto institucional, destaca-se que a QVRS é predominantemente percecionada como alta quando os idosos usufruem da resposta formal ERPI.

À luz da investigação atual, passível de explicitação com base na Teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano, a casuística sociodemográfica assim como a tipologia de resposta formal em usufruto, apresenta carácter de influenciar a perceção da QVRS dos idosos institucionalizados. Caracterizada a população-alvo e o seu nível de QVRS, o estudo das relações entre a QVRS e as variáveis independentes, evidencia que a QVRS apresenta uma forte relação com as variáveis sociodemográficas género, responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal e frequência com que participa nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso. Porém, apresenta uma fraca relação com a variável tipologia de resposta formal.

Discussão

O conhecimento da percepção da QVRS constitui-se como um instrumento auxiliar em processos de decisão na gestão de uma instituição de apoio ao idoso (como as IPSS), potenciado a adequação e qualidade das respostas às necessidades emergentes. A identificação de fatores, passíveis de se constituir como aliados à melhoria contínua da qualidade dos cuidados, é premente na casuística atual, a fim de facultar às instituições de apoio ao idoso, evidências científicas à tomada de decisão, com vista à promoção da saúde da população beneficiária na vivência desta etapa do ciclo vital.

Mediante a identificação de uma percepção alta da QVRS na resposta ERPI, salienta-se a necessidade de um investimento por parte do Ministério da Saúde (e não apenas da Segurança Social) visando a integração das IPSS no Serviço Nacional de Saúde. A incorporação de médicos e enfermeiros na equipa multidisciplinar das IPSS tem ganho ênfase, permitindo uma intervenção ativa no processo de envelhecimento e ganhos em saúde. A proposta pretende atuar na escassez de Médicos de Família, que tanto acomete a realidade nacional e particularmente o Interior, região onde se localiza FCR, uma vez que os profissionais de saúde das IPSS se consagrariam como seus Médicos e Enfermeiros de Família. A concretização de investigações neste âmbito, que permitam explorar a coligação referida e as suas potenciais ressonâncias é aponte como uma sugestão futura.

Assim, e simultaneamente, o conhecimento da percepção da QVRS projeta duplos benefícios, contribuindo positivamente na intervenção clínica à população idosa, assim como na sustentabilidade da instituição de apoio ao idoso, face ao adequar da intervenção vindoura.

Referências Bibliográficas

- Albuquerque, D.; Amancio, D.; Gunther, I. e Higuchi, M. (2018). Contribuições teóricas sobre o envelhecimento na perspectiva dos estudos pessoa-ambiente. *Psicologia USP*, 29 (3), 442-450.
- Castro, M. e Amorim, I. (2016). Qualidade de Vida e Solidão em Idosos Residentes em Lar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (Edição Especial 3), 39-44.
- Chambel, D. (2016). *Trabalhar Com Idosos Institucionalizados*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre, Portugal.
- Daniel, F.; Monteiro, R.; Antunes, S.; Fernandes, R. e Ferreira, P. (2018). Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde de Pessoas Idosas numa Perspetiva de Género. *Portuguese Journal of Public Health*, 36(2), 59-65
- Dias, D.; Carvalho, C. e Araújo, C. (2013). Comparação da Percepção Subjetiva de Qualidade de Vida e Bem-estar de Idosos que Vivem Sozinhos, com a Família e Institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16 (1), 127-138.
- Estêvão, S. (2017). *Qualidade de Vida de Idosos em Centro de Dia e em Serviço de Apoio Domiciliário*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve, Algarve, Portugal.
- Eurostat (2018). *Estrutura populacional e envelhecimento*. Acedido a 8 de abril de 2019 em: https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/pt.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.

- Instituto da Segurança Social (2017). *Guia Prático: Apoios Sociais – Pessoas Idosas*. Lisboa: Instituto da Segurança Social.
- Instituto Nacional de Estatística (2017). *Projeções de População Residente: 2015-2080*. Destaque informação à comunicação social. Acedido a 8 de abril de 2019 em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boDESTAQUESmodo=2.
- Marques, A. (2017). *Bem-estar Subjetivo e Qualidade de Vida dos Idosos Institucionalizados*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Braga, Portugal
- Martins, R. e Mestre, M. (2014). Esperança e Qualidade de Vida em Idosos. *Millenium*, 47, 153-162.
- Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2017). *Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos 2017*. Lisboa: Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social.
- Paúl, C. e Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.
- Praça, M. (2012). *QVRS: a perspectiva dos utentes que frequentam os Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes Nordeste*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, Portugal.
- Ribeiro, O. e Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel.
- Santos, R.; Santos, P.; Santos, V. e Duarte, J. (2013). A QV do idoso: o caso da Cova da Beira. *Referência*, 11, 37-48.
- Soares, A. e Amorim, M. (2015). Qualidade de Vida e Espiritualidade em Pessoas Idosas Institucionalizadas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Edição Especial 2), 45-51.
- Vieira, S.; Anjos, M.; Santos, F.; Damasceno, C.; Sousa, C. e Oliveira, A. (2016). Avaliação da qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista interdisciplinar*, 9 (4), 1-11.
- Vitorino, L.; Paskulin, L. e Vianna, L. (2013). Qualidade de Vida de Idosos da Comunidade e de Instituições de Longa Permanência: estudo comparativo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21 (9).

CAPÍTULO 29

Violência nas Relações de Intimidade em Estudantes Universitários(as): Revisão Narrativa da Literatura

Margarida Farinha¹, Ana Torres¹, Paula Carvalho¹

¹ Universidade da Beira Interior, Portugal

Autor Correspondente: Margarida Farinha. **E-mail:** margarida.farinha@ubi.pt

Resumo: Introdução: A Violência nas Relações de Intimidade (VRI) é considerado um fenómeno global e transversal a diferentes culturas e sociedades. Apresenta-se como um grave problema de saúde pública, no contexto internacional e nacional, com implicações importantes para a saúde mental. Dada a escassez de estudos da VRI nos estudantes de ensino superior, pretende-se com este trabalho apresentar uma revisão narrativa da literatura sobre a violência nas relações de intimidade nos estudantes de ensino superior, bem como, na sua relação com a saúde mental. Método: Para a consulta de artigos científicos, foi realizada uma pesquisa na base de dados *Scopus*. Uma vez que uma grande parte dos participantes nos estudos são apenas mulheres, e não se pretendendo restringir o estudo a esta população, não foi definido um limite temporal, pelo que se incluem diversos estudos publicados até ao momento. Resultados: De uma forma geral, a literatura demonstra que existe uma alta prevalência de VRI em estudantes universitários(as), e que os(as) que sofrem de VRI também são—mais propensos(as) a desenvolver algum problema de saúde mental. Discussão: Através desta revisão, pretende-se divulgar a literatura científica acerca desta temática, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento na área da Psicologia da Saúde, apontando implicações científicas e clínicas.

Palavras-chave: Violência nas Relações de Intimidade; Estudantes Universitários; Saúde Mental.

Abstract: Introduction: Intimate Partner Violence (IPV) is considered a global phenomenon that cuts across different cultures and societies. It presents itself as a serious global public health problem, in the international and national context, with important implications for mental health. Given the scarcity of studies on intimate partner violence in higher education students, this paper aims to present a narrative review of the literature on intimate partner violence in higher education students, as well as its relationship with mental health. Method: A search of scientific articles was carried out in the *Scopus* database. Since a large proportion of the participants in the studies are only women, and since the study was not intended to be restricted to this population, no time limit was set, so multiple studies published up to this date were

included. Results: In general, the literature shows that there is a high prevalence of IPV in college students and those who suffer from IPV are more likely to develop some kind of mental health problems. Discussion: This review aims to report the scientific literature on this subject, contributing to a deeper knowledge in the field of health psychology and pointing out the scientific and clinical implications.

Key-Words: Intimate Partner Violence; College Students; Mental Health.

Introdução

A Violência nas Relações de Intimidade (VRI) é considerada um fenómeno à escala global, bem como uma problemática de saúde pública significativa (Brennan et al., 2020), sendo considerada uma violação dos direitos humanos (Almeida et al., 2023), e transversal a diferentes culturas e grupos étnicos. Sendo que na literatura existe pouco consenso ao nível da definição mais adequada, e existindo várias formas de definir o mesmo conceito, optou-se por utilizar o termo VRI, por ser considerado mais abrangente. Desta forma, a VRI consiste em quaisquer comportamentos violentos, tais como atos físicos, psicológicos/emocionais, sexuais e de perseguição cometidos, perpetrada numa relação de intimidade, envolvendo parceiros(as) ou ex-parceiros(as) íntimos(as), independente da coabitação (Almeida et al., 2023).

Em Portugal, a VRI é considerada um crime público, uma vez que se integra no crime de Violência Doméstica, previsto na Lei nº59/2007, de 4 de setembro e especificada no artigo 152º do Código Penal Português (Ferreira et al., 2019). A VRI pode assumir as mais variadas formas, sendo as mais relatadas na literatura, a violência física, psicológica ou emocional, e a sexual (Shorey et al., 2011), no entanto, outros autores acrescentam ainda outras formas de violência, tais como: a violência financeira e a perseguição.

A violência física é operacionalizada em atos que podem ferir a vítima, e incluem, por exemplo: chapadas, empurrões, pontapés, entre outros (Almeida et al., 2023; Bobato et al., 2022). Em casos mais graves, poderá ser necessária intervenção médica ou até mesmo provocar a morte da vítima. A violência psicológica ou emocional é a forma mais comum de abuso, e tem como principal objetivo causar danos à auto-estima do(a) parceiro(a) através de manipulação, controlo e intimidação (Almeida et al., 2023), visando o menosprezo, a crítica e a humilhação da vítima (Bobato et al., 2022). A violência sexual diz respeito a toda e qualquer prática de relações sexuais ou de qualquer comportamento sexual sem o consentimento da outra pessoa (Almeida, 2023). A violência financeira trata-se do controlo ou restrição financeira do(a) parceiro(a), contra a sua vontade (Ferreira et al., 2019). A perseguição ou *stalking* consiste numa comunicação indesejada, que se conceptualiza na perseguição ou ameaça, com a intenção de provocar uma sensação de medo nas vítimas (Almeida et al., 2023). A violência tende a aumentar em frequência, intensidade e perigosidade, ao longo do tempo, aumentando o risco e as consequências negativas para a vítima (Ferreira et al., 2019).

De acordo com Ferreira et al. (2019), o contexto académico é marcado por uma maior autonomização dos(as) estudantes, o que possibilita uma oportunidade de desenvolvimento pessoal, mas também surge uma necessidade de integração num novo contexto. Associado a este, pode surgir a pressão grupal, que poderá incentivar à prática de comportamentos, como a VRI, sendo esta considerada um problema significativo entre os(as) estudantes universitários(as) (Garner & Sheridan, 2017). Desta forma, as universidades constituem um

contexto pertinente para o estudo da VRI, uma vez que o “pico” da violência ocorre no início da idade adulta (Paiva & Figueiredo, 2005).

O primeiro estudo publicado sobre a VRI, revelou que um em cada cinco estudantes universitários(as), tinham sido vítimas de violência física nas suas relações de intimidade, e que cerca de 61% conhecia alguém que tinha sofrido de VRI (Makeapeace, 1981). Atualmente, os estudos relacionados com esta temática, constataam que a VRI tem vindo a aumentar (Set, 2020), não só no contexto internacional, mas também no contexto nacional (Neves et al., 2021).

A VRI tem sido associada a piores níveis de saúde física e mental, sendo que quando se é exposto a uma situação de violência, há um maior risco de desenvolver um problema de saúde mental. De acordo com Set (2020), têm sido relatados níveis mais elevados de ansiedade e depressão, e baixa auto-estima, em estudantes vítimas de VRI, sendo a depressão a mais comum (Kamimura et al., 2016).

Neste sentido, considerando que a relação entre a VRI e a saúde mental ainda é um fenómeno pouco estudado, o principal objetivo deste estudo consiste na apresentação de uma revisão narrativa da literatura acerca desta temática, em estudantes do ensino superior. Consequentemente, pretende-se divulgar os estudos existentes nesta área, a diversos níveis.

Método

Na presente revisão narrativa da literatura foi utilizado o motor de busca *Scopus*. Para além disso, foram ainda consultados outros motores de busca e outras fontes, como por exemplo, os Repositórios de diversas Universidades, de forma a ir de encontro ao objetivo pretendido.

Devido à escassez de estudos que exploram a relação entre a VRI e a saúde mental em estudantes universitários(as), foram incluídos também estudos internacionais, nacionais e estudos desenvolvidos na Universidade da Beira Interior (UBI), que demonstram a prevalência de VRI em estudantes de ensino superior. Adicionalmente, incluíram-se estudos que tivessem como público-alvo, estudantes de ensino superior. Uma vez que a maioria dos participantes nos estudos são mulheres, e não se pretendendo restringir o estudo apenas a esta população, não foi definido limite temporal, tendo sido incluídos vários estudos publicados até ao momento.

Desta forma, foram selecionados cerca de 23 estudos a nível internacional, 9 estudos a nível nacional e 4 estudos realizados com estudantes da UBI.

Resultados

Os resultados deste estudo prendem-se com a análise dos estudos selecionados. A Tabela 1, apresenta os estudos realizados sobre a relação entre a VRI e a saúde mental, a nível internacional. Nestes estudos, verificou-se que, existe uma elevada taxa de vitimação em estudantes do ensino superior. O fator mais associado à VRI, na maioria dos estudos, foi a sintomatologia depressiva. Noutros estudos, elevados níveis de depressão, ansiedade, stress, baixa auto-confiança e menor qualidade de vida foram associados à VRI. Verificou-se também que vítimas de polivitimação e minorias sexuais são mais propensas a sofrer de VRI.

Tabela 1 – Estudos realizados com Estudantes Universitários(as) a nível internacional.

Autores(as)	Participantes	Principais Resultados/Conclusões
Chen et al. (2024)	6.686 Estudantes de 1 Universidade (China)	A VRI foi associada positiva e significativamente à sintomatologia depressiva. Estudantes com alta exposição à VRI apresentam sintomas depressivos mais graves.
Melo et al. (2022)	506 Estudantes Universitários(as) do Nordeste (Brasil)	A maioria dos participantes, que sofreram de VRI, não apresentaram sintomatologia depressiva. Concluiu-se que algumas situações do quotidiano vivenciadas não são reconhecidas como sendo violentas.
Tan et al. (2022)	1.200 Estudantes de 1 Universidade (Turquia)	A baixa autoconfiança foi um preditor de uma atitude de maior aceitação em relação à VRI.
Seon et al. (2021)	3.535 Estudantes Universitários(as) (EUA)	As experiências adversas na infância e a vitimação estão positivamente associados a uma pior saúde física e mental e níveis mais elevados de depressão. A vitimação da VRI medeia parcialmente o impacto das experiências adversas na infância na percepção da saúde física, saúde mental e depressão. As experiências adversas na infância influenciaram os resultados de saúde física e mental, das vítimas de VRI.
Brennan et al. (2020)	314 Estudantes Universitários(as) do Sudeste (EUA)	O efeito entre negligência na infância e perpetração de VRI foi totalmente mediado pela combinação de vitimação por VRI e sintomas depressivos. O efeito indireto da vitimação permaneceu estatisticamente significativo para os homens.
Wang et al. (2020)	752 Estudantes Universitários(as) (China)	A depressão foi associada ao aumento do risco de envolvimento em violência autodirigida, bem como violência física e psicológica perpetrada por parceiro(a) íntimo(a).
Brewer e Thomas (2019)	84.734 Estudantes Universitários(as) (EUA e Canadá)	Participantes do último ano da Licenciatura vítimas de VRI e transexuais eram mais propensos a relatar fenómenos que interferem no desempenho académico: agressão física, agressão, infeções sexualmente transmissíveis, gravidez, depressão, perturbações alimentares, problemas financeiros, ansiedade, problemas de sono, problemas crónicos de saúde, lesões, uso de drogas e álcool. Assim, o impacto da VRI na saúde é percebido pelos estudantes como prejudicial para o desempenho académico.
Schrag et al. (2019)	435 Estudantes de 4 Universidades do Centro-Oeste	A sintomatologia depressiva foi significativamente correlacionada com abuso económico, violência física, violência sexual e dificuldades económicas.
Wong et al. (2019)	1.015 Estudantes Universitários(as) (China)	As vítimas de violência sexual perpetrada por parceiro(a) íntimo(a), tinham níveis mais elevados de ansiedade e depressão, sintomas psicossomáticos mais graves e pior qualidade de vida.
Brewer et al. (2018)	85.071 Estudantes Universitários(as) (EUA)	Vítimas de VRI eram mais propensas a ter uma performance académica mais baixa e maiores dificuldades académicas. A VRI reduz a saúde, o que afeta negativamente o desempenho. Minorias sexuais, nomeadamente os bissexuais são mais propensos a serem vítimas de VRI.
Clements et al. (2018)	720 Estudantes de 1 Universidade do Sudeste	As mulheres perpetradoras relataram mais psicopatologia e os homens perpetradores relataram maior consumo de álcool. Verificou-se que as relações de VRI envolvem violência bidirecional.
Dikmen et al. (2018)	500 Estudantes Universitárias (Turquia)	88% das estudantes foram submetidas a violência emocional, 22,2% a violência verbal, 21,4% a violência económica, 16,4% a violência física e 7,2% a violência sexual, por parte dos seus parceiros(as). Foi encontrada uma correlação estatisticamente significativa entre os níveis de ansiedade e o facto de serem submetidas a violência emocional, verbal, sexual e económica.
Kütük et al. (2017)	848 Estudantes Universitários(as) (Turquia)	Foram encontradas diferenças significativas na depressão, ansiedade e suicídio entre vítimas de VRI e as que não sofreram VRI.

McClure e Parmenter (2017)	254 Estudantes de 1 Universidade (EUA)	Verificou-se uma relação entre ser vítima de ameaças e abuso emocional na infância e ser vítima de negligência física e negligência emocional.
Choi et al. (2016)	652 Estudantes Universitários(as) (China)	A VRI foi associada a mais sintomas de depressão, de ansiedade e de stresse. As vítimas apresentaram ainda uma pior saúde mental e qualidade de vida relacionada à saúde.
Kamimura et al. (2016)	99 Estudantes de 1 Universidade (Irão)	Os participantes que sofreram VRI sexual relataram níveis significativamente mais elevados de depressão em comparação com aqueles que não sofreram VRI sexual.
Eshelman e Levendosky (2012)	499 Estudantes Universitárias do Centro-Oeste (México)	Vítimas de polivitimação apresentaram mais sintomas depressivos e sintomas de stress pós-traumático. O aumento da frequência de abuso foi relacionado à exibição de mais sintomas de saúde mental e mais problemas físicos.
Shorey et al. (2011)	967 Estudantes de 1 Universidade do Sudeste (EUA)	A propensão à vergonha moderou a associação entre as formas de vitimação e de saúde mental. A vitimação foi relacionada ao aumento de sintomas depressivos e ansiosos nos homens.
Afifi et al. (2008)	5.692 Estudantes de 2 Universidades (EUA)	A VRI foi associada a piores níveis de saúde mental, sendo que as mulheres apresentam níveis mais baixos.
Clements e Ogle (2009)	328 Estudantes de 1 Universidade do Sudeste	As vítimas de VRI que não reconhecem a vitimação relataram mais sofrimento psicológico, incapacidade e dificuldades de confronto.
Sabina e Strauss (2008)	4.533 Estudantes Universitários(as) (EUA)	A polivitimação foi o preditor mais forte de sintomas de stress pós-traumático. A polivitimação foi um preditor significativo de sintomas depressivos nas mulheres.
Kaura e Lohman (2007)	572 Estudantes de uma Universidade do Centro-Oeste (EUA)	Para os homens, a legitimação da violência moderou a relação entre a vitimação da VRI e os problemas de saúde mental (depressão, ansiedade e somatização). Para as mulheres, a aceitação da violência moderou apenas a relação entre a vitimação da VRI e a satisfação no relacionamento.
Amar e Gennaro (2005)	863 Estudantes Universitárias	As vítimas tiveram pontuações significativamente mais altas nas variáveis depressão, ansiedade, somatização, sensibilidade interpessoal, hostilidade e índice de gravidade global. As vítimas de polivitimação apresentaram piores níveis de saúde mental e relataram um maior número de lesões.

A Tabela 2, apresenta os estudos realizados com estudantes universitários(as) a nível nacional. Nestes estudos, constatou-se que, tal como no panorama internacional existem elevados níveis de vitimação em estudantes que frequentam universidades portuguesas. Adicionalmente, os(as) estudantes apresentam pouca tolerância à VRI. De uma forma geral, a violência psicológica é a violência mais perpetrada por homens, e a mais sofrida por mulheres, sendo aquela que está relacionada com maiores níveis de sintomatologia depressiva, ansiedade e sintomas pós-traumáticos.

Tabela 2 – Estudos realizados com Estudantes de Universidades Portuguesas.

Autores(as)	Participantes	Principais Resultados/Conclusões
Almeida et al. (2023)	3.413 Participantes (incluindo 866 Estudantes Universitários/as)	Foram encontradas correlações positivas significativas entre idade e crenças acerca da VRI. Os homens têm níveis significativamente mais elevados de legitimação da VRI. Estudantes universitários(as) e profissionais de saúde/segurança/justiça apresentam níveis de crenças mais baixos.
Portugal et al. (2023)	246 Estudantes da Universidade da Madeira	79,7% dos participantes relataram ter sofrido algum tipo de abuso íntimo, e uma percentagem de 79,3% referiu ter perpetrado algum tipo de violência contra o(a) parceiro(a) íntimo. 74% admitiu ter perpetrado agressões psicológicas nas suas relações de namoro.

		Os homens relataram ser, mais frequentemente, vítimas de agressão psicológica.
Sousa (2022)	475 Estudantes da Universidade dos Açores	41,1% dos participantes foram considerados vítimas, e 16,2% afirmavam ter sido perpetradores. A violência psicológica foi a forma de violência mais predominante.
Mota (2021)	175 Estudantes da Universidade do Porto	Verificou-se um baixo grau de tolerância perante a VRI. As participantes do género feminino admitem já ter sofrido VRI, pelo menos uma vez.
Dias (2018)	503 Estudantes Universitários(as)	Não foram apresentadas pontuações elevadas relativamente às crenças acerca da violência, uma vez que existe uma tendência para a discordância com as mesmas.
Gama et al. (2017)	371 Estudantes Universitários(as) da ESELx	Verificou-se que 12,1% dos(as) participantes refere ter sido vítima de uma situação de VRI. O tipo de violência mais prevalente é o emocional ou verbal, e são as pessoas do sexo feminino que o perpetraram mais.
Começanha et al. (2016)	661 Estudantes de 1 Universidade Pública	A violência psicológica apresentou correlações positivas com sintomas pós-traumáticos, depressivos e ansiógenos, duração do relacionamento psicologicamente abusivo e tempo decorrido após o término do relacionamento.
Antunes e Machado (2012)	600 Estudantes do Ensino Secundário e Superior	43.2% dos participantes admitem ter perpetrado pelo menos um ato abusivo contra um(a) parceiro(a) ocasional ao longo das suas vidas e 37.3% referiram ter sido alvo de violência por um(a) parceiro(a) ocasional ao longo da vida. Esta violência aparece essencialmente associada aos participantes mais novos, e aos que se envolvem num maior número de envolvimento ocasionais.
Paiva e Figueiredo (2005)	518 Estudantes Universitários(as)	A agressão psicológica é a forma de abuso mais prevalente nas relações de intimidade. Verificou-se que uma maior perpetração ou vitimação de qualquer tipo de abuso associa-se um elevado relato de queixas físicas.

A Tabela 3, apresenta os estudos que incluem estudantes da UBI. Nestes estudos, verificou-se que, de uma forma geral, estes resultados vão ao encontro dos obtidos na literatura nacional. A prevalência de VRI nos(as) estudantes da UBI também é elevada, estes apresentam uma baixa tolerância face à mesma, e a VRI também se encontra associada à sintomatologia depressiva.

Tabela 3 – Estudos realizados com Estudantes da Universidade da Beira Interior.

Autores(as)	Participantes	Principais Resultados/Conclusões
Ferreira (2018)	275 Estudantes da FCSH-UBI	Existe um baixo nível de legitimação de crenças sobre a VRI. 44% dos que sofrem de VRI apresentaram algum tipo de sintomatologia depressiva.
Nunes et al. (2017)	340 Estudantes de 3 Universidades (incluindo a UBI)	A depressão é uma das consequências mais relatadas da VRI. Existe uma correlação positiva entre a agressão psicológica, a coerção sexual e a presença de sintomatologia depressiva.
Marques (2016)	475 Estudantes de 3 Universidades (incluindo a UBI)	Em 212 participantes, mais de metade referiram ter sofrido pelo menos um ato violento por parte do(a) parceiro(a) durante o namoro. O tipo de violência mais sofrido foi a psicológica (relatada por 129 sujeitos).
Oliveira (2011)	20 Estudantes da UBI	Existe uma aceitação e tolerância reduzidas, por parte das jovens, no entanto, algumas destas já se sentiram vítimas de VRI.

Discussão

Os resultados deste estudo, concluem que a VRI é um problema global, que se encontra muito presente na nossa realidade nacional e local. No entanto, a maioria dos estudos encontrados apresenta resultados com mais de cinco anos, pelo que podem já não refletir a realidade atual.

Desta forma, pesquisas futuras sugerem a realização de estudos empíricos, de forma a compreender qual a relação existente entre a VRI e a saúde mental, não só com a população universitária portuguesa, mas especificamente com estudantes da UBI. Embora existam alguns estudos que incluem a ansiedade e a depressão, seria necessário aprofundar o impacto da VRI na variável auto-conceito, uma vez que não foram encontrados estudos acerca desta temática.

Apostar na investigação destas temáticas permite o aprofundamento dos conhecimentos acerca dos fenómenos e, conseqüentemente, apresentar estratégias de prevenção e intervenção na VRI, de modo a diminuir a prevalência deste fenómeno e as conseqüências associadas à saúde mental.

Referências Bibliográficas

- Afifi, T. O., MacMillan, H., Cox, B. J., Asmundson, G. J., Stein, M. B., & Sareen, J. (2009). Mental Health Correlates of Intimate Partner Violence in Marital Relationships in a Nationally Representative Sample of Males and Females. *Journal of Interpersonal Violence, 24*(8), 1398–1417. <https://doi.org/10.1177/0886260508322192>
- Almeida, I., Ramalho, A., Morgado, R., & Baúto, R. V. (2023). Gendered Perspectives on Intimate Partner Violence: A Comparative Study of General Population, Students and Professionals' Beliefs. *Social Sciences, 12*(9), 1–15. <https://doi.org/10.3390/socsci12090528>
- Amar, A. F., & Gennaro, S. (2005). Dating Violence in College Women. *Nursing Research, 54*(4), 235–242. <https://doi.org/10.1097/00006199-200507000-00005>
- Antunes, J., & Machado, C. (2012). Violência nas relações íntimas ocasionais de uma amostra estudantil. *Análise Psicológica, 30*(1-2), 93–107. <https://doi.org/10.14417/ap.535>
- Bobato, S. T., Alves, B., Benvenuti, J. N., & Becker, A. P. (2022). Violência nos relacionamentos amorosos de estudantes universitários. *Psicologia Argumento, 39*(107), 1199–1219. <http://doi.org/10.7213/psicolargum.39.107.AO10>
- Brennan, C. L., Borgman, R. A., Watts, S. S., Wilson, R. A., & Swartout, K. M. (2020). Childhood Neglect History, Depressive Symptoms, and Intimate Partner Violence Perpetration by College Students. *Journal of Interpersonal Violence, 36*(23-24), 1–24. <https://doi.org/10.1177/0886260519900307>
- Brewer, N. Q., & Thomas, K. A. (2019): Intimate partner violence and academic performance: the role of physical, mental, behavioral, and financial health. *Social Work in Health Care, 58*(9), 854–869. <https://doi.org/10.1080/00981389.2019.1659905>
- Brewer, N., Thomas, K. A., & Higdon, J. (2018): Intimate partner violence, health, sexuality, and academic performance among a national sample of undergraduates. *Journal of American College Health, 66*(7), 683–692. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1454929>
- Chen, J., Shi, L., Xiao, S., Zheng, X., Xue, Y., Xue, B., Zhang, K., Li, X., Chen, Y., Wu, Y., & Zhang, C. (2024). The impact of intimate partner violence on depressive symptoms among college students: A moderated mediation model of the big five personality traits and perceived social support. *Journal of Affective Disorders, 350*, 203–213. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.096>

- Choi, E. P., Wong, J. Y., & Fong, D. Y. (2016). Mental health and health-related quality of life of Chinese college students who were the victims of dating violence. *Quality of Life Research*, 26, 945–957. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1413-4>
- Clements, C. M., & Ogle, R. L. (2009). Does acknowledgment as an assault victim impact postassault psychological symptoms and coping? *Journal of Interpersonal Violence*, 24(10), 1595–1614. <https://doi.org/10.1177/0886260509331486>
- Clements, C., Clauss, K., Casanave, K., & Laajala, A. (2018). Aggression, Psychopathology, and Intimate Partner Violence Perpetration: Does Gender Matter? *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 27(8), 902–921. <https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1410750>
- Começanha, R., Basto-Pereira, M., & Maia, Â. (2016). Clinically speaking, psychological abuse matters. *Comprehensive Psychiatry*, 73, 120–126. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.11.015>
- Dias, M. J. (2018). *Agressão e Crenças acerca da Violência nas Relações Íntimas em Contexto Universitário* [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior]. Repositório Digital da UBI. <http://hdl.handle.net/10400.6/9334>
- Dikmen, H. A., Özyayın, T., & Yılmaz, S. D. (2018). The relationship between dating violence and anxiety/hopelessness among women students in university. *Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing*, 9(2), 170–176. <https://doi.org/10.31067/0.2018.9>
- Eshelman, L., & Levendosky, A. A. (2012). Dating violence: Mental health consequences based on type of abuse. *Violence and Victims*, 27(2), 215–228. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.27.2.215>
- Ferreira, B. B. (2018). *Crenças sobre Violência nas Relações Íntimas: Relação com sintomatologia depressiva na população universitária* [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior]. Repositório Digital da UBI. <http://hdl.handle.net/10400.6/9731>
- Ferreira, M., Abreu, A. L. & Neves, S. (2019). *Guião para a Prevenção da Violência no Namoro em Contexto Universitário* (2ª ed.). <https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2019/09/Preven%C3%A7%C3%A3o-da-viol%C3%Aancia-no-namoro-em-contexto-univers.pdf>
- Gama, A., Veríssimo, A., & Tomás, C. (2017). Violência no namoro na Escola Superior de Educação de Lisboa: quando o género influencia. *ex aequo - Revista da Associação Portuguesa de Estudos sobre as Mulheres*, 36, 77–98. <https://doi.org/10.22355/exaequo.2017.36.05>
- Garner, A. K., & Sheridan, D. J. (2017). Influence of intimate partner violence and depression on undergraduate nursing students: A literature review. *Journal of Nursing Education* 56(7), 397–403. <https://doi.org/10.3928/01484834-20170619-03>
- Kamimura, A., Nourian, M. M., Assasnik, N., & Franchek-Roa, K. (2016). Depression and intimate partner violence among college students in Iran. *Asian Journal of Psychiatry*, 23, 51–55. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.07.014>
- Kaura, S. A., & Lohman, B. J. (2007). Dating violence victimization, relationship satisfaction, mental health problems, and acceptability of Violence: A comparison of men and women. *Journal of Family Violence*, 22(6), 367–381. <https://doi.org/10.1007/s10896-007-9092-0>
- Kütük, E. K., Gümüştas, F., & Almiş, B. H. (2018). Predictors of dating violence in college girls and differences from non-dating violence in psychiatric outcomes. *Alpha Psychiatry*, 19(2), 217–222. <https://doi.org/10.5455/apd.274195>
- Makepeace, J. M. (1981). Courtship Violence among College Students. *Family Relations*, 30(1), 97-102. <https://doi.org/10.2307/584242>

- Marques, M. A. (2016). *Violência no Namoro em Estudantes Universitários Portugueses* [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior]. Repositório Digital da UBI. <http://hdl.handle.net/10400.6/5311>
- McClure, M. M., & Parmenter, M. (2017). Childhood Trauma, Trait Anxiety, and Anxious Attachment as Predictors of Intimate Partner Violence in College Students. *Journal of Interpersonal Violence, 35*(23–25), 1–16. <https://doi.org/10.1177/0886260517721894>
- Melo, R. A., Almeida, T. K., & Fernandes, F. E. (2022). Violência no namoro na visão de jovens universitários. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação, 17*(3), 1641–1658. <https://doi.org/10.21723/riace.v17i3.15482>
- Mota, T. M. (2021). *Crenças e Significados da Violência nas Relações de Intimidade em Estudantes Universitários/as* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/137702>
- Neves, S., Cameira, M., & Caridade, S. (2021). Beliefs on Marital Violence Among Portuguese Adolescents: Monitoring Their Evolution and Relationship With Dating Violence. *Violence and Victims, 36*(3), 363–380. <http://doi.org/10.1891/VV-D-18-00050>
- Nunes, R., Carvalho, P., Alves, M., Cunha, A., & Loureiro, M. (2018, 25 a 27 de Janeiro). *Sintomatologia depressiva e conflitos no contexto das relações íntimas de estudantes universitários* [Apresentação na Conferência]. 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal. <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6113/3/12CongNacSaude.pdf>
- Oliveira, J. A. (2011). *Violência no Namoro: Adaptação de um Programa de Prevenção em Jovens Universitárias* [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior]. Repositório Digital da UBI. <http://hdl.handle.net/10400.6/2728>
- Paiva, C., & Figueiredo, B. (2005). Abuso no relacionamento íntimo e estado de saúde em jovens adultos portugueses. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5*(2), 243–272. <https://hdl.handle.net/1822/3726>
- Portugal, A., Caridade, S., Santos, A. S., Spínola, J., & Sani, A. (2023). Dating Conflict-Resolution Tactics and Exposure to Family Violence: University Students' Experiences. *Social Sciences, 12*(4). <https://doi.org/10.3390/socsci12040209>
- Sabina, C., & Straus, M. A. (2008). Polyvictimization by dating partners and mental health among U.S. college students. *Violence and Victims, 23*(6), 667–682. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.23.6.667>
- Schrag, R. J., Robinson, S. R., & Ravi, K. (2019). Understanding Pathways within Intimate Partner Violence: Economic Abuse, Economic Hardship, and Mental Health. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 28*(2), 222–242. <https://doi.org/10.1080/10926771.2018.1546247>
- Seon, J., Cho, H., Choi, G., Son, E., Allen, J., Nelson, A., & Kwon, I. (2022). Adverse Childhood Experiences, Intimate Partner Violence Victimization, and Self-Perceived Health and Depression among College Students. *Journal of Family Violence, 37*(4), 691–706. <https://doi.org/10.1007/s10896-021-00286-1>
- Set, Z. (2020). Dating Violence: a Review. *Current Approaches in Psychiatry, 12*(4), 444–454. <https://doi.org/10.18863/pgy.674468>
- Shorey, R. C., Sherman, A. E., Kivisto, A. J., Elkins, S. R., Rhatigan, D. L., & Moore, T. M. (2011). Gender differences in depression and anxiety among victims of intimate partner violence: The moderating effect of shame proneness. *Journal of Interpersonal Violence, 26*(9), 1834–1850. <https://doi.org/10.1177/0886260510372949>
- Sousa, B. A. (2022). *Violência nas relações de intimidade e namoro de jovens adultos: Um olhar sobre os estudantes da Universidade dos Açores* [Dissertação de Mestrado, Universidade dos Açores]. Repositório da Universidade dos Açores. <http://hdl.handle.net/10400.3/6310>

- Tan, K., Akay, G., & Erkal, E. (2022). The relationship between attitude toward intimate partner violence and self-confidence among students of a university vocational school of health services. *Journal of Psychiatric Nursing*, *13*(2), 168–176. <https://doi.org/10.14744/phd.2022.38257>
- Wang, L., Wu, Q., & Choi, A. W. (2020). Negative Emotions as Risk Factors for Self-Directed Violence and Intimate Partner Violence in Chinese College Students. *Journal of Interpersonal Violence*, *35*(19-20), 3886–3912. <https://doi.org/10.1177/0886260517713225>
- Wong, J. Y., Choi, E. P., Lo, H. H., Wong, W., Chio, J. H., Choi, A. W., & Fong, D. Y. (2019). Intimate Partner Sexual Violence and Mental Health Indicators Among Chinese Emerging Adults. *Journal of Interpersonal Violence*, *36*(19-20), 1–26. <https://doi.org/10.1177/0886260519872985>