



2as Conferências Internacionais em Psicologia Clínica e da Saúde

A IMPORTÂNCIA DA PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE NO MUNDO ATUAL : DESAFIOS E CONTRIBUTOS

FCSH | Universidade da Beira Interior | 1 e 2 de junho

LIVRO DE ATAS



EDITORES

Henrique Pereira, Graça Esgalhado & Patricia Silva



2as Conferências Internacionais em Psicologia Clínica e da Saúde
Universidade da Beira Interior
Covilhã, 1 e 2 de junho de 2023

TÍTULO: SEGUNDAS CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS EM PSICOLOGIA
CLÍNICA E DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR – A
IMPORTÂNCIA DA PSICOLOGIA CLÍNICA NO MUNDO ATUAL: DESAFIOS E
CONTRIBUTOS - ATAS

EDITORES: HENRIQUE PEREIRA / GRAÇA ESGALHADO / PATRICIA SILVA

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

1ª EDIÇÃO: JUNHO DE 2023

EDITOR | UBI - UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR. SERVIÇOS GRÁFICOS

Formato: PDF / PDF/A

ISBN: 978-989-654-977-0



2as Conferências Internacionais em Psicologia Clínica e da Saúde

Universidade da Beira Interior

Covilhã, 1 e 2 de junho de 2023

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

**“A importância da psicologia clínica no mundo
atual: Desafios e contributos”**

ATAS

Editado por:

Henrique Pereira, Graça Esgalhado & Patricia Silva

03 de Junho de 2023

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, UBI, Covilhã

Sítio do congresso: <https://2ci-pcs.ubi.pt/>



COMISSÃO CIENTÍFICA

Henrique Pereira – Universidade da Beira Interior - **Coordenador**

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

Cristina Queirós – Universidade do Porto

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 – ISPA-Instituto Universitário

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



2as Conferências Internacionais em Psicologia Clínica e da Saúde

Universidade da Beira Interior

Covilhã, 1 e 2 de junho de 2023

ORGANIZAÇÃO

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

COMISSÃO ORGANIZADORA

Graça Esgalhado - **Coordenadora**

Areolina do Delgado Durán

Brízida Alexandra Pinheiro Pinto

Carla Alexandra Ferrão Baltazar

Ernestina Bonguela Candeale Manuel

Filipa Moura Nicolau

Helga Patrícia Sanches da Costa

Jóni Micael Bento Ledo

Madalena Lopes Castanheira Cruz

Patrícia Silva

Rita Bicha Castelo

Sofia Raquel Neves Coutinho

APOIOS E CONTACTOS

APOIOS



OS NOSSOS CONTACTOS



conferenciaspcs.ubi@gmail.com
Covilhã



<https://2ci-pcs.ubi.pt/>



@ci.pcs.ubi



Estrada do Sineiro, 6200-209,



2as Conferências Internacionais em Psicologia Clínica e da Saúde

Universidade da Beira Interior




Covilhã, 1 e 2 de junho de 2023

PROGRAMA CIENTÍFICO



Evento Híbrido

Online na plataforma Zoom  e Presencial na FCSH – UBI 




01 DE JUNHO DE 2023 – QUINTA FEIRA

HORA	TÍTULO	MODALIDADE	SALA
8h30	ABERTURA DO SECRETARIADO Início da colocação de posters		3º piso
9h15	SESSÃO DE ABERTURA Magnífico Reitor da UBI – Prof. Doutor Mário Raposo Presidente da FCSH-UBI – Prof.ª Doutora Arminda do Paço Presidente do Depart. de Psicologia e Educação – Prof.ª Doutora Cláudia Silva Representante da Ordem dos Psicólogos Portugueses – Dr. Sérgio Viana Coordenador da Comissão Científica – Prof. Doutor Henrique Pereira Momento musical – Desertuna		7.21
10h00	CONFERÊNCIA PLENÁRIA 1 <i>Psychological Aspects of People Facing Military Aggression against Ukraine</i> Prof.ª Doutora Olha Uhryn, Professora Associada da Universidade de Lviv (Ucrânia) Moderadora: Antonieta Tourais Pinto		7.21
10h45	COFFEE-BREAK	-	3º piso





<p>11h00 12h30</p>	<p>SESSÃO PARALELA DE SIMPÓSIOS</p> <p>SIMPÓSIO 1 - ABORDAGENS QUALITATIVAS EM SAÚDE: AJUSTAMENTO DE JOVENS, ADULTOS E IDOSOS Coordenador e moderador: José Alberto Ribeiro-Gonçalves, <i>William James Center for Research</i>, ISPA - Instituto Universitário</p> <p><i>“Já não luto contra o mundo”</i>: Autoafirmação de jovens trans em Portugal Marta Conceição & Pedro Alexandre Costa</p> <p><i>Trajetórias emocionais de mães e pais com filhos/filhas trans</i> Laura Ramalho & Pedro Alexandre Costa</p> <p><i>Representações e Influências da COVID-19 no Bem-Estar de Idosos Gays e Bissexuais</i> José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Pedro Alexandre Costa & Isabel Leal</p> <p><i>How did older adults experience the lockdowns due to the COVID-19 pandemic?</i> Margarida Jarego, Pedro Alexandre Costa, Fiona Tasker, José Pais-Ribeiro & Alexandra Ferreira-Valente</p>		<p>7.21</p>
<p>11h00 12h30</p>	<p>SIMPÓSIO 2 - AÇÕES DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS SOBREVIVENTES ONCOLÓGICOS Coordenadora: Ana Torres, Universidade da Beira Interior, CINTESIS@RISE Moderadora: Isabel M. Santos, Universidade de Aveiro</p> <p><i>Validação da Versão Portuguesa do Functional Assessment of Cancer Therapy-Cognitive Function-Version 3</i> Ana Filipa Oliveira, Isabel M. Santos, Sofia Fernandes, Pedro Bem-Haja & Ana Torres</p> <p><i>Versão Portuguesa do Fear of Progression Questionnaire-Short Form (FoP-Q-SF)</i> Sandra Silva, Ana Bárto, Isabel M. Santos, isabel.santos@ua.pt, Ana Torres, Débora Paiva & Sara Monteiro</p> <p><i>Aceitabilidade e preferências de programas de reabilitação cognitiva para sobreviventes de cancro</i> Liliana Magalhães Loureiro, Ana Filipa Oliveira, Ana Bárto, Helena Sousa, Joana Costa, Mariana Ramalhe, Ana Torres, & Isabel M. Santos</p> <p><i>CanCOG® – Plataforma web de reabilitação cognitiva para melhorar o funcionamento cognitivo de sobreviventes de cancro</i> Ana Filipa Oliveira, Ana Torres, Linda M. Ercoli & Isabel M. Santos;</p> <p><i>Intervenção de grupo combinada de educação física e psicoeducação: um estudo quasi-experimental com sobreviventes de cancro portugueses</i> Ana Torres, Ana Ribeiro, Cristiano Matos, Jorge Costa, Isabel Leal Barbosa, Ana Filipa Oliveira, Isabel M. Santos & Sónia Remondes-Costa</p>		<p>7.19A</p>






<p>11h00 12h30</p>	<p>SIMPÓSIO 3 - AVALIAÇÃO DE VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS NA DOENÇA CRÓNICA: IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA Coordenadora e moderadora: Paula Carvalho, Departamento de Psicologia e Educação – Universidade da Beira Interior</p> <p><i>Avaliação da adesão e estratégias de Coping em doentes com Hipertensão Arterial</i> Bárbara Resende, Paula Saraiva Carvalho, Cláudia Mendes Silva & Jorge Gama</p> <p><i>Bem-Estar Psicológico em vítimas de Acidente Vascular Cerebral</i> Carolina Santos, Manuel Loureiro, Paula Saraiva Carvalho & Jorge Gama</p> <p><i>Qualidade de Vida e Sintomas Psicopatológicos após Acidente Vascular Cerebral</i> Patrícia Conceição, Paula Saraiva Carvalho & Jorge Gama</p> <p><i>Avaliação do nível de Sobrecarga do Cuidador Informal do doente de AVC</i> Eunice Lameiras, Paula Saraiva Carvalho & Jorge Gama</p>		<p>7.22</p>
<p>12h30 14h00</p>	<p>ALMOÇO - LIVRE</p>	<p>-</p>	<p>-</p>
<p>14h00 14h45</p>	<p>CONFERÊNCIA PLENÁRIA 2 <i>A Saúde do Psicólogo Frente a Demanda Hospitalar Durante e Após o Pico Pandêmico</i> Prof.ª Doutora Suely Guimarães, Professora e Investigadora Sênior da Universidade de Brasília (Brasil)</p> <p>Moderadora: Patrícia Silva</p>		<p>7.21</p>
<p>14h45 16h00</p>	<p>SESSÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES 1 Moderadora: Sofia Coutinho</p> <p>Adult attachment, emotion regulation and risk of covid-19 infection: Virtual reality environment Ricardo Pinto</p> <p>Morte por Cancro na Infância: O Luto Patológico dos Pais Sofia Coutinho</p> <p>Performance profissional: Impacto do Work-Life Balance, Cultura e Estadio da Organização Ana Rita Nunes, Ivone Patrão & Filipa Pimenta</p> <p>Doença pediátrica crónica complexa e satisfação parental com a vida Sandra P. Alves, Anne Marie Fontaine & Ana Carolina Braz</p> <p>O impacto das experiências adversas na saúde mental das crianças Ana Silvano, Celeste Simões & Sofia Santos</p>		<p>7.21</p>





<p>14h45 16h00</p>	<p>SESSÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES 2</p> <p>Moderador: Brizida Pinto</p> <p>Comportamentos autolesivos nos adolescentes: Uma revisão sistemática de literatura Sónia Helena Lima Silva & Paulo Vitória</p> <p>A Autocompaixão e o <i>Burnout</i> em Estudantes de Medicina e Psicologia Isabel Cristina Santos, Paulo Vitória & Ana Telma Pereira</p> <p>Relaxar Cura? Perceção do Relaxamento na Cicatrização da Úlcera do Pé Diabético Gabriela Ferreira, Cristina Bernardo, André Carvalho, & M. Graça Pereira</p> <p>Validação do Brief-IPQ em mulheres portuguesas com Incontinência Urinária Marta G. Porto, Teresa Mascarenhas, Filipa Pimenta & João Marôco</p> <p>Triade Negra e crenças sobre punição física: relação com os estilos parentais? Mariagiulia Galluzzo, Margarida Simões & Inês Carvalho Relva</p>		<p>7.20</p>
<p>14h45 16h00</p>	<p>SESSÃO DE SIMPÓSIO</p> <p>SIMPÓSIO 4 - Psicologia LGBT+, Saúde Sexual e Saúde Mental: Perspetivas Transculturais Coordenador e moderador: Pedro Alexandre Costa, <i>William James Center for Research</i>, ISPA - Instituto Universitário</p> <p><i>Aspirações de Vida de Pessoas Heterossexuais, Lésbicas, Gays e Plurissexuais</i> Pedro Alexandre Costa</p> <p><i>Experiências de Terapia de pessoas Trans e de Género Diverso (TGD)</i> Mariana Renier & Pedro Alexandre Costa</p> <p><i>O que explica a desconfiança de profissionais de saúde por pessoas plurissexuais?</i> Inês Lopes da Costa & Pedro Alexandre Costa</p> <p><i>Perceived social support and mental health in Italian and Spanish LG youth</i> Nicola Picone, Gaetana Affuso, Marta Evelia Aparicio-García & Pedro Alexandre Costa</p> <p><i>Discrepância entre pornografia e atividade sexual e sua associação com o compromisso</i> Susana Monteiro, David L Rodrigues & Pedro Alexandre Costa</p>		<p>7.22</p>



16h00	COFFEE-BREAK	-	3º piso
16h15 17h30	SESSÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES 3 Moderador: Areolina Delgado Durán Comportamiento adictivo durante la pandemia de COVID-19 en Cuba y Cabo Verde Areolina Delgado Durán, Justo Reinaldo Fabelo-Roche & Paulo Vitoria Pais biológicos e pais de acolhimento: uma revisão de literatura Jéssica Santos Spínola, Ana Isabel Cunha & Marta Alves Preditores das práticas alimentares parentais: emoções antecipadas, regulação emocional e autoeficácia parental Ana Isabel Gomes, Luísa Barros, João Veríssimo & Maria Eduarda Mendes O Impacto do Consumo de Substâncias na Psicossomatologia em jovens Ana Leonor Nogueira, Ana Rita Raposo e Gonçalo Silva & Henrique Pereira Nomofobia, Adição à Internet, Ansiedade e Depressão: Uma perspetiva de género em Estudantes Portugueses Ana Filipa da Silva Rios Viegas & Graça Esgalhado	 	7.21
16h15 17h30	SESSÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES 4 Moderadora: Madalena Cruz COuples' OBesity (COOB): Poderá o ajustamento diádico predizer a autoeficácia do casal? Inês Martinho, Inês Queiroz Garcia, Amy Gorin, João Marôco & Filipa Pimenta COuples' OBesity (COOB): O ajustamento diádico e o coping diádico em casais Lúcia Ferreira, Inês Queiroz Garcia, Amy Gorin, João Marôco, Elsa Henriques & Filipa Pimenta Explorando variáveis Explicativas da Qualidade de Vida em Doentes com Neurodegeneração Teresa Carvalho, Carolina da Motta, Carolina Gomes & Jéssica Pinto GPS ou ruído? Contratransferência e psicoterapia – Uma revisão José Sargento & Sandra Oliveira Confiabilidade e Estrutura Fatorial do Athlete Psychological Strain Questionnaire (APSQ) Jorge Costa, Juliana Reis, Isa Viegas, Ana Torres, Henrique Neiva, Ricardo Ferraz & Dulce Esteves		7.20



<p>16h15 17h30</p>	<p>SESSÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES 5</p> <p>Moderador: Henrique Pereira</p> <p>Avaliação da relação entre Nomofobia e Psicossomatologia: A importância das variáveis sociodemográficas Renata Reis D. Torre, Thais Cavalcanti de A. S. Souza, Maria Clara D. de Oliveira, Ana Beatriz Caldas Nepomuceno de Aragão & Henrique Pereira</p> <p>Cyberbullying em Estudantes Universitários Andreia Carrança, Beatriz Oliveira, Hugo Henriques, Inês Azevedo, Rita Fernandes & Henrique Pereira</p> <p>Impacto da Violência Sexual na Psicossomatologia em Vítimas: Importância das Variáveis Sociodemográficas Andreia Filipa P. Tavares, Carolina de Matos Fernandes, Diana Isabel P. M. Lopes, Mariana Amaral S. da C. Rodrigues, Sara Isabel P. Caetano & Henrique Pereira</p> <p>O Impacto das Motivações para o Cibersexo na Psicossomatologia em Estudantes do Ensino Superior Português: a Importância das Variáveis Sociodemográficas Ana Morais, Celeste Rosa, Eva Corceiro, Leonor Gama, Márcia Salvador e Henrique Pereira</p> <p>Impacto da ansiedade nos sintomas psicológicos em adultos Ana Pinto, Ana Santos, Beatriz Henriques, Luísa Oliveira & Henrique Pereira</p>		<p>7.22</p>
<p>17h30 19h30</p>	<p>SESSÃO PARALELA DE WORKSHOPS <i>Inscrição prévia no secretariado</i></p> <p>Workshop 1 - Intervir nas Crises Psicóticas Tânia Augusto</p> <p>Workshop 2 - DESPHOCO fotografia e bem-estar Rosalinda Chaves</p> <p>Workshop 3 - Primeiros socorros psicológicos. Intervenção em crise e catástrofe Antonieta Tourais Pinto</p> <p>Workshop 4 - O Corpo da Criança e as suas Emoções - um olhar psicomotor Ana Silvano</p> <p>Workshop 5 - Construir uma carreira com Psi Online: Marketing e Redes Sociais Catarina Salvado & Daniel Marrinhas</p>		<p>7.21</p> <p>7.20</p> <p>7.22</p> <p>7.27</p> <p>7.19A</p>
<p>20h00</p>	<p>JANTAR SOCIAL <i>Mediante inscrição prévia no link ou presencialmente no secretariado.</i> Local: Restaurante ComFusão - R. de São Tiago 13, 6200-214 Covilhã. Valor = 18,50€ - Pagamento no Secretariado</p>		



02 DE JUNHO DE 2023 – SEXTA FEIRA


HORA	TÍTULO	MODALIDADE	SALA
9h00 10h00	<p>SESSÃO DE POSTERS</p> <p>Poster 1 - A Relação entre Satisfação com a vida e Emoções em Adolescentes Portugueses Rafaela B. Ramalho, Sandra Carina Guimarães, Ema Oliveira, Mara Dias, Cláudia Silva & Ludovina Ramos</p> <p>Poster 2 - Ensino-aprendizagem de comunicação de más notícias no curso de Medicina da UBI Joana Campos & Paulo Vitória</p> <p>Poster 3 - Empoderamento Familiar: Construir Pontes para o Futuro Carina Dias, Cátia Alves & Ana Rita Lencastre</p> <p>Poster 4 - Regulação Emocional, Perfeccionismo e Distress Psicológico em estudantes de Medicina: Uma Revisão Sistemática Juliana Moreira & Ludovina Ramos</p> <p>Poster 5 - Funcionamento familiar e rotinas da hora de dormir no pré-escolar: Perspetiva paterna Bruna Martins, Ana Isabel Cunha & Sofia Major</p> <p>Poster 6 - Abuso sexual: desenvolvimento emocional e fatores de risco na adolescência Ernestina Manuel & Zaira Azeredo</p> <p>Poster 7 - Qualidade de Vida Sexual na Menopausa Carla Baltazar, Henrique Pereira & Rosa Marina Afonso</p> <p>Poster 8 - Coparentalidade e rotinas da criança: Um estudo com pais de crianças em idade pré-escolar Catarina Freitas & Ana Isabel Cunha</p> <p>Poster 9 - Sistemas autónomos/inteligentes e saúde e bem-estar ocupacional - Revisão sistemática da literatura. José Pedro Teles & Samuel Fonseca Monteiro</p> <p>Poster 10 - Anxiety and Distress During Covid-19 in University Students Catarina Salvado, Anabela Pereira, Daniela Pedrosa, Daniel Marrinhas & Vanda Santos</p> <p>Poster 11 - Técnicas de Relaxamento para diminuição dos níveis de stress e ansiedade pós-COVID19 Helena Coelho, Rafaela Silva, Alice Carvalhais, Raquel Esteves & Sara Lima</p>		3º piso






2as Conferências Internacionais em Psicologia Clínica e da Saúde

Universidade da Beira Interior


Covilhã, 1 e 2 de junho de 2023

<p>9h00 10h0</p>	<p>Poster 12 - Avaliação da eficácia da psicoterapia online na redução de sintomas de depressão e ansiedade em adultos: uma revisão sistemática da literatura Helga Costa & Henrique Pereira</p> <p>Poster 13 - Abordagem em ambiente clínico do utente com Perturbação do Espectro do Autismo: proposta de uma revisão sobre o estado da arte Filipa Daniela Azevedo Rodrigues & Ludovina Maria de Almeida Ramos</p> <p>Poster 14 - Melhores práticas para trabalhar com E-Saúde: Perceções de profissionais de sexologia clínica Andreia A. Manão, Ivanilda B. Costa & Patrícia M. Pascoal</p> <p>Poster 15 - AltaMENTE Saudáveis UBI: Projeto de promoção de saúde mental de estudantes universitários Ruben Henriques, Paula Carvalho, Jorge Costa, Manuel Loureiro & Ana Torres</p> <p>Poster 16 - Experiências Parentais de Luto após Perda Gestacional: revisão sistemática de estudos qualitativos Mariana Ribeiro, Paula Saraiva Carvalho & Ana Torres</p> <p>Poster 17 - Ansiedade, depressão e autoconceito em sobreviventes de cancro: Estudo na Beira Interior Salomé Santos, Ana Torres & Jorge Costa</p> <p>Poster 18 - DESPHOCO fotografia e bem-estar Rosalinda Chaves</p> <p>Poster 19 - Prejuízo cognitivo percebido, depressão e função cognitiva em sobreviventes de cancro Rita Lourenço, Jorge Costa & Ana Torres</p> <p>Poster 20 - Funcionamento cognitivo percebido, depressão e avaliação cognitiva em sobreviventes de cancro Jorge Costa, Rita Lourenço, Ana Torres & Salomé Santos</p> <p>Poster 21 - Projeto de promoção da Literacia em Saúde Mental nos Estudantes da Universidade da Beira Interior Diana Reis, Paula Carvalho, Ana Torres, Manuel Loureiro & Jorge Costa</p> <p>Poster 22 - Microagressões, variáveis sociodemográficas e sintomatologia ansiosa numa população portuguesa LGBTQIA+ Maria Inês Mateus, Manuel Loureiro, Jorge Gama</p> <p>Poster 23 - Avaliação da qualidade de vida relacionada ao trabalho durante a pandemia do covid-19: perspetivas de género em uma amostra brasileira Patricia Silva & Henrique Pereira</p> <p>Poster 24 - Psicologia de Emergência, crises e catástrofes, uma revisão sistemática da literatura baseada no método PRISMA Antonieta Tourais & Henrique Pereira</p>		<p>3º piso</p>
----------------------	---	---	----------------






10h00	CONFERÊNCIA PLENÁRIA 3 <i>O uso de variáveis latentes na Investigação em Psicologia</i> Prof. Doutor João Marôco, Professor Catedrático do ISPA-Instituto Universitário (Portugal) Moderador: Henrique Pereira		7.21
10h45	COFFEE-BREAK	-	3º piso
11h00 12h30	SESSÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES 6 Moderador: Carla Baltazar Welcome Immigrant Women Project: Resultados da RSL e próximos passos Patricia Silva & Henrique Pereira Burnout and Technostress during COVID-19 pandemic in higher education teachers and researchers Daniel Marrinhas, Vanda Santos, Catarina Salvado, Daniela Pedrosa & Anabela Pereira Resultados do projeto MEMO MOVE Fundação Catarina Rondão Sonhar Acordado Mal-adaptativo em estudantes universitários? RCT piloto da intervenção iCBT “DaydreamCatcher” Shivani Atul Mansuklal, Patrícia M. Pascoal & Gerhard Andersson A importância do ambiente arquitetónico escolar inclusivo na perturbação do espectro do autismo Diana Baptista, Graça Esgalhado & Miguel Santiago		7.21
11h00 12h30	SESSÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES 7 Moderador: Ernestina Manuel Estrategias de afrontamiento y apoyo social en familias con un miembro alcohólico Areolina Fortes Delgado Durán, Justo Reinaldo Fabelo-Roche & Paulo Vitoria Processos familiares: um olhar sobre a violência em crianças de idade escolar Ernestina Manuel & Zaida Azeredo Gender and Sexual Minorities in the Armed and Police Forces in Portugal Joana Azevedo & Henrique Pereira Diferenças de género na ideação suicida, burnout e stress laboral em polícias Rute Pereira, Emília Cacheira & Cristina Queirós Autoconhecimento e desenvolvimento pessoal: eficácia de uma intervenção psicológica positiva em grupo Mafalda Moreira & Carla Fonte		7.19A



<p>11h00 12h30</p>	<p>SESSÃO DE SIMPÓSIO</p> <p>SIMPÓSIO 5 - REFLEXÃO ÉTICA SOBRE A TELECONSULTA Coordenadora do Simpósio: Marta Capelo Moderador do Simpósio: Dom António Luciano (Bispo de Viseu)</p> <p><i>Comunicação Introdutória sobre A Ética do “Ser” Humano</i> Dom António Luciano - Bispo de Viseu</p> <p><i>A Teleconsulta aplicada à saúde mental – do risco ao benefício (descuida-se a Ética?)</i> Ana Pires - Psiquiatra - DPSM da ULS Guarda</p> <p><i>Ética nos cuidados de saúde personalizados – da distância aos cuidados de proximidade</i> Lurdes Vaz – Enfermeira – UCSP do Pinhel</p> <p><i>Cuidados Éticos na prescrição e adequação farmacológica on-line</i> Sandra Ventura - Docente do IPG</p> <p><i>O olhar da Psicologia sobre a Ética da Teleconsulta: o essencial não é invisível aos olhos</i> Marta Capelo – Psicóloga - CES da ULS da Guarda</p>		<p>7.22</p>
<p>11h00 12h30</p>	<p>SESSÃO DE APRESENTAÇÃO</p> <p>Gabinete de Empreendedorismo, Saídas Profissionais e Alumni da UBI</p> <p>Que procedimentos e protocolos de cooperação com empresas e organizações possibilitam a realização de estágios aos estudantes e graduados de Psicologia da UBI? Quais as possibilidades de estágios na Universidade, assim como as plataformas disponíveis para os ajudar no ingresso ao mundo profissional?</p>		<p>7.20</p>
<p>14h00 14h45</p>	<p>CONFERÊNCIA PLENÁRIA 4</p> <p><i>Desafios na área da saúde mental: A resposta diferenciada da Psicologia</i> Prof. Doutor David Neto, Professor Auxiliar do ISPA-Instituto Universitário (Portugal)</p> <p>Moderadora: Graça Esgalhado</p>		<p>7.21</p>
<p>14h45 16h00</p>	<p>SESSÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES 8</p> <p>Moderador – Helga Costa</p> <p>A efetividade das psicoterapias psicodinâmicas na sintomatologia depressiva: uma revisão. José Sargento & Sandra Oliveira</p> <p>Importância da comunicação clínica no ensino-aprendizagem da formação pré-graduada em Medicina Beatriz H. Neves & Paulo D. Vitória</p>		<p>7.21</p>






<p>14h45 16h00</p>	<p>A Psicologia pode ajudar a criar um mundo melhor Maria Jorge Ferro, Laura Ferreira, Andreia Nunes, Rita Pinto, Isabel Dantas, Inês Rodrigues, Alexandra Ramos, Mariana Miranda & Inês Costa</p> <p>Eficácia de uma terapia CBT online na ansiedade social em Portugal (PORTISOFIE) Edna Martins, Patrícia M. Pascoal, Gerhard Andersson & Marco Pereira</p> <p>Modelo HAPA aplicado à gestão de peso em mulheres portuguesas de meia-idade Mafalda Leitão, Patrícia Capelas, Faustino R. Pérez López, Filipa Pimenta & João Marôco</p>		<p>7.21</p>
<p>14h45 16h00</p>	<p>SESSÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES 9 Moderador – Filipa Nicolau</p> <p>Relação Entre Autocompaixão e Síndrome de Burnout em Estudantes de Medicina Mariana Dinis, Paulo Vitória & Ana Telma Pereira</p> <p>Literacia em Saúde Mental e Estigma em Cuidadores Formais de adultos idosos Adriana Filipa Ingrês Domingos, Paula Susana Loureiro Saraiva Carvalho & Carla Sofia Lucas do Nascimento</p> <p>A Auto-Compaixão e o Burnout nos estudantes de medicina e nos médicos Beatriz Vaz & Paulo Vitória</p> <p>Ser Pais de Crianças com Doença Oncológica: os desafios psicoemocionais do quotidiano Sara Lima, Clarisse Magalhães, Ana Isabel Teixeira, Carmem Queirós, Francisca Pinho, Carina Ribeiro, Daiana Menezes & Raquel Esteves</p> <p>Perfil do Cuidador e da pessoa cuidada: Influência da qualidade de vida do Cuidador Informal Sara Lima, Helena Correia, Sofia Silva, Ana Margarida, Raquel Carvalho & Susana Pedras</p>		<p>7.19A</p>
<p>14h45 16h00</p>	<p>SESSÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES 10 Moderador – Joni Ledo</p> <p>Qualidade do Sono e Marcadores Biomédicos Alexandra Silvestre & Graça Esgalhado</p> <p>Comunicação com pessoas com demência – a mentira é um ato de cuidado? Joana Cabral & Rosa Marina Afonso</p>		<p>7.22</p>



2as Conferências Internacionais em Psicologia Clínica e da Saúde

Universidade da Beira Interior

Covilhã, 1 e 2 de junho de 2023

14h45 16h00	Revisão sistemática da qualidade do sono em idosos Tânia Augusto, Carla Sofia Nascimento, Luís Pires & Rosa Marina Afonso O impacto da Adição à Internet nos Sintomas Psicológicos nos Estudantes Universitários: a Importância das Variáveis Sociodemográficas Joana Pereira, Margarida Farinha, Maria Vicente, Mariana Figueiredo, Marta Lucas & Henrique Pereira Confinamento pós-pandemia COVID-19 e impacto na ansiedade dos adolescentes: revisão de literatura Ana Beatriz Monteiro, Maria Inês Figueiredo & Ana Margarida Moreira		7.22
16h00	COFFEE-BREAK	-	3º piso
16h15	SESSÃO DE ENCERRAMENTO Comunicação e Entrega dos Prémios de Mérito Científico		7.21
16h45	MOMENTO MUSICAL Orquestra de Violinos do Conservatório de Música da Covilhã		7.21



ÍNDICE

PREÂMBULO	20
CAPITULO 1	21
Qualidade do Sono e Marcadores Biomédicos	21
CAPITULO 2	33
Comportamiento adictivo durante la pandemia de COVID-19 en Cuba y Cabo Verde	33
CAPITULO 3	40
HAPA model applied to weight management in middle-aged Portuguese women	40
CAPITULO 4	47
Explorando Variáveis Explicativas da Qualidade de Vida em Doentes com Neurodegeneração	47
CAPITULO 5	54
Estrategias de afrontamiento y apoyo social en familias con un miembro alcohólico	54
CAPITULO 6	61
Representações e Influências da COVID-19 no Bem-Estar de Idosos Gays e Bissexuais	61
CAPITULO 7	70
Qualidade de vida no trabalho durante a pandemia do covid-19: perspectivas de género	70
CAPITULO 8	84
Doença pediátrica crónica complexa e satisfação parental com a vida	84
CAPITULO 9	91
How did older adults experience the lockdowns due to the COVID-19 pandemic?	91
CAPITULO 10	98
A Autocompaixão e a Síndrome de <i>Burnout</i> nos estudantes de medicina e nos médicos	98
CAPITULO 11	105
Experiências de Terapia de Pessoas Trans e de Género Diverso (TGD)	105
CAPITULO 12	114
Psychometric properties of the Brief IPQ with Portuguese women with urinary incontinence	114
CAPITULO 13	121
“Já Não Luto Contra o Mundo”: Autoafirmação de Jovens Trans em Portugal	121
CAPITULO 14	129
Perceived Social Support and Mental Health in Italian and Spanish LG Youth	129
CAPITULO 15	135
O Impacto das Motivações para o Cibersexo na Psicossintomatologia em Estudantes do Ensino Superior Português: a Importância das Variáveis Sociodemográficas	135
CAPITULO 16	145
Morte por cancro na infância: O luto patológico dos pais	145
CAPITULO 17	151
Avaliação da Relação entre a Nomofobia e a Psicossintomatologia: A importância das Variáveis Sociodemográficas	151
CAPITULO 18	158
Experiências de vitimização de Cyberbullying em Estudantes do Ensino Superior: a importância das variáveis Sociodemográficas e Psicossintomatologia	158
CAPITULO 19	170
Impacto da Violência Sexual na Psicossintomatologia em Vítimas: Importância das Variáveis Sociodemográficas	170
CAPITULO 20	180
A importância do ambiente arquitetónico escolar inclusivo na perturbação do espectro do autismo	180
CAPITULO 21	188



2as Conferências Internacionais em Psicologia Clínica e da Saúde

Universidade da Beira Interior

Covilhã, 1 e 2 de junho de 2023

A Psicologia pode ajudar a criar um mundo melhor	188
CAPITULO 22	198
A efetividade das psicoterapias psicodinâmicas na sintomatologia depressiva: uma revisão	198
CAPITULO 23	205
GPS ou ruído? Contratransferência e psicoterapia – uma revisão	205
CAPITULO 24	212
Processos familiares: Um olhar sobre a violência em crianças em idade escolar	212
CAPITULO 25	220
Abuso Sexual: Desenvolvimento Emocional e Fatores de Risco na Adolescência	220
CAPITULO 26	228
Confinamento pela pandemia COVID-19 e impacto na ansiedade dos adolescentes: revisão de literatura	228
CAPITULO 27	235
Discrepância entre Pornografia e Atividade Sexual e sua Associação com o Compromisso	235
CAPITULO 28	241
Nomofobia, Adição à Internet, Ansiedade e Depressão: Uma Perspetiva de Género em Estudantes Portugueses	241
CAPITULO 29	252
Microagressões, variáveis sociodemográficas e sintomatologia ansiosa numa população portuguesa LGBTQIA+	252
CAPITULO 30	266
O impacto das experiências adversas na saúde mental das crianças	266
CAPITULO 31	272
Qualidade de Vida Sexual na Menopausa	272
CAPITULO 32	280
Avaliação da eficácia da psicoterapia online na redução de sintomas de depressão e ansiedade em adultos: uma revisão sistemática da literatura.	280
CAPITULO 33	288
O Impacto da Ansiedade nos Sintomas Psicológicos em Adultos	288
CAPITULO 34	297
O Impacto da Adição à Internet nos Sintomas Psicológicos em Estudantes Universitários: a Importância das Variáveis Sociodemográficas	297



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 da Universidade da Beira Interior realiza as 2as Conferências Internacionais em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior, nos dias 1 e 2 de junho de 2023, nas instalações da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas – Pólo IV, na cidade da Covilhã/Serra da Estrela, Portugal.

“A importância da Psicologia Clínica e da Saúde no mundo atual: Desafios e Contributos” é o tema das conferências internacionais deste ano, desta vez em formato híbrido, o que diminuirá distâncias e aumentará a participação global. Nos últimos tempos, o mundo atual sofreu enormes desafios globais criados pela crise da pandemia e da guerra na Europa, 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 segundo 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 três formatos: Comunicações Livres, Simpósios 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



CAPITULO 1

Qualidade do Sono e Marcadores Biomédicos

Alexandra Silvestre & Graça Esgalhado

Universidade da Beira Interior, Portugal

Autor Correspondente: Alexandra Silvestre. E-mail; alexandra.silvestre@ubi.pt

Resumo: A pobre qualidade de sono tem-se mostrado relacionada com alterações neuroendócrinas, as quais podem estar associadas a alterações nos marcadores biomédicos. Esta pesquisa visa: (1) descrever a qualidade do sono da amostra; (2) descrever as variáveis biomédicas dos participantes (Pressão Arterial Sistólica e Diastólica; Glicémia; Triglicéridos; Índice de Massa Corporal); (3) comparar a qualidade do sono e as variáveis biomédicas em função do género; (4) comparar a qualidade do sono em função das variáveis biomédicas; (5) aferir o grau de associação entre a qualidade do sono e os marcadores biomédicos. Métodos: Neste estudo, de tipo descritivo e inferencial, utilizaram-se: questionário sociodemográfico, Questionário do Sono de Oviedo e dispositivos de recolha de indicadores biomédicos. A amostra é constituída por 229 sujeitos, 59.8% mulheres e 40.2% homens. Resultados: Os níveis de satisfação subjetiva do sono, insónia e hipersónia são moderados. Os valores nas variáveis biomédicas encontram-se dentro dos valores de referência, pelo que, esta amostra é maioritariamente saudável. Sujeitos que apresentaram pior satisfação subjetiva do sono, também demonstraram valores de IMC acima dos valores recomendados. Conclusão: Apesar de não se encontrarem relações fortes entre as escalas da qualidade do sono e as variáveis biomédicas, a investigação traz contributos para a importância da elaboração de programas preventivos, que incidam na adoção de comportamentos saudáveis.

Introdução

O sono, indicador de saúde física e mental, é regulado por mecanismos neuroendócrinos, tendo a melatonina como hormona principal. Esta hormona interfere noutros mecanismos, como o da regulação do apetite e no metabolismo da glicémia (GL) (Medic et al., 2017; Rossi et al., 2017). Um sono saudável é traduzido numa perspetiva global de características como a regularidade, o estado de alerta e a duração, de componentes individuais como a satisfação, eficiência (Hale et al., 2020) e impacto no funcionamento do dia a dia (João et al., 2017). Segundo Ohayon & Paiva (2005, citado por João et al., 2017) 28.1% da população portuguesa apresenta sintomas de insónia pelo menos três noites por semana. A diminuição da qualidade do sono (QS) pode estar associada a



perturbações físicas e psicológicas (Buysse et al., 1989), a pior saúde física e mental e maior ausência do contexto laboral (João et al., 2017). Diversas pesquisas mostram que uma pobre QS pode estar na origem de doenças cardiovasculares, obesidade e decréscimo da saúde mental (Crivello et al., 2019; Fundação Portuguesa do Sono, 2022; Hale et al., 2020), bem como de anormalidades metabólicas, traduzidas em elevados níveis de GL e pressão arterial (PA) (Lian et al., 2019).

Jafari (2017) refere que mudanças na QS se encontram associadas à persistência de alta atividade do sistema simpático, que por sua vez prejudica o diminuir da PA noturna, traduzindo-se num aumento da PA diurna nos dias subsequentes, sendo os sujeitos com um sono mais curto e mais perturbado os que apresentam uma menor descida da pressão arterial sistólica (PAS) noturna (Suh et al., 2013). Ao longo dos anos, os estudos evidenciaram a relação entre uma pobre QS e problemas relacionados com altos níveis de PA, bem como com problemas no ritmo cardíaco noturno (Jarrin et al., 2018; Javaheri & Redline, 2017; Thomas & Calhoun, 2017). Indivíduos com insónia têm maior probabilidade de ter níveis mais elevados de PA, quando comparados com indivíduos sem insónia (Wang et al., 2017). Outros estudos não evidenciam diferenças relativamente à PAS e pressão arterial diastólica (PAD) entre indivíduos com e sem insónia (Chen et al., 2017; Giahi et al., 2016).

A pobre QS pode desencadear adaptações neuroendócrinas, metabólicas e comportamentais que se traduzem no aumento do consumo de comida para o manter da energia (Plamen, 2012 citado por Chang et al., 2015). Estas alterações resultam numa maior associação com diabetes, obesidade (Hirota et al., 2018), níveis de Colesterol (CT), PAS e Triglicérides (TG) (Smolensky et al., 2017). Num estudo realizado por Shulman et al. (2018), o género não se mostrou significativo para a variação da QS, assim como não existiu associação com as variáveis PAS, PAD, GL, TG e IMC (Índice de Massa Corporal). Segundo Wang et al. (2017), também não se verifica associação entre a QS e o género, ainda que os valores de QS se encontrem mais elevados no género masculino. Pelo contrário, Smolensky et al. (2017) e Lyu et al. (2019) referem uma tendência do género feminino para uma menor QS, assim como para níveis mais elevados de PAS, CT, TG e PAD, e para níveis alterados de GL (Keskin et al., 2015 citado por Rossi et al., 2017). Segundo Ko (2013), existe uma relação entre a falta de sono e a incidência da obesidade, avaliada através do IMC, evidenciando que QS parece estar positivamente correlacionada com os níveis de CT e TG. Na mesma linha, vários autores mostraram que uma pobre QS pode aumentar o risco de elevado IMC (Krističević et al., 2018), da PA e dos valores de GL (Lo et al., 2018 citado por Lian et al., 2019).

Decorrente da revisão da literatura, definem-se os seguintes objetivos específicos: (1) descrever a qualidade do sono da amostra; (2) descrever as variáveis biomédicas dos participantes (Pressão Arterial Sistólica e Diastólica; Glicémia; Triglicérides; Índice de Massa Corporal); (3) comparar a qualidade do sono e as variáveis biomédicas em função do género; (4) comparar a qualidade do sono em função das variáveis biomédicas; (5) aferir o grau de associação entre a qualidade do sono e os marcadores biomédicos.

Método

Participantes



Nesta pesquisa, com uma amostra por conveniência e de tipo não-probabilístico, participaram 229 sujeitos com idades compreendidas entre os 18 e os 84 anos (Média=36.50; DP=17.71). 59.8% são mulheres e 40.2% homens. Relativamente ao estado marital, 37.6% são solteiros, 26.2% são casados, 22.3% têm um namoro/compromisso afetivo, 5.7% estão numa união de facto, 5.2% são divorciados(as)/Separados(as) e 3.1% são viúvos(as). A maioria dos indivíduos (40.2%) tem formação universitária (licenciatura/bacharelato) e 35.4% tem até ao 12º ano de escolaridade. No que concerne a residência, 67.7% dos indivíduos residem numa pequena cidade, 14% vive numa grande cidade, 10.9% vive num pequeno meio rural e 7.4% vive num grande meio rural. Relativamente à situação profissional, 45.9% dos sujeitos é estudante, 22.3% trabalha por conta de outrem, 10.9% é reformado, 7.4% é desempregado, 7% trabalha por conta própria e 6.6% é trabalhador-estudante. Por fim, o estatuto sócio económico é maioritariamente médio (57.6%), para 26.2% seja é baixo-médio, 7.9% médio-alto, 5.2% baixo e 3.1% alto.

Materiais

Questionário Sociodemográfico

Foi elaborado para se obter as características sociodemográficas da amostra: idade dos participantes, estado civil, estado marital atual, local de residência, ano de escolaridade e situação profissional.

Questionário do Sono de Oviedo

O Questionário de Sono de Oviedo, desenvolvido por Bobes et al. (2000), consiste num instrumento de ajuda diagnóstica de perturbações do sono (insónia e hipersónia), respeitando os critérios do DSM-IV e CID-10 (Bobes et al., 1998 citado por García et al., 2000). Quanto mais elevada a pontuação, maiores são os níveis da insónia e hipersónia. Já na escala satisfação subjetiva do sono, quanto menor a pontuação, menor a satisfação subjetiva do sono (Bobes et al., 2000).

Dispositivos de Medição Biomédica

Para medir os indicadores biomédicos dos participantes foram utilizados por técnicos de saúde os seguintes dispositivos: O *Accutrend® Plus* (Roche Diagnostics GmbH, Mannheim, Alemanha) para avaliar o perfil lipídico; para a recolha dos níveis de glicémia, foi utilizado o dispositivo *OneTouch® Verio®IQ* (LifeScan® Johnson and Johnson, EUA) e para a avaliação dos níveis de pressão arterial sistólica e diastólica, foi utilizado o dispositivo *BMG 5610 AEG®*. Para obter os valores do parâmetro índice de massa corporal, foram utilizadas as medidas altura (m) e peso corporal (Kg) do indivíduo, inserindo-os na seguinte fórmula: $IMC = Kg/m^2$ (Krističević et al., 2018).

Procedimentos

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior (UBI). Foram respeitados os princípios específicos contemplados no Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (2021). A recolha dos dados efetuou-se entre outubro de 2016 e janeiro de 2017.

Análise de Dados

Para as variáveis sociodemográficas foram efetuadas estatísticas descritivas. Para analisar as relações entre qualidade de sono e variáveis biomédicas, utilizaram-se análises de correlação de Pearson. Para comparar diferenças nos marcadores biomédicos em função da qualidade de sono, usaram-se testes-*t* e ANOVA. A distribuição das variáveis segue uma distribuição normal de acordo com o teorema do limite central, pelo que é utilizada a estatística paramétrica. Os dados foram inseridos e trabalhados no programa *IBM SPSS Statistics*, versão 28.0.1.0.

Resultados

No que diz respeito ao objetivo (1) descrever a qualidade do sono da amostra, obtém-se um nível médio global na satisfação subjetiva do sono de 3.76 ($\pm DP=1.36$) e na insónia de 20.84 ($\pm DP= 6.79$). A hipersónia apresenta valores médios $M= 6.05$ ($\pm DP= 2.76$). No que diz respeito ao objetivo (2) descrever as variáveis biomédicas dos participantes, foram desenvolvidos grupos de comparação mediante os valores de referência. Os valores de CT de 73.8% dos sujeitos, de IMC de 52% dos sujeitos, de PAD de 73.7% dos sujeitos e de GL de 81.7% dos sujeitos, encontram-se dentro dos valores de referência. Os valores de TG de 74.2% dos indivíduos inserem-se abaixo do indicador de referência. Na variável PAS, 69.4% dos indivíduos posicionam-se abaixo do indicador de referência (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Características Biomédicas dos Participantes

		Mínimo	Máximo	M	DP	%
CT	Dentro dos Valores de Referência ≤ 190	69	190	145.33	26.90	73.8%
	Acima dos Valores de Referência ≥ 191	192	380	220.40	28.18	26.2%
TG	Abaixo dos Valores de Referência ≤ 150	23	150	99.79	26.36	74.2%
	Acima dos Valores de Referência ≥ 151	153	600	231.93	87.47	25.8%
GL	Abaixo dos Valores de Referência ≤ 70	68	70	68.00	.	0.4%
	Dentro dos Valores de Referência ≥ 71 e ≤ 125	71	122	95.84	12.19	81.7%
	Acima dos Valores de Referência ≥ 126	126	257	161.59	26.49	17.9%
IMC	Abaixo dos Valores de Referência ≤ 18.5	16.65	18.41	23.15	.	3.9%
	Dentro dos Valores de Referência ≥ 18.59 e ≤ 24.99	18.61	24.96	23.95	4.09	52%
	Acima dos Valores de Referência ≥ 25	25	46.71	27.97	4.31	44.1%
PAS	Dentro dos Valores de Referência ≤ 120	95	120	111.26	7.86	30.6%
	Acima dos Valores de Referência ≥ 121	121	151	131.32	7.23	69.4%
PAD	Dentro dos Valores de Referência ≤ 80	50	80	72.36	6.50	73.8%
	Acima dos Valores de Referência ≥ 81	81	99	84.63	3.52	26.2%

Relativamente ao objetivo (3) comparar a qualidade do sono em função do género, na satisfação subjetiva do sono, os homens obtêm uma média mais elevada ($M=3.82$; $\pm DP=1.25$) do que as mulheres ($M=3.73$; $\pm DP=1.43$), não sendo estatisticamente significativas as diferenças entre as médias ($t_{(227)}=-.47$; $p=.283$). Nas escalas da qualidade do sono, relativamente à insónia são as mulheres ($M=21.35$; $\pm DP=7.24$) que apresentam



pontuações médias mais elevadas do que os homens ($M=20.08$; $\pm DP=6.03$). A diferença entre géneros na escala insónia é estatisticamente significativa ($t_{(227)}=1.40$; $p=.042$). Para a hipersónia, as mulheres obtêm uma pontuação média ($M=6.29$; $\pm DP=2.93$) mais elevada do que os homens ($M=5.68$; $\pm DP=2.45$), diferença não estatisticamente significativa ($t_{(227)}=1.70$; $p=.087$).

No que diz respeito ao objetivo (4) comparar a qualidade do sono em função das variáveis biomédicas, apresentam-se os resultados para cada variável. Não existem diferenças estatisticamente significativas para as três escalas da qualidade do sono em função dos valores da GL. Sujeitos com valores de GL dentro dos recomendados apresentam uma média mais elevada na escala da insónia ($M=21.09$; $\pm DP=7.02$) e hipersónia ($M=6.24$; $\pm DP=2.89$). Já na escala satisfação subjetiva do sono, sujeitos com valores de GL acima dos valores recomendados apresentam uma média mais elevada ($M=4.02$; $\pm DP=1.01$).

A satisfação subjetiva do sono apresenta médias elevadas em sujeitos com IMC acima dos valores recomendados ($M=3.96$; $\pm DP=1.19$). Na insónia, os indivíduos com valores de IMC abaixo dos valores recomendados a apresentam a média mais elevada ($M=22.56$; $\pm DP=.57$). Na hipersónia verificam-se valores médios mais elevados em sujeitos com valores de IMC abaixo dos valores recomendados ($M=7.56$; $\pm DP=2.60$). Existem diferenças na hipersónia entre os diferentes grupos de IMC, ainda que não sejam estatisticamente significativas ($F(41.357;1695.401)=2.76$; $p=.066$).

Na Tabela 2 pode observar-se que existem diferenças estatisticamente significativas para a hipersónia ($t_{(227)}=2.02$; $p=.034$) em função do CT. Na escala satisfação subjetiva do sono, os sujeitos que se encontram acima dos valores recomendados, mostram valores médios mais elevados ($M=3.88$; $\pm DP=1.37$). Na escala insónia e hipersónia, os indivíduos com valores de CT dentro dos valores recomendados apresentam valores médios médias, respetivamente ($M=20.95$; $\pm DP=6.86$) e ($M=6.26$; $\pm DP=2.87$). Não existem diferenças estatisticamente significativas para as variáveis da qualidade de sono em função do TG. Na satisfação subjetiva do sono ($M=3.88$; $\pm DP=1.38$) e hipersónia ($M=6.19$; $\pm DP=2.65$), os indivíduos com valores de TG acima dos valores recomendados apresentam médias mais elevadas, valor médio mais baixo na insónia ($M=20.75$; $\pm DP=6.95$).

Existem diferenças estatisticamente significativas para a satisfação subjetiva do sono ($t_{(227)}=-.01$; $p=.014$) e insónia ($t_{(227)}=.03$; $p=.026$) em função da PAS. A satisfação subjetiva do sono apresenta uma média mais elevada em sujeitos com valores de PAS acima dos valores recomendados ($M=3.78$; $\pm DP=1.27$). A insónia apresenta valores médios mais elevados em indivíduos com valores de PAS dentro dos valores recomendados ($M=21.94$; $\pm DP=7.83$). Na hipersónia observa-se uma média mais elevada em indivíduos com valores de PAS dentro dos valores recomendados ($M=6.43$; $\pm DP=3.03$).

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas para a hipersónia ($t_{(227)}=-.74$; $p=.047$) em função da PAD. Os valores médios mais elevados nas escalas insónia e hipersónia são apresentados pelos indivíduos com valores de PAD dentro dos valores recomendados, ($M=3.88$; $\pm DP=1.25$) e ($M=6.13$; $\pm DP=2.88$) respetivamente. Na satisfação subjetiva do sono, os indivíduos cujos valores de PAD se encontram dentro dos recomendados, apresentam menor valor médio ($M=3.72$; $\pm DP=1.39$).

Tabela 2 - Resultados para a Comparação da Qualidade de Sono em Função das Variáveis Biomédicas

		GL	M	DP	Z	p valor
Escala Satisfação Subjetiva do Sono	Abaixo dos valores recomendados		3	.	1.06	.349
	Dentro dos valores recomendados		3.71	1.42		
	Acima dos valores recomendados		4.02	1.01		
Escala Insónia	Abaixo dos valores recomendados		14.63	.	0.98	.377
	Dentro dos valores recomendados		21.09	7.02		
	Acima dos valores recomendados		19.85	5.63		
Escala Hipersónia	Abaixo dos valores recomendados		3	.	3	.052
	Dentro dos valores recomendados		6.24	2.89		
	Acima dos valores recomendados		5.22	1.83		
		IMC	M	DP	Z	p valor
Escala Satisfação Subjetiva do Sono	Abaixo dos valores recomendados		3.67	.87	1.92	.150
	Dentro dos valores recomendados		3.61	1.50		
	Acima dos valores recomendados		3.96	1.19		
Escala Insónia	Abaixo dos valores recomendados		22.56	5.20	.573	.564
	Dentro dos valores recomendados		21.08	7.42		
	Acima dos valores recomendados		20.40	6.13		
Escala Hipersónia	Abaixo dos valores recomendados		7.56	2.60	2.76	.066
	Dentro dos valores recomendados		6.26	3.01		
	Acima dos valores recomendados		5.66	2.40		
		CT	M	DP	t(df)	p valor
Escala Satisfação Subjetiva do Sono	Dentro dos valores recomendados		3.72	1.34	-.79 (227)	.789
	Acima dos valores recomendados		3.88	1.37		
Escala Insónia	Dentro dos valores recomendados		20.95	6.86	.43 (227)	.819
	Acima dos valores recomendados		20.52	6.63		
Escala Hipersónia	Dentro dos valores recomendados		6.26	2.87	2.02 (227)	.034*
	Acima dos valores recomendados		5.43	2.33		
		TG	M	DP	t(df)	p valor
Escala Satisfação Subjetiva do Sono	Abaixo dos valores recomendados		3.72	1.35	-.77 (227)	.554
	Acima dos valores recomendados		3.88	1.38		
Escala Insónia	Abaixo dos valores recomendados		20.87	6.76	.12 (227)	.458
	Acima dos valores recomendados		20.75	6.95		
Escala Hipersónia	Abaixo dos valores recomendados		6.00	2.80	-.47 (227)	.596
	Acima dos valores recomendados		6.19	2.65		
		PAS	M	DP	t(df)	p valor
Escala Satisfação Subjetiva do Sono	Dentro dos valores recomendados		3.73	1.53	.01 (227)	.014*
	Acima dos valores recomendados		3.78	1.27		
Escala Insónia	Dentro dos valores recomendados		21.94	7.83	.03 (227)	.026*
	Acima dos valores recomendados		20.35	6.24		
Escala Hipersónia	Dentro dos valores recomendados		6.43	3.03	.10 (227)	.103
	Acima dos valores recomendados		5.88	2.62		
		PAD	M	DP	t(df)	p valor
Escala Satisfação Subjetiva do Sono	Dentro dos valores recomendados		3.72	1.39	-.79 (227)	.092
	Acima dos valores recomendados		3.88	1.25		
Escala Insónia	Dentro dos valores recomendados		20.94	7.08	.38 (227)	.063

	GL	M	DP	Z	p valor
	Acima dos valores recomendados	20.56	5.96		
Escala Hipersónia	Dentro dos valores recomendados	6.13	2.88	-.74 (227)	.047*
	Acima dos valores recomendados	5.82	2.38		

Nota. * $p < .05$

No que diz respeito ao objetivo (6) aferir o grau de associação entre a qualidade do sono, os marcadores biomédicos, observa-se uma relação entre IMC, positiva, forte e estatisticamente significativa ($r = .505$; $p = .000$). Verificam-se relações positivas, moderadas e estatisticamente significativas entre IMC e GL ($r = .454$; $p = .000$) e IMC e CT ($r = .349$; $p = .000$). Entre o IMC e TG ($r = .173$; $p = .009$) e IMC e PAS ($r = .182$; $p = .006$), as correlações são positivas, fracas e estatisticamente significativas. A relação é fraca entre as variáveis PAS e CT ($r = .055$; $p = .410$) e PAS e TG ($r = .032$; $p = .633$).

A satisfação subjetiva do sono tem uma relação fraca com a variável IMC ($r = .103$; $p = .121$), tem relação negativa com as variáveis CT ($r = -.040$; $p = .548$), PAS ($r = -.021$; $p = .747$) e PAD ($r = -.054$; $p = .419$) e sendo as restantes relações positivas com as variáveis GL ($r = .056$; $p = .395$) e TG ($r = .059$; $p = .371$). A insónia apresenta relações fracas, negativas e estatisticamente significativas as variáveis biomédicas PAS ($r = -.132$; $p = .046$) e PAD ($r = -.143$; $p = .031$), negativas com as variáveis GL ($r = -.042$; $p = .530$), CT ($r = -.089$; $p = .177$) e IMC ($r = -.117$; $p = .077$) e sendo uma relação positiva com a variável TG ($r = .034$; $p = .612$). A hipersónia apresenta relações negativas e estatisticamente significativas com as variáveis biomédicas, o IMC ($r = -.157$; $p = .017$) e o CT ($r = -.156$; $p = .018$), sendo negativas para as variáveis PAS ($r = -.111$; $p = .094$), PAD ($r = -.089$; $p = .179$), GL ($r = -.079$; $p = .233$) e CT ($r = -.156$; $p = .018$), e positiva para a variável TG ($r = .012$; $p = .857$).

Discussão

O objetivo principal desta pesquisa foi o de contribuir para a compreensão da qualidade do sono na sua relação com os marcadores biomédicos em jovens e adultos portugueses. Os resultados da presente investigação são, na sua maioria, conducentes com a informação evidenciada previamente noutros estudos.

Diferentes investigações sugerem que uma pobre qualidade de sono pode estar associada a perturbações físicas e psicológicas (como perturbações de ansiedade e depressão) (Buysse et al., 1989; João et al., 2017), pior saúde física e mental e maior ausência do contexto laboral (João et al., 2017), o que suporta a relevância de se determinar a qualidade do sono dos sujeitos. O presente estudo reveste-se de um caráter original e inovador, uma vez que existe uma lacuna na pesquisa e em resultados concretos sobre as interações entre a qualidade do sono e as variáveis biomédicas, especificamente na população normativa. Verificaram-se níveis moderados de satisfação subjetiva com o sono, o que sugere que esta amostra avalia de forma positiva a qualidade do seu sono, apesar de evidenciar níveis moderados de insónia e de hipersónia. Não se observaram diferenças entre géneros nas três dimensões referidas.

Relativamente aos marcadores biomédicos, os participantes com valores de GL abaixo dos recomendados são quem apresenta mais insónia e hipersónia. Estes resultados não corroboram os de outras pesquisas, onde se evidencia a associação entre a pobre qualidade



de sono, a qual pode ser traduzida em insónia e hipersónia, e níveis de GL mais elevados (Lian et al., 2019). Efetivamente, os indivíduos que apresentaram pior satisfação do sono mostraram valores de GL acima dos indicados. Verificou-se, também, que quanto maior a GL, maior o IMC. Segundo Lou et al. (2015), uma pobre qualidade de sono pode resultar numa redução da sensibilidade à insulina, assim como numa redução da tolerância à glicémia (Mantzoros, 2006; Motivala et al., 2009; Pan & Kastin, 2014 citados por Lian et al., 2019) devido à desregulação do apetite. Também outros autores evidenciaram que uma pobre QS pode aumentar o risco de IMC elevado (Ko, 2013; Krističević et al., 2018), uma vez que sujeitos que apresentaram pior satisfação subjetiva do sono também demonstraram valores de IMC acima dos valores recomendados. Corroboram-se os resultados de Lian et al. (2019), que referem que uma pobre qualidade de sono pode estar na origem de alterações metabólicas, traduzidas em elevados valores de IMC.

Um elevado IMC pode também ser um fator de risco para elevados níveis de colesterol (Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2008), o que pode explicar, os valores obtidos no presente estudo, pois o aumento do IMC está relacionado com o aumento de CT e TG. Por sua vez, estudos epidemiológicos têm evidenciado a relação negativa entre a QS e CT elevado (Ko, 2013), o que também se verifica na nossa pesquisa, na existência de diferenças estatisticamente significativas na hipersónia em função do CT, bem como uma pior satisfação do sono em indivíduos com valores de CT acima dos recomendados.

Na verdade, a fraca qualidade de sono pode desencadear uma série de adaptações neuroendócrinas e comportamentais com o intuito de aumentar o consumo de comida e conservar energia (Plamen, 2012 citado por Chang et al., 2015). Estas alterações resultam numa maior associação com maiores valores de CT e TG (Smolensky et al., 2017). Por seu turno, Geovanini et al. (2019) verificaram uma relação entre a baixa qualidade de sono e o risco de perfil lípido pobre, especialmente no que concerne os valores de TG. Os resultados do presente trabalho encontram-se de acordo com a literatura, uma vez que os sujeitos com valores de TG acima dos valores recomendados apresentaram mais hipersónia e menos satisfação subjetiva do sono. Por outro lado, os mesmos indivíduos apresentaram menos insónia.

Quando o CT existe em excesso no organismo, permanece alojado nas paredes das artérias (FPC, 2008), aumentando o risco de doenças cardiovasculares. Diversos estudos evidenciaram a relação entre uma pobre qualidade de sono e problemas relacionados com altos níveis de PA (Lo et al., 2018 citado por Lian et al., 2019; Jarrin et al., 2018; Javaheri & Redline, 2017; Thomas & Calhoun, 2017). Uma investigação realizada por Morin et al. (2011) evidenciou uma maior pressão arterial sistólica e diastólica em pacientes com diagnóstico de insónia, enquanto outros estudos não encontraram diferenças na PAS e na PAD entre indivíduos com e sem insónia (Chen et al., 2017; Giahi et al., 2016; Wang et al., 2017). Os resultados obtidos neste trabalho são conducentes com esta literatura, uma vez que os indivíduos que apresentaram mais insónia mostraram valores de PAS e PAD dentro dos valores recomendados, não se verificando uma alteração nos valores da PA na presença de insónia.

No que concerne aos valores de CT, GL, PAD e IMC, a maioria dos participantes da amostra encontra-se dentro dos valores de referência, pelo que se pode afirmar que são saudáveis. Importa referir que esta amostra é não clínica, e que a média de idades é de 36.5 anos, pelo que estes resultados eram esperados, o que é suportado pela informação



da FPC (2008), segundo a qual o risco do desenvolvimento de doenças cardiovasculares associadas a estes marcadores aumenta à medida que a idade avança.

A qualidade do sono é também fundamental para o funcionamento psicológico e físico do indivíduo, independentemente do seu género. Não se verificaram diferenças nas variáveis PAS, PAD, TG e IMC em função do género, resultados similares aos de Shulman et al. (2018), e que poderão estar relacionados com o funcionamento normativo da amostra. Os homens apresentaram piores níveis de satisfação subjetiva do sono e as mulheres piores níveis de insónia e hipersónia, não sendo estas diferenças estatisticamente significativas, resultados corroborados pela literatura. Por seu turno, Smolensky et al. (2017) e Lyu et al. (2019), referem uma tendência do género feminino para apresentar valores de CT, TG e GL mais elevados. No presente estudo, esta tendência não se verifica, uma vez que as mulheres apresentaram valores mais elevados nas variáveis CT e TG, mas valores menores na variável GL. Os sujeitos que apresentaram pior satisfação subjetiva do sono, também demonstraram valores de GL e de IMC acima dos valores recomendados. Na verdade, uma pobre qualidade de sono pode explicar alterações metabólicas, traduzidas em elevados valores de IMC. Os homens apresentaram médias mais elevadas na variável GL, sendo as diferenças entre as médias estatisticamente significativas em função do género. Para Shulman et al. (2018) o género não se mostrou significativo para a GL. Por seu lado, Lian et al. (2019) indicam que a pobre qualidade de sono pode estar na origem de níveis de GL mais elevados e, efetivamente, nesta amostra são os homens que apresentam uma pior satisfação subjetiva do sono, e maiores níveis de GL, o que oferece suporte empírico à relação entre esta medidas biomédica e sono.

Conclusão

A amostra deste estudo tem uma média de idades de 36 anos, e, no que concerne às variáveis biomédicas, encontra-se dentro dos valores de referência, pelo que se pode considerar maioritariamente saudável. Esta característica permite compreender e explicar a ausência de relações fortes entre a qualidade do sono e as variáveis biomédicas.

Devido à escassez de pesquisas com população normativa que aprofundem as interações entre a qualidade do sono e os marcadores biomédicos, esta investigação considera-se pioneira e inovadora.

Os resultados do presente estudo devem ser interpretados tendo em conta um conjunto de limitações: (1) a amostra foi obtida por conveniência, não sendo possível a generalização dos resultados para a população portuguesa; (2) a amostra é saudável e não clínica, sendo os resultados comparados com literatura que incorpora população clínica.

De forma a ultrapassar estas limitações, estudos futuros poderão incorporar (1) amostras de maior dimensão, provenientes de outros tipos de recolha; (3) grupos clínicos e normativos; (4) utilização de um instrumento de avaliação do sono aferido para a população portuguesa; (5) inclusão de outras variáveis sociodemográficas; (6) informação acerca de patologias que possam influenciar as variáveis biomédicas em estudo; e (7) um estudo longitudinal que permita uma melhor compreensão do comportamento das variáveis em estudo. Não existe consenso nos resultados dos estudos



em relação à glicémia em função do género, pelo que se justifica mais investigação. Como continuidade deste estudo, importa validar o Questionário de Sono de Oviedo para a população portuguesa, de modo a permitir interpretar os valores médios obtidos para cada escala do sono.

A maioria da investigação que interceta estas variáveis, compreende populações clínicas, com algum tipo de diagnóstico. Neste sentido, este estudo oferece como contribuição a visão sobre uma amostra normativa, o que pode sugerir resultados mais próximos da realidade. Tanto a qualidade do sono, como as variáveis biomédicas, constituem indicadores de saúde dos indivíduos e, estudar a sua interação e influência, poderá resultar numa melhor compreensão do estado de saúde dos indivíduos. Além disto, a predisposição ou existência de perturbações do sono poderá ser investigada através destes marcadores biomédicos. Deste modo, a investigação desta temática poderá constituir uma mais-valia relativamente à elaboração de programas preventivos que incidam na adoção de comportamentos saudáveis, possibilitando a promoção de uma melhor qualidade de vida, bem como indivíduos mais funcionais, ou numa intervenção promotora da modificação de comportamentos de risco, e consequentemente numa melhoria da saúde física e mental.

Referências

- Buyse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, 28(2), 193-213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Chang, J. H., Huang, P. T., Lin, Y. K., Lin, C. E., Lin, C. M., Shieh, Y. H., & Lin, Y. C. (2015). Association between sleep duration and sleep quality, and metabolic syndrome in Taiwanese police officers. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 28(6), 1011. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.00359>
- Fundação Portuguesa de Cardiologia. (2008). *Tudo o que deve saber sobre colesterol*. Recuperado a 30 de Julho de 2021. <http://www.fpcardiologia.pt/wp-content/uploads/2013/08/Brochura-CRC-Colesterol-N%C2%BA-10-Final.pdf>
- García, J. B., G-Portilla, M. P. G., Martínez, P. A. S., Fernández, M. T. B., Alvarez, C. I., & Domínguez, J. M. F. (2000). Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño. *Psicothema*, 107-112. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7794>
- Geovanini, G. R., Lorenzi-Filho, G., de Paula, L. K., Oliveira, C. M., de Oliveira Alvim, R., Beijamini, F., Negrão, A. B., Schantz, M., Knutson, K. L., Krieger, J. E., & Pereira, A. C. (2019). Poor sleep quality and lipid profile in a rural cohort (The Baependi Heart Study). *Sleep medicine*, 57, 30-35. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2018.12.028>
- Giahi, O., Khoubi, J., & Amiri, M. (2016). The association between insomnia and cardiovascular risk factors in bus drivers in Iran. *Work*, 55(1), <https://doi.org/207-214.10.3233/WOR-162369>



- Hale, L., Troxel, W., & Buysse, D. J. (2020). Sleep health: An opportunity for public health to address health equity. *Annual review of public health, 41*, 81-99. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094412>
- Hirota, T., Morioka, T., Yoda, K., Toi, N., Hayashi, N., Maruo, S., Yamazaki, Y., Kurajoh, M., Motoyama, K., Yamada, S., Shoji, T., Emoto, M., & Inaba, M. (2018). Positive association of plasma leptin with sleep quality in obese type 2 diabetes patients. *Journal of diabetes investigation, 9*(5), 1100-1105. <https://doi.org/10.1111/jdi.12826>
- Jafari, B. (2017). Sleep architecture and blood pressure. *Sleep medicine clinics, 12*(2), 161-166. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2017.02.003>
- Jarrin, D. C., Alvaro, P. K., Bouchard, M. A., Jarrin, S. D., Drake, C. L., & Morin, C. M. (2018). Insomnia and hypertension: a systematic review. *Sleep medicine reviews, 41*, 3-38. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2018.02.003>
- Javaheeri, S., & Redline, S. (2017). Insomnia and risk of cardiovascular disease. *Chest, 152*(2), 435-444. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2017.01.026>
- João, K. A. D. R., Becker, N. B., de Neves Jesus, S., & Martins, R. I. S. (2017). Validation of the portuguese version of the pittsburgh sleep quality index (PSQI-PT). *Psychiatry research, 247*, 225-229. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.042>
- Ko, S. B. (2013). Night shift work, sleep quality, and obesity. *Journal of lifestyle medicine, 3*(2), 110.
- Krističević, T., Štefan, L., & Sporiš, G. (2018). The associations between sleep duration and sleep quality with body-mass index in a large sample of young adults. *International journal of environmental research and public health, 15*(4), 758. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040758>
- Lian, Y., Yuan, Q., Wang, G., & Tang, F. (2019). Association between sleep quality and metabolic syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research, 274*, 66-74. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.096>
- Lou, P., Zhang, P., Zhang, L., Chen, P., Chang, G., Zhang, N., Li, T., & Qiao, C. (2015). Effects of sleep duration and sleep quality on prevalence of type 2 diabetes mellitus: a 5-year follow-up study in China. *Diabetes research and clinical practice, 109*(1), 178-184. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2015.04.012>
- Lyu, B., Hagen, E. W., Finn, L. A., & Peppard, P. E. (2020). Blood pressure dipping and sleep quality in Wisconsin Sleep Cohort. *Journal of hypertension, 38*(3), 448. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002283>
- Medic, G., Wille, M., & Hemels, M. E. (2017). Short-and long-term health consequences of sleep disruption. *Nature and science of sleep, 9*, 151. <https://doi.org/10.2147/NSS.S134864>
- Morin, C. M., Belleville, G., Bélanger, L., & Ivers, H. (2011). The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep, 34*(5), 601-608. <https://doi.org/10.1093/sleep/34.5.601>
- Rossi, G. R. E., Kluthcovsky, A. C. G. C., Schrut, G. C. A., Lima, D. V. G., & de Oliveira, M. G. (2017). Avaliação da qualidade do sono e fatores associados em pacientes diabéticos tipo 2. *O Mundo da Saúde, 41*(03), 350-358. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20174103350358>
- Shulman, R., Cohen, D. L., Grandner, M. A., Gislason, T., Pack, A. I., Kuna, S. T., Townsend, R. R., & Cohen, J. B. (2018). Sleep duration and 24-hour ambulatory blood pressure in adults not on antihypertensive medications. *The Journal of Clinical Hypertension, 20*(12), 1712-1720. <https://doi.org/10.1111/jch.13416>



- Smolensky, M. H., Hermida, R. C., & Portaluppi, F. (2017). Circadian mechanisms of 24-hour blood pressure regulation and patterning. *Sleep medicine reviews*, 33, 4-16. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2016.02.003>
- Suh, M., Barksdale, D. J., & Logan, J. (2013). Relationships among acculturative stress, sleep, and nondipping blood pressure in Korean American women. *Clinical nursing research*, 22(1), 112-129. <https://doi.org/10.1177/1054773812455054>
- Wang, Y. M., Song, M., Wang, R., Shi, L., He, J., Fan, T. T., Chen, W. H., Wang, L., Yu, L.L., Gao, Y. Y., Zhao, X. C., Li, N., Han, Y., Liu, M. Y., Lu, L., & Wang, X. Y. (2017). Insomnia and multimorbidity in the community elderly in China. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 13(4), 591-597. <https://doi.org/10.5664/jcsm.6550>
- Wang, Y., Jiang, T., Wang, X., Zhao, J., Kang, J., Chen, M., Wang, H., Niu, L., Wang, Y., Zhou, Y., Wu, J., Fu, H., Cai, Z., Li, Z., & Chen, J. (2017). Association between insomnia and metabolic syndrome in a Chinese Han population: a cross-sectional study. *Scientific Reports*, 7(1), 1-8. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-11431-6>



CAPITULO 2

Comportamiento adictivo durante la pandemia de COVID-19 en Cuba y Cabo Verde

Areolina Fortes Delgado Durán¹, Justo Reinaldo Fabelo-Roche² & Paulo Vitoria^{1,3}

¹Universidade da Beira Interior, Portugal

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana (UCMH), Cuba

³Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Lisboa, Portugal

Autor correspondiente: Areolina Durán, e-mail: areolinadelgadoduran@gmail.com

Resumen: Introducción: Durante la pandemia, las personas que consumen sustancias psicoactivas o padecen trastornos adictivos han intentado evitar la tensión, el estrés, la incertidumbre e incluso un posible sufrimiento mediante conductas adictivas. Las consecuencias de esta pandemia han sido diversas: depresión, ansiedad, fobias, problemas relacionados con el alcohol, etc. El presente estudio pretende identificar mitos relacionados con el consumo de drogas y otras prácticas adictivas durante la pandemia de COVID-19 en Cuba y Cabo Verde. Método: En Cuba se desarrolló un estudio cualitativo con un diseño narrativo basado en intercambios con 37 usuarios del servicio de orientación CEDRO. En Cabo Verde, se realizó un estudio cuantitativo transversal mediante un cuestionario online para explorar el impacto de la pandemia en el consumo de alcohol. Ambos procesos de investigación se centraron en comprender las experiencias vitales de los participantes. Resultados: Se identificaron circunstancias precipitantes de posibles recaídas y recaídas relacionadas con la exacerbación de mitos que distorsionan los resultados del consumo de sustancias psicoactivas y otras prácticas adictivas en el 51,3% de los participantes. La mayoría de los participantes caboverdianos (88,4%) consideraron que su consumo no aumentó durante la pandemia, sin embargo, afirman que la pandemia aumentó el consumo de alcohol y otras drogas en el país. Hubo similitudes en el uso del alcohol como herramienta de prevención en ambos países. Discusión: Se evidenciaron circunstancias precipitantes de posibles recaídas y recaídas asociadas a mitos que deben ser abordados a través de psicoterapia.

Introduction

Ante situaciones especiales o críticas, se incrementan notablemente las necesidades de orientación psicológica de la población en general (Barrales-Díaz, 2019). Sin embargo, en el caso de los grupos poblacionales vulnerables, ello deviene en una verdadera urgencia sanitaria de gran repercusión en el ámbito psicosocial y de la salud mental. Para



las personas que presentan trastornos relacionados con sustancias o trastornos adictivos resulta un verdadero reto no solo mantener la abstinencia o el consumo controlado, sino evitar que las nuevas contingencias incidan negativamente en la dinámica familiar y comunitaria en que se desenvuelven.

Tales circunstancias pueden provocar alteraciones, antes, durante y después de ocurrido el evento. Según la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (2020), en estos casos la expectación previa puede provocar ansiedad, angustia e incluso incremento del consumo de sustancias o de la práctica de actividades adictivas.

El impacto psicológico de la cuarentena y el incremento del consumo de drogas y otras actividades adictivas, puede tener efectos desbordantes del autocontrol y de la regulación familiar (Brooks et al, 2020). Hay contextos sociales y familiares fortalecidos que pueden soportar situaciones como la descrita, pero hay otros que lamentablemente se afectan pudiendo llegar a desintegrarse definitivamente.

Cuando la situación crítica se extiende mucho tiempo o se suceden falsos retornos a la normalidad seguidos de nuevos impactos o rebrotes, aparecen signos y síntomas inequívocos de fatiga como la apatía, desmotivación y agotamiento mental. Los individuos y comunidades tienden a percibir la situación crítica como un evento vital estresante y una situación amenazante (Lorenzo-Ruiz et al, 2020).

Al regresar a la cotidianidad suele manifestarse una tendencia a la urgencia temporal y a la supuesta recuperación del tiempo perdido. En las personas que consumen sustancias psicoactivas ello se traduce en fumar más cigarrillos, ingerir más alcohol, obtener más placer, degustar alternativas diferentes, etc.

La readaptación psicológica se complejiza más, porque quienes estaban en tratamiento pueden haber recaído y el alejamiento de los espacios de seguimiento y de la adherencia necesaria, implicó cambios inusitados. Precisamente el presente estudio se propone identificar mitos relacionados con el uso indebido de drogas y otras prácticas adictivas durante la pandemia de COVID-19.

Material y Métodos

Se desarrolló un estudio cualitativo con diseño narrativo a partir de intercambios con los participantes orientados a comprender sus experiencias de vida durante la situación excepcional que viven en la actualidad. Los diseños narrativos son de especial utilidad tanto en las Ciencias Sociales y Humanísticas como en las Ciencias de la Salud ya que se proponen entender la sucesión de hechos, situaciones, fenómenos, procesos y eventos donde se involucran pensamientos, sentimientos, emociones e interacciones, a través de las vivencias contadas por quienes los experimentaron (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

El proceso investigativo se desarrolló a partir del análisis de las opiniones de 37 usuarios del servicio de consultoría de CEDRO con los cuales se ha mantenido contacto indirecto por vía telefónica, correo electrónico y redes sociales (fundamentalmente WhatsApp). Las variables sociodemográficas y clínicas fueron obtenidas a partir de la revisión del



modelo de Informe Psicológico que se utiliza en la consultoría, a partir del cual se pudo precisar (edad, sexo, escolaridad, nacionalidad, estado civil y patrón de consumo o trastorno adictivo que padecen). La entrevista se estructuró a partir de reactivos cuyo contenido se dirigió fundamentalmente a precisar como la cuarentena está incidiendo en el bienestar y la salud actual de cada participante y el análisis de documentos se estructuró a partir de la reducción de los contenidos a proposiciones coherentes con los objetivos propuestos, su segmentación en categorías aplicables al fenómeno estudiado y la valoración posterior de su pertinencia para los casos estudiados. Mientras en Cabo Verde se aplicó un cuestionario en línea, elaborado por los autores, con 14 preguntas y una duración aproximadamente de 5-7 minutos, y puesto a disposición del público en general cabo verdiana, durante el mes de noviembre y diciembre de 2021. Fueron seleccionadas 43 personas que respondieron el cuestionario en su totalidad.

Resultados:

El 51,3 % de los usuarios estudiados expresó que el mayor peligro para claudicar ante las tentaciones de consumo de drogas y otras prácticas adictivas durante el aislamiento social, lo constituye la exacerbación de mitos que atribuyen a dichas sustancias y conductas potencialidad de evadir la adversidad, generar disfrute y fortalecer la sociabilidad. En este sentido enfatizaron en el tabaco, el alcohol y la marihuana, por tratarse de sustancias que en la actualidad se consumen con mucha frecuencia en determinados sectores poblacionales, a partir de que son considerados parte de la identidad nacional o están siendo objeto de una campaña internacional para su despenalización en todo el mundo. Por otra parte, también consideraron importante tener en cuenta los mitos asociados a las actividades adictivas, fundamentalmente las referidas a las tecnologías de la información y las comunicaciones ya que su uso, además de poder generar adicciones per se, puede constituirse como facilitador y reforzador del consumo de tabaco, alcohol y marihuana.

En el caso de los mitos específicos asociados al tabaco señalaron algunos cuyos contenidos básicos fueron los siguientes:

“La iniciación en el uso de tabaco durante la cuarentena no determinará necesariamente hacerse adicto a la nicotina”

“El uso de tabaco durante el aislamiento social además de generar paz y relajación, puede ayudarnos a ser maduros y responsables”

“Si el nuevo coronavirus no puede sobrevivir a las altas temperaturas, consumir drogas que se fuman (tabaco y cannabis) pueden contribuir a su control”.

Con relación a los mitos asociados al consumo indebido de alcohol declararon como de mayor repercusión los siguientes:

“El alcohol no es realmente una droga y su consumo ayuda a relajarse y a solucionar problemas que pudieran presentarse durante la cuarentena”.



“Beber vino o cerveza no produce daño, es saludable y recomendable durante este tiempo de distanciamiento social”.

“Si una de las medidas para evitar el contagio es desinfectarse las manos y las superficies que podemos tocar con alcohol, entonces consumirlo puede destruir al virus si ya está instalado en nuestro cuerpo”.

Referidos a la marihuana insistieron en algunos mitos que pudieran incitar al incremento de su uso, entre los que sobresalen:

“El consumo de marihuana es recomendable durante la cuarentena ya que no daña tanto la salud como el tabaco”.

“La marihuana es un producto natural y por tanto su utilización es beneficiosa para la salud de las personas”.

“Durante el aislamiento social las personas que cursan estudios superiores necesitan reforzar su auto preparación y a ello puede ayudarlos el uso de la marihuana porque así se aprende más rápido”.

Por último, identificaron mitos relacionados con la utilización indiscriminada de las llamadas redes sociales y las tecno-adicciones en general, entre los que están:

“Las redes sociales constituyen fuentes confiables de información que aportan con mayor rapidez curas y recursos preventivos muy eficaces”.

“Los juegos on line constituyen actividades recreativas no peligrosas que pueden hacer más aceptable el aislamiento social”.

“Para mantenerse actualizado con relación al avance de este brote es necesario estar al tanto de los rumores que al respecto se generan y seguir el flujo casi constante de noticias sobre el mismo”.

Discusión:

Durante situaciones de emergencias y desastres, intentar evadir el estrés mediante el uso de drogas suele generar nuevos problemas y agravar los que ya existían. Las creencias que las acompañan, algunas veces determinadas por ser consideradas parte de la identidad nacional o ser objeto de campañas mediáticas dirigidas a la legalización y despenalización, han determinado su aceptación incondicional por algunas familias y grupos poblacionales. En ese sentido los participantes se refirieron a la exacerbación de mitos referidos al tabaco, el alcohol y la marihuana. Según la *National Health Commission of China* (2020) se debe tener en cuenta que tanto las personas susceptibles a las adicciones como la población en general son proclives a utilizar métodos de afrontamiento poco saludables como beber alcohol y fumar.

Según la Declaración de la Organización Mundial de la Salud sobre consumo de tabaco y COVID-19, el uso de tabaco generalmente conduce a la adicción porque la nicotina que



es su principal componente actúa en el sistema nervioso y es una de las drogas con mayor poder adictivo (Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 2020). Los individuos hipertensos presentan un curso evolutivo más desfavorable al ser afectados por este virus (Giralt-Herrera, et al., 2020).

Los llamados "nuevos mitos" que aseguran erróneamente el carácter preventivo de determinados usos y prácticas adictivas también incluyen al tabaco. El carácter apócrifo de dichas aseveraciones es incuestionable ya que el sistema respiratorio constituye la diana principal de esta enfermedad. Entre los efectos nocivos de fumar cigarrillos para el organismo se encuentra la reducción significativa de las defensas y la evolución hacia una Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, ambas condiciones consideradas factores de riesgo para la COVID-19.

En el caso del alcohol, si bien es cierto que durante la embriaguez se olvidan los problemas, no se resuelven. El vino y el ron de dudosa calidad, además de alcohol, contienen otras sustancias tóxicas por lo que los daños que ocasionan suelen ser mayores (Fabelo-Roche & Iglesias-Moré, 2018).

Por otra parte, el consumo de alcohol está asociado con efectos negativos para la salud relacionados con el debilitamiento del sistema inmunitario. Además, incrementa la susceptibilidad a la neumonía y la probabilidad de una Infección Respiratoria Aguda, factores de riesgo para la COVID-19. En el contexto cubano, estos mitos se han estado extendiendo sobre todo entre adolescentes y jóvenes que consumen sustancias psicoactivas o presentan trastornos adictivos, los que han estado utilizando la expresión "si al coronavirus lo mata el calor y el alcohol, nos vamos a la playa para fumar cigarrillos y tomar ron sin afectar a nadie".

La marihuana tiene más productos químicos que causan cáncer e igualmente que el tabaco genera dependencia. Cuando quienes la consumen dejan de usarla se producen náuseas, diarrea, insomnio e irritabilidad. Esta sustancia es dañina y su uso prolongado produce el síndrome amotivacional, donde la persona pierde interés por las actividades diarias, sus gustos, valores inclinaciones vocacionales y las relaciones sociales significativas (González-Menéndez, 2017). Según Pascual-Pastor et al. (2020) su uso genera dificultades para el aprendizaje produciendo problemas de concentración y memoria.

En cuanto a la utilización indiscriminada de las tecnologías de la información y las comunicaciones (Caro-Mantilla, 2017) y a la sobre información y abuso de las redes sociales, la OMS ha advertido que contribuye a elevar la ansiedad y sentimientos de malestar (Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 2020). Quienes acceden acríticamente a las redes sociales o presentan adicciones tecnológicas, están expuestos a sobreusos que pueden afectar su salud. La tendencia a estar constantemente buscando información sobre la COVID-19, la participación compulsiva en grupos de WhatsApp para intercambiar supuestas novedades y la práctica excesiva de videojuegos, son fenómenos que en nada ayudan al afrontamiento constructivo de la situación que se vive en la actualidad.

Al respecto, la infodemia (Adhanom-Ghebreyesus & Ng, 2020) ha sido considerada como una pandemia paralela a la COVID-19. Se trata de información diversa proveniente de múltiples fuentes por lo general poco confiables. Ello es capaz de generar estrés cuyo



afrontamiento pudiera asociarse a conductas adictivas (Alonso-Galbán & Alemañy-Castilla, 2020).

Por otra parte, han surgido nuevos términos en la jerga juvenil que denotan una actitud favorecedora a las tentaciones adictivas: un “video-trago” de alcohol con los amigos y hacer el sexo “on line” promoviendo el “sexting” cómo práctica compulsiva. Un verdadero riesgo para este sector poblacional lo constituye la práctica de los juegos con consumo de alcohol que son lanzados a través de las redes sociales o juegos online como es el caso del conocido como “Neknomination” o “Neknominate”. Este juego consiste en ingerir una gran cantidad de alcohol, tomar un video, subirlo a las redes y retar amigos u otras personas a superar “la hazaña” (García-González, 2019).

Conclusiones:

En alrededor de la mitad de los sujetos cubanos estudiados se pusieron de manifiesto circunstancias precipitantes de posibles retrocesos y recaídas asociadas fundamentalmente a mitos relacionados con la exacerbación de mitos relativos al uso indebido de drogas y actividades adictivas. En los restantes sujetos evaluados prevalecieron fortalezas para el autocontrol que les permitieron afrontar constructivamente las tentaciones adictivas. La mayoría de los participantes de Cabo Verde consideran que la pandemia incrementó el consumo de alcohol y otras drogas. En ambos países se apreciaron similitudes en cuanto al uso de alcohol como recurso evasivo. A partir de ello se elaboraron sugerencias para el afrontamiento psicológico a la COVID-19 por personas que consumen sustancias psicoactivas.

Referencias Bibliográficas

- Adhanom-Ghebreyesus, T., & Ng, A. (2020). La desinformación frente a la medicina: hagamos frente a la «infodemia» Organización Mundial de la Salud. [fecha de Consulta 9 de Mayo de 2023] Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/coronavirus-infodemic>
- Alonso-Galbán, P., & Alemañy-Castilla, C. (2020). Curbing misinformation and disinformation in the COVID-19 era: a view from Cuba. *MEDICC Rev* 22(2):45–6. [fecha de Consulta 9 de Mayo de 2023] Recuperado de: <http://medicreview.org/curbing-misinformation-and-disinformation-in-the-covid-19-era-a-view-from-cuba>
- Barrales-Díaz, C., (2019). Atención psicológica en situaciones de emergencias y desastres. *Horizonte Sanitario*, 18(1),005-006. [fecha de Consulta 9 de mayo de 2023]. ISSN: 1665-3262. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457868620001>
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395:912–20 [fecha de Consulta 9 de Mayo de 2023] Recuperado de: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30460-8/fulltext)



- Caro-Mantilla, María. (2017). Adicciones tecnológicas: ¿Enfermedad o conducta adaptativa? *MediSur*, 15(2), 251-260. Recuperado en 09 de mayo de 2023, de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000200014&lng=es&tlng=es.
- Fabelo-Roche, JR., & Iglesias-Moré, S. (2018). Prevención y atención de los trastornos adictivos. La Habana: ECIMED.
- García-González, Y. (2019). Intoxicación etílica. La verdad oculta tras el Nekomination. *Bol. Trastor. adict.* 4(2):1–3. [fecha de Consulta 9 de Mayo de 2023] Recuperado de: <https://instituciones.sld.cu/cedro/files/2020/06/Boletin-2-2019.pdf>
- Giralt-Herrera, A., Rojas-Velázquez, J.M., & Leiva-Enríquez, J. (2020). Relación entre COVID-19 e Hipertensión Arterial. *Medicine* [fecha de Consulta 9 de Mayo de 2023] Recuperado de: <https://www.semanticscholar.org/paper/Relaci%C3%B3n-entre-COVID-19-e-Hipertensi%C3%B3n-Arterial-Giralt-Herrera-Rojas-Vel%C3%A1zquez/e38fcab01720c66d4a9bee4c25ac4bb50bcca42f>
- González-Menéndez, R. (2017). Marihuana: beneficios vs grandes riesgos. Reflexiones sobre las tendencias legalizadoras. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 0. [fecha de Consulta 9 de Mayo de 2023] Recuperado de: <https://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/341>
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta, Ciudad de México, México: Editorial Mc Graw Hill Education, Año de edición: 2018, ISBN: 978-1-4562-6096-5, 714 p. [fecha de Consulta 9 de Mayo de 2023] Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/1Fjufmi0oGY4Zs8EajFiAJYNT2qoeCH4k/view?usp=sharing>
- Lorenzo-Ruiz, A., Díaz, K., & Zaldívar, D. (2020). La psicología como ciencia y profesión en el afrontamiento del COVID-19. *Revista Caribeña de Psicología*, 4(2), 153-165. [fecha de Consulta 9 de Mayo de 2023] Recuperado de: <https://www.uv.mx/rmipe/files/2020/11/La-Psicologia-como-Ciencia-y-Profesion-en-el-Afrontamiento.pdf>
- National Health Commission of China*. (2020). Principles of the emergency psychological crisis interventions for the new coronavirus pneumonia [fecha de Consulta 9 de Mayo de 2023] Recuperado de: <http://www.nhc.gov.cn/jkj/s3577/202001/6adc08b966594253b2b791be5c3b9467>
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, (2020). Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19. [fecha de Consulta 9 de Mayo de 2023] Recuperado de: <http://www.paho.org/smeps-coronavirus-es-final-17-mar-20>
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, (2020). Declaración de la OMS sobre consumo de tabaco y COVID-19 [fecha de Consulta 9 de Mayo de 2023] Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/11-05-2020-who-statement-tobacco-use-and-covid-19>
- Pascual-Pastor, F., Isorna-Folgar, M., Carvalho, N., Carvalho, F., Arias-Horcajadas, F. (2020). Cannabis terapéutico y COVID-19: entre el oportunismo y la infoxicación. *Adicciones*, 32(3):167-172. [fecha de Consulta 9 de Mayo de 2023] Recuperado de: <file:///C:/Users/FabeloPC/AppData/Local/Temp/1603-4535-2-PB.pdf>



CAPITULO 3

HAPA model applied to weight management in middle-aged Portuguese women

Mafalda Leitão¹, Patrícia Capelas², Faustino R. Pérez López³, Filipa Pimenta¹
& João Marôco^{1,4}

¹ William James Center for Research, Ispa - Instituto Universitário, Portugal

² Ispa – Instituto Universitário, Lisbon, Portugal

³ Aragón Health Research Institute, University of Zaragoza, Spain

⁴ FLU Pedagogy, Nord University, Norway

Author correspondence: Mafalda Leitão, e-mail: mleitao@ispa.pt

Abstract: Introduction: Obesity is more prevalent among middle-aged women, who face an elevated risk of developing certain diseases. Effective weight management (e.g., increased physical activity and healthy eating) is essential to counteract this trend. The Health Action Process Approach (HAPA) is a behavioral change framework that comprises a motivation phase and a volitional phase. This study entails (1) to adapt a questionnaire based on the HAPA model, specifically tailored for weight management, and (2) to evaluate its psychometric properties. Method: A total of 1970 middle-aged women (M=52.21, SD=5.10) completed a sociodemographic questionnaire, and the HAPA questionnaire, consisting of 42 items and 9 dimensions: action self-efficacy, outcome expectancies, risk perception, intention, maintenance self-efficacy, action planning, coping planning, recovery self-efficacy, and action control. Descriptive analyses and confirmatory factor analyses (CFA) were conducted using R-Lavaan. Results: The CFA results showed a good model fit (CFI=.993; TLI=.992; RMSEA=.061, P (RMSEA ≤ 0.05) < 0.001, 90% CI: 0.060; 0.63, SRMR=.052). The instrument demonstrated good validity and reliability (cronbach's alfa: 0.67 < α < 0.99; average variance extracted: 0.51 < VEM < 0.98; composite reliability: 0.81 < ω < 0.97). Discussion: The validity and reliability of this instrument have been demonstrated in assessing the mechanisms of behavioral change related to weight management in middle-aged women. It can be a useful tool in weight loss interventions by identifying the specific mechanisms that need to be addressed.

Key-Words: Weight management, Middle-age women, Health Action Process Approach, Behaviour change, Obesity.



Introduction

Obesity remains a significant issue among women, with a prevalence of 15% in 2016 (compared to 11% among males; World Health Organization, 2016). The highest occurrence of obesity in women is observed between the ages of 60-64, making the middle-aged women (45-65 years) a risk group (Global Burden of Disease [GBD] et al., 2017). Additionally, most middle-aged women increase weight during the menopausal transition (Leitão et al., 2023), being difficult to lose weight at this stage of life (Pimenta et al., 2012). Moreover, middle-aged women face a high risk of developing some diseases (e.g., cardiovascular disease, diabetes, and cancer; GBD et al., 2017). Given that this weight gain can be related to risk behaviours, healthy weight management (such as an increase in physical activity or healthy eating) is critical to counteract this trend (Leitão et al., 2023; Schwarzer, 2016). By incorporating these health management behaviours during middle-aged, women can also promote healthier aging (Kelly et al., 2016). Nevertheless, research has indicated that weight management is a complex process, mainly due to the difficulty in facing changes (Chiu et al., 2020).

The Health Action Process Approach (HAPA) is a theoretical framework used to explain, predict, and modify the adoption and maintenance of health-related behaviours (Schwarzer, 2016). This model entails a motivation phase (which encompasses constructs such as risk perception, outcome expectancies, action self-efficacy, and intention constructs) and a volition phase (which includes constructs like maintenance self-efficacy, recovery self-efficacy, action planning, coping planning, and self-monitoring [action control]; Schwarzer, 2016). The HAPA has been used to assess several behaviours associated with health (e.g., fruit and vegetable intake; Godinho et al., 2014); however, no measurement (applying this model) has been used before to assess weight management in a Portuguese sample. This is crucial to better understand what the mechanisms of action are associated with engagement in healthy behaviours (specifically, healthy weight management; Kelly et al., 2016).

Thus, this study aims to accomplish two objectives: (1) to adapt a questionnaire based on the HAPA model, for assessing weight management (based on the instrument developed by Godinho and colleagues [2014] which was originally designed to assess fruit and vegetable intake in a Portuguese sample), and (2) to evaluate its psychometric properties.

Methods

Participants

A total of 1,970 middle-aged Portuguese women participated in an online survey. Eligibility criteria were: (1) sex (women), (2) nationality (Portuguese), (3) age (45-65 years), (4) literacy skills, and (5) internet access.

Materials

Sociodemographic Questionnaire. A sociodemographic questionnaire was applied to compile self-reported information about demographic factors (e.g., professional status), health-related information (e.g., recent disease), lifestyle factors (e.g., physical



activity/exercise practice), and weight status (through Body Mass Index [BMI] estimation [weight (kg)/height²]).

The HAPA Questionnaire (adapted to weight management). All HAPA items were developed and all HAPA constructs were measured based on Godinho and collaborators' study (Godinho et al., 2014), but tailored to weight management. In the instructions provided to the participants, the term “weight management” was consistently followed by two examples: healthy eating and engaging in physical activity. The adapted HAPA questionnaire for weight management comprised a total of 42 items, representing the nine constructs of the model, namely:

1. *Risk perception*: 4 items (e.g., “Compared to people of the same sex, age, weight, and height, your probability of one day having a disease [e.g., cancer, diabetes, cardiovascular disease] is...”).
2. *Outcome expectancies*: 7 items (e.g., “If I adopt strategies [e.g., eating healthy, engaging in physical activity] to manage my weight, I will improve my health”).
3. *Action self-efficacy*: 7 items (e.g., “I believe I can do something to manage my weight, even if it requires changing my habits”).
4. *Intention*: 3 items (e.g., “In the coming week, I intend to implement weight management strategies [e.g., eating healthy, engaging in physical activity]”).
5. *Maintenance self-efficacy*: 4 items (e.g., “I believe that I can maintain my weight management strategies, even if I have to start over and over again until I succeed”).
6. *Recovery self-efficacy*: 3 items (e.g., “I believe that even I have not been implementing weight management strategies for a few days, I can resume them successfully”).
7. *Action planning*: 5 items (e.g., “I already have concrete plans about where I will implement the strategies, I will use to manage my weight [e.g., at home, at work, when I eat out]”).
8. *Coping planning*: 5 items (e.g., “I have already made specific plans on how to handle challenging situations and maintain my weight management strategies”).
9. *Action control*: 4 items (e.g., “I am always aware of my intention to adopt weight management strategies”).

This questionnaire was answered on a 5-point rating scale, ranging from 1 (totally disagree/ extremely unlike/ much below average/ nothing serious) to 5 (totally agree/ extremely likely/ much above average/ very serious), based on the dimensions being assessed. Previous research has provided evidence supporting the validity and reliability of most of the HAPA constructs (Godinho et al., 2014).

Procedure



This study is part of the project ME-WEL: Menopause and WEight Loss, which has received approval from the Ethics Committee of Ispa–Instituto Universitário (reference D/024/01/2020). The study strictly adheres to the ethical standards of the American Psychological Association (2003) and the Portuguese Psychologist Association (2011).

The team contacted the principal author of the Portuguese HAPA study (Godinho et al., 2014) and obtained the questionnaire. Each item in the questionnaire was then carefully adapted to focus on weight management, replacing the original context of fruit and vegetable intake. Furthermore, the adapted items and response scales were thoroughly reviewed by three experts within the research team to ensure their accuracy and relevance.

The non-probabilistic sample was recruited from May to December 2020 through online dissemination on social media and by contacting various health-related institutions such as medical centers. The questionnaire was created using Google Forms, and responses were collected online. Participants were provided with informed consent and the contact information of the principal investigator.

Data Analysis

Statistical analyses were performed using IBM SPSS Statistics software (v. 28) and R-Lavaan (Rosseel, 2012), through RStudio (RStudio Team, 2020), using the semTools package (Jorgensen et al., 2019). Descriptive statistics (means [M], standard deviations [SD], and medians [Me]) were computed, and the items' sensibility was assessed through skewness (Sk) and kurtosis (Ku). Values of Sk and Ku higher than 3 and 7, respectively, indicated severe deviations from a normal distribution (Marôco, 2021).

The Lavaan package (Rosseel, 2012) was used to perform a confirmatory factor analysis (CFA) using the diagonally weighted least squares (DWLS) estimation method. The measurement model's goodness of fit was assessed using several indices, including the comparative fit index (CFI), Tucker-Lewis index (TLI), root mean square error of approximation (RMSEA), and standardized root mean square residual (SRMR). Acceptable to good fit values were determined as CFI and TLI > 0.9, RMSEA < 0.08 (with a confidence interval upper limit of 90% and lower limit of 0.05), and SRMR < 0.5 (Marôco, 2021). Convergent validity was assessed by the Average Variance Extracted (AVE), which must be ≥ 0.5 (Marôco, 2021). Internal consistency (Cronbach's alphas) and composite reliability (assessed by McDonald's omega) were calculated for each dimension. Values ≥ 0.7 were considered acceptable (Marôco, 2021). Discriminant validity was analysed by comparing the inter-factor squared correlations with the AVE of factors. The AVE should be greater than the square correlation between factors to confirm the discriminant validity between factors (Marôco, 2021).

Results

Participants

On average, participants were 52.21 years old (SD=5.10). Most participants were in a relationship (n=1354; 68.7%), had children (n=1710; 86.8%), and were professionally active (n=1590; 80.7%). Most had no recent diseases (n=1584; 80.4%) or psychological

problems (n=1624; 82.4%). The average BMI of the participants was 26.5 kg (SD=4.76), and most women were overweight (n=686; 34.8%) or obese (n=436; 22.1%). Approximately 50% of the participants (n=991) reported actively engaging in weight loss efforts, and 66.3% practicing physical activity/exercise (n=1307).

Items’ distributional properties

All items presented acceptable Sk (-1.82<Sk<-0.21) and Ku (-0.63<Ku<4.83) values. The average items’ score (min.: 1; max.: 5) for the HAPA questionnaire ranged from 2.87 (SD=0.82) for item 3 (“Compared to people of the same sex, age, weight, and height, your probability of one day having a disease [e.g., cancer, diabetes, cardiovascular disease] is...”) to 4.46 (SD=0.74) for item 15 (“If I adopt strategies [e.g., eating healthy, engaging in physical activity] to manage my weight, I will improve my health”), and 3.00 <Me< 5.00.

Construct validity: Confirmatory factor analysis, convergent and discriminant validities

The model showed a good fit (CFI=.993; TLI=.992; RMSEA=.061, P (RMSEA≤ 0.05) < 0.001, 90% CI: 0.060; 0.63;.001; SRMR=.052).

Most of the items exhibited standardized factor loadings higher than 0.5, except item 3 (“Compared to people of the same sex, age, weight, and height, your probability of one day having a disease [e.g., cancer, diabetes, cardiovascular disease] is...”) and item 4 (“In your opinion, how severe is having obesity in middle-aged”?; $\lambda = 0.422$; $\lambda = 0.368$, respectively), both regarding risk perception construct. Despite this, these items were not excluded because they are theoretically relevant and did not compromise the overall fit of the model. All dimensions showed good convergent validity, ranging from 0.51 (Risk perception) to 0.98 (Recovery self-efficacy; Table 1). Furthermore, the dimensions showed discriminant validity in all 36 paired-factors possible comparisons.

Reliability: internal consistency and composite reliability

Most dimensions revealed good reliability ($0.67 \leq$ Cronbach’s alpha [α] ≤ 0.99 and $0.81 \leq$ McDonald’s omega [ω] ≤ 0.97 ; Table 1).

Table 1 - The average variance extracted and reliability analysis of HAPA

	Action self-efficacy	Outcome expectancies	Risk perception	Intention	Maintenance self-efficacy	Action planning	Coping planning	Recovery self-efficacy	Action control
α	.95	.96	.67	.97	.93	.96	.97	.99	.95
ω	.93	.94	.81	.95	.90	.94	.95	.97	.93
AVE	.75	.81	.51	.92	.78	.84	.86	.98	.84

Notes. α =Cronbach’s alphas; ω =McDonalds’ Omega; AVE= Average Variance Extracted.



Discussion

In middle-age, women face specific clinical phenomena that can have an impact on their health (e.g., menopause and weight gain). However, most women are not adequately prepared to cope with these changes, and managing their weight becomes challenging (Chiu et al., 2020; Marlatt et al., 2022). Despite efforts made by women to lose weight, as indicated by the results of this study and previous research (Chiu et al., 2020; Leitão et al., 2023), the prevalence of overweight and obesity remains alarmingly high (GBD et al., 2015; WHO, 2016). Nonetheless, recent research also indicates that many of these women frequently fail to implement effective weight management strategies (e.g., stimulus control; Leitão et al., 2023). Additionally, studies highlight a lack of knowledge among women regarding successful weight management, despite other barriers (e.g., lack of time; Kelly et al., 2016).

It is known that health behaviour change is related to modifications in self-regulatory skills and self-beliefs (Schwarzer, 2016). Interventions in middle-aged can be successful in changing behaviours, however, few interventions focus on the mechanisms underlying behavioural change (e.g., adherence to health-related behaviours; Kelly et al., 2016). Furthermore, all HAPA dimensions must operate together because none of them itself is solely responsible for driving behaviour change (Schwarzer, 2016). Therefore, the present study aimed to present an instrument specifically tailored to weight management, which would assess the psychological determinants (e.g., action self-efficacy) underlying the behavioural change, and its psychometric properties. The results suggest that the construct validity and reliability of the HAPA instrument adapted to weight management were good. All Cronbach's alpha values were higher than in the Godinho and colleagues' study ($0.79 \leq \alpha \leq 0.95$), and the confirmatory factor analysis presented a good fit for this sample, as in the original study (Godinho et al., 2014). Improving the model fit (through modification indices - Lagrange Multipliers) was unnecessary. Although there were two items with low factor weights (items 3 and 4), they were not excluded due to their theoretical relevance (e.g., item 4 assessed the perceived severity of obesity.) Lastly, all the dimensions showed discriminant validity, which confirms that the constructs in the HAPA questionnaire are distinct and distinguishable from each other.

The final questionnaire, consisting of nine dimensions and 42 items, serves as a valid and reliable tool specifically adapted to weight management. Its comprehensive assessment of various psychological mechanisms makes it valuable in both clinical and research settings, particularly in interventions focused on promoting weight loss, as it assesses the different mechanisms that need to be intervened to prompt adherence and maintenance of healthy behaviours. This can be particularly relevant in middle-aged, where most women want (and need) to manage their weight (GBD et al., 2015; Leitão et al., 2023).

Funding: This research was funded by a research grant from the FCT – Portuguese Foundation for Science and Technology (grant SFRH/BD/144525/2019). William James Center for Research, Ispa – Instituto Universitário was funded by FCT (grant UID/04810/2020).

References

- Chiu, H. H., Wu, S. F., & Wang, P. H. (2020). The experience of menopausal women participating in weight management program: A pilot study. *Taiwanese journal of obstetrics & gynecology*, 59(5), 686–690. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2020.07.011>
- Global Burden of Disease 2015 Obesity Collaborators, Afshin, A., Forouzanfar, M. H., Reitsma, M. B., Sur, P., Estep, K., Lee, A., Marczak, L., Mokdad, A. H., Moradi-Lakeh, M., Naghavi, M., Salama, J. S., Vos, T., Abate, K. H., Abbafati, C., Ahmed, ... Murray, C. J. L. (2017). Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *The New England journal of medicine*, 377(1), 13–27. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1614362>
- Godinho, C. A., Alvarez, M.J., Lima, L., & Schwarzer, R. (2014). Will is not enough: Coping planning and action control as predictors of fruit and vegetable intake. *British Journal of Health Psychology*, 19, 856–870. doi: 10.1111/bjhp.12084
- Jorgensen, T. D., Pornprasertmanit, S., Schoemann, A. M., & Rosseel, Y. (2019). *semTools: Useful tools for structural equation modeling (R package version 0.5-1.933)* [Computer software]. Available online at: <https://cran.r-project.org/package=semTools> (accessed April 2, 2023).
- Kelly, S., Martin, S., Kuhn, I., Cowan, A., Brayne, C., & Lafortune, L. (2016). Barriers and Facilitators to the Uptake and Maintenance of Healthy Behaviours by People at Mid-Life: A Rapid Systematic Review. *PloS one*, 11(1), e0145074. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145074>
- Leitão, M., Hartmann-Boyce, J., Pérez-López, F. R., Marôco, J., & Pimenta, F. (2023). Weight management strategies in Middle-Aged Women (MAW): Development and validation of a questionnaire based on the Oxford Food and Activity Behaviors Taxonomy (OxFAB-MAW) in a Portuguese sample. *Frontiers in Psychology*, 13, 1069775. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1069775>
- Marlatt, K., Kracht, C. L., Romain, J. S., Hardee, J. C., Santoro, N., Redman, L. M., & Marlatt, K. L. (2022). 279 “It just seems like people are talking about menopause, but nobody has a solution”: A qualitative exploration of menopause experiences and preferences for weight management among Black women. *Journal of Clinical and Translational Science*, 6(Suppl. 1), 48. <https://doi.org/10.1017/cts.2022.152>
- Marôco, J. (2021). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações*, 3rd Ed. Pêro Pinheiro: Report Number.
- Pimenta, F., Leal, I., Marôco, J., & Ramos, C. (2012). Brief cognitive-behavioral therapy for weight loss in midlife women: a controlled study with follow-up. *International Journal of Women’s Health*, 559. <https://doi.org/10.2147/ijwh.s35246>
- RStudio Team. (2020). *RStudio: Integrated development for R* [Computer software]. Available online at: <http://www.rstudio.com/> (accessed April 23, 2023).
- Rosseel Y. (2012). *Lavaan: An R package for structural equation modeling*. *Journal of Statistical Software*, 48, 1–36. <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>
- Schwarzer, R. (2016). Health Action Process Approach (HAPA) as a Theoretical Framework to Understand Behavior Change. *Actualidades en Psicología*, 30(121), 119–130. <https://doi.org/10.15517/ap.v30i121.23458>
- World Health Organization. (2016). “Obesity and overweight.” Available online at: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#In_2016_39%_of_adults_tripled_between_1975_and_2016 (accessed April 28, 2023).



CAPITULO 4

Explorando Variáveis Explicativas da Qualidade de Vida em Doentes com Neurodegeneração

Teresa Carvalho^{1,2}, Carolina da Motta^{3,2}, Carolina Gomes¹, Jéssica Pinto⁴

¹Instituto Superior Miguel Torga, Portugal

²Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC), Universidade de Coimbra, Portugal.

³Universidade Lusófona, HEI-Lab: Laboratórios Digitais de Ambientes e Interações Humanas, Portugal

⁴Universidade Lusófona, Portugal.

Autora correspondente: Carolina da Mota, e-mail: carolina.d.motta@ulusofona.pt

Resumo: Introdução: Doenças com condições neurodegenerativas (CND) associadas são crónicas, potencialmente incapacitantes e podem comprometer a saúde mental e a qualidade de vida (QoL) psicológica dos doentes. Porém, são escassos os estudos que analisam variáveis explicativas da QoL psicológica em pacientes com condições neurodegenerativas (PcCND). Este estudo explora se a incapacidade geral, fadiga e dor neuropática –condições clínicas típicas nas CND – e a sintomatologia depressiva explicam a QoL psicológica. Método: Neste estudo transversal, participaram 93 PcCND, sem outras doenças neurológicas e sem declínio cognitivo. Foram administrados os seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico e clínico, 6-Item Cognitive Impairment Test, World Health Organization (WHO) Disability Assessment Schedule, Escalas Analógicas Visuais do Pain Detect Questionnaire e da Fadiga, Subscala de Depressão do DASS-21, WHO Quality of Life Assessment–Bref. Resultados: Todas as potenciais variáveis explicativas da QoL psicológica correlacionaram-se com esta última variável e predisseram-na em modelos de regressão linear simples, tendo integrado os modelos de regressão linear múltipla. O modelo multivariado explicou 49% da variância da QoL psicológica e identificou como covariável significativa apenas a sintomatologia depressiva. Discussão: Os dados sugerem a relevância de intervenções clínicas destinadas a PcCND considerarem o efeito da depressão na saúde mental e na QoL psicológica daqueles doentes.

Introdução

As doenças com condições neurodegenerativas associadas, são crónicas, debilitantes e irreversíveis, podem afetar pessoas na totalidade das faixas etárias (Dugger & Dickson, 2017) e apresentam uma elevada e crescente prevalência (European Parliament, 2010;

World Health Organization, 2012). A neurodegeneração pode ter efeitos avassaladores no funcionamento físico e mental (Cannon & Greenamyre, 2011). Dor neuropática, fadiga e incapacidade são condições comumente associadas à neurodegeneração (de Tommaso et al., 2016; Morris et al., 2015; Ruffini, et al., 2020) e esta última afeta a qualidade de vida (QoL; Batista & Pereira, 2016). As doenças com condições neurodegenerativas tende a coocorrer com a depressão (e.g., Ferentinos et al., 2011; Réus et al., 2016). A depressão, por sua vez, possui um impacto negativo na saúde mental e na QoL dos doentes, bem como no curso das doenças com condições neurodegenerativas (CND) associadas (Soh et al., 2011; Teng et al., 2005; Whiteford et al., 2013). Embora a literatura sugira que as condições neurodegenerativas prejudicam a QoL dos doentes, é insuficiente o conhecimento sobre o efeito conjunto de variáveis com natureza distinta, explicativas desse prejuízo. Assim, este estudo pretendeu explorar se condições clínicas frequentemente presentes nas referidas doenças, nomeadamente, incapacidade geral, dor neuropática e fadiga, conjuntamente com a sintomatologia depressiva, predizem a QoL psicológica em pacientes com condições neurodegenerativas (PcCND).

Método

Participantes

Este estudo incluiu 93 PcCND, sem outras doenças neurológicas e sem um screening positivo de declínio cognitivo. A tabela 1 apresenta as características da amostra.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas da amostra (N = 93)

Variável		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Md</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
Idade (anos)*		56.7	14.4	57	26	81
Escolaridade (anos)		12.6	4.4	12	4	22
Idade do diagnóstico (anos)		48.4	16.7	51	14	76
Tempo de diagnóstico (anos)		7.3	7.4	5	0	42
		<i>n</i>		<i>%</i>		
Sexo:	Masculino	41		44.1		
	Feminino	52		55.9		
Estado civil:	Solteiro (a)	18		19.4		
	Casado (a)/união de facto	52		55.9		
	Divorciado (a)	16		17.2		
	Viúvo (a)	7		7.5		
Diagnóstico	EM	27		29		
	Parkinson	36		38.7		
	ELA	30		32.3		

Nota. *M* = média; *DP*= desvio padrão; *Md* = mediana; *Mín* =mínimo; *Máx*= máximo. EM = Esclerose Múltipla, ELA = Esclerose lateral amiotrófica *A idade de 4 participantes com dados omissos foi substituída pela média.

Medidas

Utilizaram-se os instrumentos de autorresposta seguidamente descritos.



- *Questionário Sociodemográfico e Clínico para Doentes com Condições Neurodegenerativas* (Carvalho, 2018). Este questionário permite recolher dados sociodemográficos e clínicos relativos às condições neurodegenerativas.
- *Six Item Cognitive Impairment Test* (6CIT; Brooke & Bullock, 1999; versão portuguesa de Apóstolo et al., 2017). O 6CIT permitem efetuar um screening do declínio cognitivo ligeiro. Neste estudo, pontuações ≥ 8 pontos indicaram a presença de referido declínio.
- *World Health Organization Disability Assessment Schedule de 12 itens* (WHODAS-12; Kutlay et al., 2011; versão Portuguesa de Silva et al., 2013, Moreira et. al., 2015). O WHODAS-12 permite medir a incapacidade geral em relação às condições de saúde, percecionadas nos últimos 30 dias, em 6 domínios: cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividades de vida e participação. Na amostra deste estudo, a escala exibiu um $\alpha = .86$.
- *Escala Visual Analógica da Fadiga* (EVAF; Carvalho, 2018). Os seus três itens independentes, com um formato visual analógico, avaliam a perceção subjetiva da intensidade da fadiga, numa escala de resposta de 11 pontos (0 = Ausência de fadiga; 10 = Máximo de fadiga). Foi utilizado o item relativo à intensidade média da fadiga nas últimas 4 semanas.
- *Escala Visual Analógica do Pain Detect Questionnaire* (PD-Q; Freynhagen et al., 2006; versão Portuguesa de Mapi Research Institute, 2007). Das três escalas visuais analógicas independente do PD-Q, com 11 opções de resposta (0 = Ausência de dor; 10 = Máximo de dor), utilizou-se nesse estudo aquela que mede a média da intensidade subjetiva da dor nas últimas 4 semanas.
- *Subescala de Depressão da Depression, Anxiety and Stress Scales-21* (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; versão Portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2004). Avalia a presença de sintomas de depressão, presentes na última semana. Obteve um $\alpha = .90$ na amostra deste estudo.
- *Subescala de Qualidade de Vida Psicológica da World Health Organization Brief Quality of Life Assessment Scale* (WHOQOL-BREF; WHOQOL Group, 1998; versão Portuguesa de Canavarro, et. al., 2006). Mede a QoL no domínio da saúde psicológica e revelou neste estudo um $\alpha = .81$.

Procedimentos

Este estudo insere-se no projeto de investigação “Trajetórias de Saúde Mental em PcND”. As Sociedades Portuguesas de Esclerose Múltipla e de Esclerose Lateral Amiotrófica e a Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson colaboraram no recrutamento dos participantes. Estes foram informados sobre os objetivos da investigação e respetiva pertinência clínica, sobre o caráter voluntário da participação e sobre a confidencialidade dos dados recolhidos. O protocolo de avaliação foi administrado nas modalidades presenciais e online na presença de um investigador, a fim de minimizar os efeitos da fadiga e de eventuais incapacidades na resposta ao protocolo.

Procedimentos Analíticos

Na análise dos dados empregou-se o software IBM® SPSS® Statistics versão 28. Valores de assimetria ($Sk < |3|$) e curtose ($Ku < |10|$) indicaram a inexistência de desvios severos à distribuição normal das variáveis (Kline, 2011). Foram garantidos os pressupostos dos testes estatísticos. Nos modelos de regressão linear simples (RLS) e/ou múltipla (RLM),

a distribuição normal e a homogeneidade dos resíduos foram verificadas através dos normal probability plot e dos gráficos dos resíduos. Os testes de Kolmogorov–Smirnov e de Durbin-Watson confirmaram, respetivamente, a normalidade da distribuição dos resíduos e a sua independência. A ausência de multicolinearidade na RLM foi garantida através de valores de correlações entre as covariáveis de $r < .70$, da Variance Inflation Factor (VIF) ≤ 5 , e de valores de tolerância próximos de 1 (Marôco, 2018). Os outliers com influência nos resultados foram eliminados da amostra com base na análise das estatísticas dos resíduos (student deleted residual e respectivos p -value $\leq .05$ dos studentized deleted residuals; Marôco, 2018).

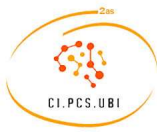
Resultados

A QoL apresentou correlações produto-momento de Pearson negativas e estatisticamente significativas ($p < .001$) com a incapacidade geral ($r = -.41$), fadiga ($r = -.37$), dor neuropática ($r = -.29$) e sintomatologia depressiva ($r = -.66$). A idade ($r = .01$), anos de escolaridade ($r = .15$) e a duração das condições neurodegenerativas ($r = .09$) não se correlacionaram ($p > .05$) com a QoL psicológica.

Os modelos de RLS compostos pelas variáveis que se correlacionaram com a QoL psicológica revelaram que a variância desta última variável foi significativamente explicada pelas primeiras, nomeadamente, a dor neuropática explicou 7% da variância da QoL psicológica ($\beta = -.29$; $p = .006$), a incapacidade geral explicou 16% da variância da QoL psicológica ($\beta = -.41$; $p < .001$), a fadiga explicou 13% da variância da QoL psicológica ($\beta = -.37$; $p < .001$) e a sintomatologia depressiva explicou 43% da variância da QoL psicológica ($\beta = -.66$; $p < .001$). Assim, estas covariáveis foram incluídas nos modelos de RLM em blocos de acordo com a sua natureza – 1º bloco: incapacidade geral, fadiga e dor neuropática (condições frequentes na neurodegeneração); 2º bloco: sintomatologia depressiva. Após a exclusão de três outliers, o modelo RLM explicou 49% da variância total da QoL psicológica. A sintomatologia depressiva, com um valor negativo de beta, foi a única covariável que explicou significativamente a QoL psicológica (Tabela 2). Conforme a Tabela 2, os sintomas depressivos retiraram significância estatística à incapacidade geral e à fadiga.

Tabela 2 - Análise de regressão linear múltipla (método enter) para os potenciais preditores da qualidade de vida psicológica (N=86)

Preditor	<i>r</i>	<i>r</i> ² Ajustado	β	<i>p</i>
Modelo 1	.44	.16		<.001
Incapacidade geral			-.22	.047
Fadiga			-.25	.035
Dor neuropática			-.07	.569
Modelo 2	.72	.49		<.001
Incapacidade geral			.02	.764
Fadiga			-.12	.214
Dor neuropática			-.08	.400
Sintomatologia depressiva			-.66	<.001



Discussão

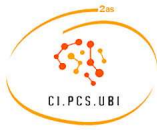
Do nosso conhecimento, este estudo é pioneiro em analisar o efeito explicativo conjunto de consequências clínicas típicas da neurodegeneração (incapacidade geral, fadiga e dor neuropática) e da sintomatologia depressiva na QoL psicológica de doentes com diversas CND. Os sintomas depressivos, enquanto única variável significativa e detentora de uma percentagem considerável de explicação da variância da QoL psicológica (49%) no modelo multivariado, sustentam a importância dos clínicos estarem atentos à possível presença de depressão nos PcCND, de prevenirem e de tratarem eficaz e atempadamente esta doença do foro mental, a fim de maximizarem a saúde mental e QoL dos referidos doentes. As implicações clínicas deste estudo no âmbito da saúde e da QoL psicológica de PcCND adquirem maior pertinência face às evidências prévias alinhadas com os nossos resultados, nomeadamente, dados sobre comorbilidade entre neurodegeneração e depressão (e.g., Réus et al., 2016), sobre o impacto negativo da neurodegeneração na QoL (Batista & Pereira, 2016), sobre um pior prognóstico quando os doentes com neurodegeneração apresentam depressão e sobre o consequente agravamento do prejuízo da sua QoL (e.g., Réus et al., 2016; Hussain et al., 2020).

Adicionalmente, os resultados do primeiro bloco do modelo multivariado testado neste estudo sugerem que a incapacidade geral e a fadiga podem interferir negativa e significativamente na QoL psicológica dos PcCND, pelo que os clínicos devem, igualmente, estar atentos à eventual necessidade de reduzir o seu impacto no bem-estar e na QoL psicológica destes doentes. Intervenções psicológicas que promovam formas adaptativas de lidar com as dificuldades e sofrimento decorrentes das doenças com CND associadas, tais como, a Terapia de Aceitação e Compromisso (Hayes et al., 2012) e as Terapias baseadas no Mindfulness (Segal et al., 2002), servem este propósito, ao promoverem a flexibilidade psicológica (Hayes et al., 2012) e a aceitação das mudanças resultantes de doenças incuráveis (Kabat-Zinn, 2009).

As principais limitações deste estudo incluem: amostragem não-probabilística e a dimensão da amostra que dificultam a generalização dos resultados; utilização de instrumentos de autorresposta, passíveis de diminuir a exatidão das respostas dos participantes; desenho transversal e análises impeditivas do estabelecimento de relações causais entre as variáveis. Futuramente, sugere-se a minimização destas limitações, com destaque para o uso de desenhos prospetivos/longitudinais, análise do modelo testado numa maior variedade de doenças com CND e estudos de mediação/moderação.

Referências

- American Psychological Association (2017). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. <https://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>
- Apóstolo, J., Paiva, D., Silva, R., Santos, E., & Schultz, T., (2018). Adaptação e validação para a língua portuguesa do teste de déficit cognitivo de seis itens (6CIT). *Envelhecimento e Saúde Mental*, 222 (9), 1190-1195. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1348473>



- Batista, P. (2016). Quality of life in patients with neurodegenerative diseases. *Journal of Neurology and Neuroscience*, 7(1), 74. <https://doi.org/10.21767/2171-6625.100074>
- Brooke, P., & Bullock, R. (1999). Validation of a 6-item cognitive impairment test with a view to primary care usage. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(11), 936-940. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199911\)14:11<936::AID-GPS39>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199911)14:11<936::AID-GPS39>3.0.CO;2-1)
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., & Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 15-23.
- Cannon, J. R., & Greenamyre, J. T. (2011). The role of environmental exposures in neurodegeneration and neurodegenerative diseases. *Toxicological Sciences*, 124(2), 225–250. <https://doi.org/10.1093/toxsci/kfr239>
- Carvalho, T. (2018). *Escala Analógica da Fadiga. Escala Analógica da Fadiga*. . Instrumento não publicado, CINEICC, Universidade de Coimbra. Portugal
- Carvalho, T. (2018). *Questionário Sociodemográfico e Clínico para Doentes Com Esclerose Múltipla*. Instrumento não publicado, CINEICC, Universidade de Coimbra. Portugal
- de Tommaso, M., Arendt-Nielsen, L., Defrin, R., Kunz, M., Pickering, G., & Valeriani, M. (2016). Pain in Neurodegenerative Disease: Current Knowledge and Future Perspectives. *Behavioural Neurology*, 7576292. <https://doi.org/10.1155/2016/7576292>
- Dugger, B., & Dickson, D. (2017). Pathology of Neurodegenerative Diseases. *Cold Spring Harbor Perspectives in Biology*, 9(7), 1-22. <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a028035>
- European Parliament (2010). *European initiative on Alzheimer's disease and other dementias 2010/2084(INI)*. Author.
- Ferentinos, P., Paparrigopoulos, T., Rentzos, M., Zouvelou, V., Alexakis, T., & Evdokimidis, I. (2011). Prevalence of major depression in ALS: Comparison of a semi-structured interview and four self-report measures. *Amyotrophic Lateral Sclerosis*, 12(4), 297–302. <https://doi.org/10.3109/17482968.2011.556744>
- Freyhagen, R., Baron, R., Gockel, U., & Tölle, T. (2006). painDETECT: A new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. *Current Medical Research and Opinion*, 22(10), 1911–1920. <https://doi.org/10.1185/030079906X132488>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Hussain, M., Kumar, P., Khan, S., Gordon, D. K., & Khan, S. (2020). Similarities Between Depression and Neurodegenerative Diseases: Pathophysiology, Challenges in Diagnosis and Treatment Options. *Cureus*, 12(11), e11613. <https://doi.org/10.7759/cureus.11613>
- Kabat-Zinn, J., & Hanh, T. N. (2009). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delta.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd Ed.). Guilford Press
- Kutlay S., Kucukdeveci A., Elhan A., Oztuna D, Koc, A., Tennant. (2011). Validation of the World Health Organization disability assessment schedule II (WHODAS-II) in patients with osteoarthritis. *Rheumatology International*, 31 (3), 339-346.



- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Psychology Foundation.
- Mapi Research Institute (2007). *Portuguese Version of the Pain Detect Questionnaire*. Author.
- Marôco, J. (2018). *Análise estatística com o SPSS statistics* (7th ed.). ReportNumber.
- Moreira, A., Alvarelhão, J., Silva, A. G., Costa, R., & Queirós, A. (2015). Tradução e validação para português do WHODAS 2.0-12 itens em pessoas com 55 ou mais anos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(2), 179-182. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.06.003>
- Morris, G., Berk, M., Walder, K. et al. (2015). Central pathways causing fatigue in neuro-inflammatory and autoimmune illnesses. *BMC Medicine* 13(28). <https://doi.org/10.1186/s12916-014-0259-2>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. *Diário da República*, 2ª série, 17931-17936.
- Pais-ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (DASS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2).
- Réus, G. Z., Titus, S. E., Abelaira, H. M., Freitas, S. M., Tuon, T., Quevedo, J., & Budni, J. (2016). Neurochemical correlation between major depressive disorder and neurodegenerative diseases. *Life Sciences*, 158, 121–129. <https://doi.org/10.1016/j.lfs.2016.06.027>
- Ruffini, N., Klingenberg, S., Schweiger, S., & Gerber, S. (2020). Common Factors in Neurodegeneration: A Meta-Study Revealing Shared Patterns on a Multi-Omics Scale. *Cells*, 9(12), 2642. <https://doi.org/10.3390/cells9122642>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Press.
- Soh, S.E., Morris, M. E., & McGinley, J. L. (2011). Determinants of health-related quality of life in Parkinson's disease: A systematic review. *Parkinsonism & Related Disorders*, 17(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2010.08.012>
- Teng, C. T., Humes, E. de C., & Demetrio, F. N. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Archives of Clinical Psychiatry*, 32(3), 149–159. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000300007>
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)
- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558 <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>
- World Health Organization. (2012). Dementia: a public health priority. *World Health Organization*.



CAPITULO 5

Estrategias de afrontamiento y apoyo social en familias con un miembro alcohólico

Areolina Fortes Delgado Durán¹, Justo Reinaldo Fabelo-Roche² & Paulo Vitoria^{1,3}

¹Universidade da Beira Interior, Portugal

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana (UCMH), Cuba

³Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Lisboa, Portugal

Autor correspondiente: Areolina Durán, e-mail: areolinadelgadoduran@gmail.com

Resumen: Los estilos de afrontamiento utilizados en la familia y el apoyo social representan factores importantes en el tratamiento y recuperación de los pacientes alcohólicos. El estudio describe los estilos de afrontamientos y la percepción de apoyo social en familias con un miembro alcohólico. Método: La investigación realizada se basó en un diseño mixto, descriptivo y transversal, e incluyó un análisis retrospectivo de historias de vida de un grupo de 20 sujetos alcohólicos residentes en Centro Habana. Resultados: Los participantes percibieron que, en sus familias de origen, utilizaba como estilos de afrontamiento el apoyo en 30% de las familias; 20% utilizaban la evitación; 20% utilizaban la comprensión y aceptación; 10% manifestaban la intolerancia, 10% la inacción y 10% la confrontación. El 60% de las familias recibieron apoyo socioemocional. En sus familias actuales percibieron que los estilos de afrontamientos más utilizados fueron el apoyo, la aceptación y la comprensión en 40% de las familias; la evitación en 50% de las familias, la inacción en 30%; y la confrontación en un 10%. El 90% de las familias recibieron apoyo con un predominio del socioemocional (80%) y económico (90%). Discusión: los resultados del estudio permitieron desarrollar y promover estrategias más saludables en las familias, con el objetivo de que la misma cumpla adecuadamente sus funciones.

Introduction

El alcoholismo constituye en la actualidad uno de los más serios problemas de salud pública y tanto su consumo como las causas y consecuencias del mismo son temas de atención y preocupación prioritario para todos los países del mundo (Delgado & Fabelo, 2015). Este tiene repercusión en la salud de las personas a nivel biológico, fisiológico y psicológico. No solo afecta al consumidor sino a su familia, la comunidad y toda la



sociedad (Organización Mundial da Saúde, 2010; Guerra et al., 2019; Guimarães et al., 2019).

Es precisamente en la familia donde se adquiere las primeras experiencias de vida, valores, concepción del mundo y patrones de conducta. Esta concede al individuo las condiciones necesarias para el desarrollo sano de la personalidad o en su defecto es la principal es la principal fuente de trastornos emocionales (Arés, 2003). Las estrategias de afrontamiento están relacionadas con la salud mental, y pueden moderar el impacto de las adversidades a lo largo de la vida, además de aumentar los niveles de bienestar psicológico y reducir el sufrimiento (Dias et al., 2019).

La familia asume un papel primordial como principal sostén, o “la primera red de apoyo social” con que el individuo cuenta para aliviar las diferentes problemáticas de su día a día (Arés, P., 2010) y al emplear estrategias adecuadas puede contribuir para solucionar o reducir el problema (Araújo et al., 2022). Las familias que asumen estilos de afrontamientos ajustados ante determinadas situaciones conflictivas son capaces de usar mecanismos estabilizadores que le proporcionan salud y bienestar (Louro et al., 1999).

Las estrategias dirigidas a la solución de problema se toman como referencia al problema y el sujeto emplea un plan para resolver los eventos estresantes, utilizando una colección de información sobre la situación estresante para la toma de decisiones. Por otro lado, las estrategias centrado en la emoción se caracteriza por el desapego, la huida o evitación del problema y la búsqueda de apoyo emocional (Folkman, 2010).

Respeto a lo anterior, López (2012) considera que como estrategias dirigidas a la solución del problema está el accionar directo de forma a veces agresiva e incluso tomando riesgos sobre la situación en cuestión, o bien la planificación de estrategias con vistas a rebasar la dificultad, mientras que las dirigidas a la emoción se encuentran los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional, como son: la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los eventos negativos.

El apoyo social es el entramado sistema de relaciones interpersonales en el contexto de un individuo que, por su carácter, contribuye para satisfacción de necesidades propias del sujeto, así como la solución potencial de problemas que pueda presentar. El apoyo social tiene una arista funcional que abarca, además, la disposición del sujeto a recibir o no ayuda acorde a características propias de su personalidad o circunstanciales (López, 2012). En este sentido, la manera en que la familia y los sujetos alcohólicos afrontan el alcoholismo va a influir significativamente en la dinámica y funcionamiento familiar.

Material y Métodos

En la presente investigación se empleó una metodología mixta, predominantemente cualitativa, que permite la triangulación de los datos; de tipo descriptiva. El estudio presenta un enfoque fenomenológico, de corte transversal con un análisis retrospectivo de historias de vida de un grupo de 10 sujetos dispensarizados con el diagnóstico de Dependencia del Alcohol según el GC-3 residentes en el municipio Centro Habana, Cuba, con independencia que estén o no bajo tratamiento y un miembro de sus respectivas



familias de convivencia, en un total de 20 sujetos, cuya edad oscila entre los 25 y 63 años. Los familiares seleccionados, por su parte, tenían más de 20 años de edad y un año como mínimo de convivencia en el núcleo familiar actual del paciente. Podían tener o no vínculo de consanguinidad con el paciente alcohólico. En todos los casos se recogió el acta de consentimiento informado para participar en el estudio o abandonarlo en cualquier momento de su desarrollo. Se garantizó la confidencialidad de la información obtenida.

El *Cuestionario de Estrategias Familiares de enfrentamiento al alcohólico* que fue adaptado a partir de la Escala de Modos de Afrontamientos de Folkman y Lazarus (1984) y permite identificar las estrategias familiares de enfrentamiento al alcoholismo. Consta de 13 ítems, cada uno de los cuales admite una escala de respuestas del 1 a 6, estas son: nunca (1), pocas veces (2), algunas veces (3), con Frecuencia (4), Muchas veces (5) y siempre (6).

El cuestionario pretende medir la frecuencia de los estilos afrontamiento predominantes en la familia según el entrevistado: Evitación que describe el pensamiento desiderativo y los índices de esta escala sugieren separación (1 y 2); Inacción que consiste en no hacer nada respecto al problema, mantenerse indiferente (índices 3 y 4); Intolerancia que describe conductas agresivas y de disgusto (índices 5 y 6); Confrontación que describe los esfuerzos agresivos para alterar la situación y sugiere también un cierto grado de hostilidad y riesgo. Este tipo de afrontamiento incluye acción directa (índices 7 y 8); Aceptación que consiste en aceptar, comprender y compartir (índices 9, 10 y 11) y Apoyo refiere los esfuerzos para buscar apoyo, sea consejo, asesoramiento, asistencia o información o buscar apoyo moral, simpatía o comprensión (índices 12 y 13).

El *Cuestionario de Apoyo Social* que cuenta con dos secciones. La primera posee 13 ítems, cada uno de los cuales admite una escala de respuestas del 1 a 5, según la frecuencia con que el entrevistado responde: Siempre (5), casi siempre (4), a veces (3), casi nunca (2) y nunca (1). En la segunda sección se pretende medir el grado de satisfacción que recibe la familia por parte de personas o instituciones a través de los tipos de apoyo, estos son: Socioemocional (afecto, apoyo, compañía), Económico/material, Informativo (consejo, orientaciones), Ayuda Espiritual (religioso o fraternal). Cada tipo de apoyo posee una posibilidad de 5 respuestas que van desde: Insatisfecho (1), Poco satisfecho (2), Satisfecho (3), Muy satisfecho (4) y Totalmente satisfecho (5).

Los cuestionarios fueron aplicados a los pacientes alcohólicos con referencia a sus familias de origen y de convivencia actual y a los familiares con referencia a la familia de convivencia actual.

Resultados

Mediante la integración de las informaciones se constató que en cuanto a los estilos de afrontamiento en el núcleo familiar de origen de un grupo de sujetos alcohólicos se arrojó que el 30% de las familias mostraban apoyo, ya que se aconsejaban y se ayudaban ante las situaciones problemáticas.

El 20% de las familias utilizaban la evitación, ya que se mantenían distantes ante los conflictos o los rechazaban. Esto se observa en la familia 2 cuando el sujeto plantea: “Muchas veces íbamos a la calle para evitar discusiones”.

También se percibe que el 20% de las familias manifestaban comprensión y aceptación ante los diferentes problemas que presentaban los miembros. Mientras que se evidencia que existe un 10% que utilizaba la intolerancia, expresando disgusto o ganas de agredir.

Se denota además un 10% de las familias que manifiesta inacción, en tanto se muestran indiferentes ante los problemas; y un 10% la confrontación, evidenciándose críticas hacia las conductas indeseadas. El gráfico a continuación demuestra estos datos:

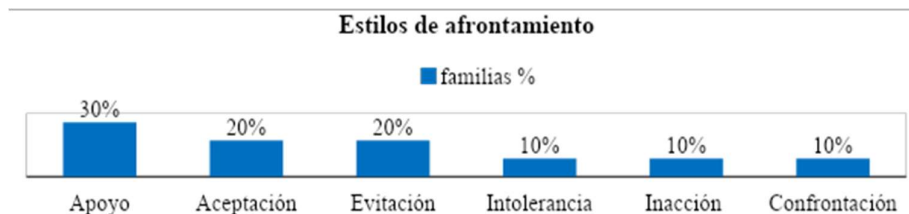


Gráfico 1 – Estilos de afrontamiento

Respecto al apoyo social, la percepción de los entrevistados alcohólicos refleja que el 60 % de las familias recibió apoyo de tipo socioemocional de familiares, amigos y vecinos. Como comenta el sujeto de la familia 8: “*Nosotros recibimos apoyo de casi toda la familia, de mis tíos, tías, primos, primas... siempre nos visitábamos*”.

Por otra parte, el 40% de las familias no recibió ningún tipo de apoyo de los demás. Como afirma el sujeto de la familia 10 “*(...) nunca recibimos apoyo de nadie.*”

No obstante, la familia 2 además recibió apoyo informativo de otros familiares, ya que le brindaron consejos ante determinados problemas y situaciones familiares. El gráfico a continuación representa los datos anteriormente planteados:



Gráfico 2 – Tipo de apoyo social

En el núcleo familiar actual o de convivencia, los resultados demuestran que los estilos de afrontamiento que las familias estudiadas utilizan, ante las situaciones problemáticas que enfrentan en la actualidad son: el 40% suele utilizar el apoyo. Esto se refleja en lo que comenta el sujeto de la familia 2: “*hablan mucho conmigo... todo el mundo se preocupa por mí, me dicen que no tome más*”.

Existe además un 40% que acepta y comprende a los miembros implicados en las situaciones conflictivas y problemáticas. Según F8: “*...manifiestan comprensión, apoyo, aunque soy el afectado no me siento rechazado*”;

El 50% de las familias suele emplear la evitación como estrategia ante problemas como el alcoholismo y sus consecuencias, se mantienen apartados de sus familiares y los rechazan en ocasiones. Esto se observa en la familia 10 cuando el sujeto plantea: “(...) y otras veces nos refugiamos en los centros laborales y círculos estrecho de amistad”.

También se percibe que el 30% de las familias manifiesta inacción ante sus miembros, demostrándose indiferencia ante sus problemas; ejemplo planteado por F10: “...a veces conversando y discutiendo los problemas, otras veces ignorando a las personas que provocan el problema”; y un 10% la confrontación, donde se expresan críticas e insatisfacciones con las conductas del miembro alcohólico. Esto es evidencia en lo que comenta el F9: “(...) lo criticaban mucho, le decían sin vergüenza”. A continuación, el gráfico 3 refleja estas informaciones:

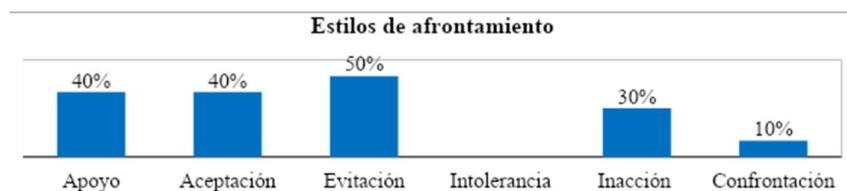


Gráfico 3 – Estilos de afrontamiento

Desde la percepción de los entrevistados, en lo que se refiere al apoyo social se ha constatado que la mayoría de las familias en estudio (90%) han recibido varios tipos de apoyo de familiares, vecinos, amigos e instituciones como el Centro de Salud Mental, hospitales, policlínicos y otros centros de salud; y solo un 10% no ha recibido ningún tipo. Hay un predominio del apoyo socioemocional (80%) y económico (90%); a un 50% se les ha ofrecido apoyo informacional como consejos, ideas, sugerencias y opiniones ante las diferentes situaciones problemáticas como es el caso del alcoholismo en la familia y un 10% ha recibido apoyo espiritual. El gráfico 4 a continuación revela los datos anteriormente expuestos:

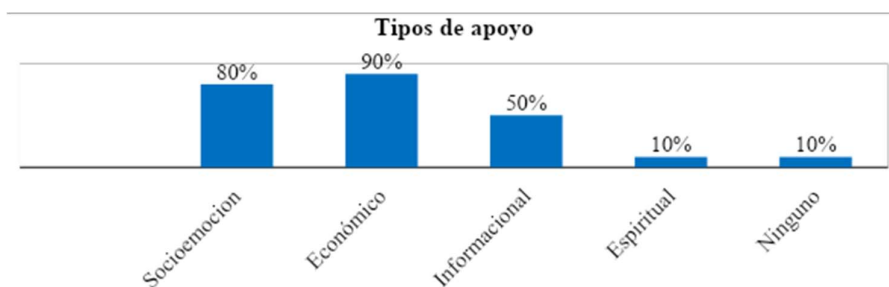
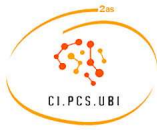


Gráfico 4 – Tipo de apoyo

Discusión

Después de la triangulación e integración de los resultados se constata que en las familias de origen se observan la presencia de todos los estilos de afrontamiento. La mayor representación está en el apoyo con un 30% y le sigue la aceptación y la evitación con un 20% respectivamente. El resto de los estilos están constituidos por un 10%. Mientras que en las actuales hay un predominio de la evitación que corresponde a un 50%, la aceptación



y el apoyo con valores de 40%, la inacción con un 30% y la confrontación un 10%. A partir de estos datos se observa que existe un predominio de estilos negativos en ambas familias. En este sentido, la autora considera que se ve más acentuado en las actuales pues el sujeto alcohólico al constituir el protagonista de la problemática en la familia, percibe o vivencia más cercanas dichas acciones o experiencias.

Estos datos corresponden con los resultados de Hernández et al. (2011) que confirman que las tácticas de afrontamiento adoptadas por los familiares estudiados fueron de franco rechazo, alejamiento afectivo, disgusto y crítica sobre el consumo de alcohol por parte del paciente. Estas estrategias no son saludables y pueden provocar el aumento del consumo por parte del alcohólico y por ende generar más problemas en el núcleo familiar. En este sentido, se debe tener en cuenta que tanto las personas susceptibles a las adicciones como la población en general son propensos a utilizar métodos de afrontamiento poco saludables como beber alcohol y fumar (NationalHealthCommission of China, 2020).

Respecto al apoyo social se puede comprobar que la mayoría de las familias de origen (60%) recibió apoyo social de otros miembros y amigos, de tipo socioemocional (60%) e informacional (10%). Por su parte, el 90% de las familias actuales recibió apoyo social, con un predominio del socioemocional (80%), económico (90%) e informacional (50%). Esto constituye un dato relevante, pues demuestra que la familia es el principal sostén de las personas a la hora de enfrentar las diferentes situaciones de la vida cotidiana. En este sentido, se coincide con Arés, P. (2010) quien refiere que la familia constituye el cimiento o “la primera red de apoyo social” con que el individuo cuenta para aliviar las diferentes problemáticas de su día a día.

Lo anterior confirma los resultados de Fabelo et al. (2012) sobre la percepción de apoyo social por pacientes con enfermedad alcohólica en fase de recuperación que demuestra que los pacientes estudiados perciben niveles aceptables de apoyo social que si bien no se manifiestan de forma homogénea en las áreas estudiadas, constituyen un motivo eficaz para afrontar las adversidades que impone el proceso de rehabilitación. La familia es de hecho un aliado importantísimo en el proceso de prevención, tratamiento y rehabilitación (Ferreira, 2015).

Consideraciones Finales

Los resultados de la investigación demuestran que los participantes perciben, un predominio de estrategias de afrontamientos desajustados, tanto en las familias de origen como en el actual. Por otra parte, la mayoría percibieron apoyo fundamentalmente socioemocional y económico. Estos datos tienen implicaciones para el tratamiento y la recuperación de pacientes alcohólicos y deben ser consideradas en los programas de tratamiento para estos pacientes.

Referencias bibliográficas

Araújo, A.M., Silva, A.F., Lucio, R.O. & Pucci, S.H.M. (2022). Álcool vs Pandemia: impactos no relacionamento familiar. *Revista Ibero-Americana de Humanidades*,



- Ciências e Educação, 8(6) 1021-1039. São Paulo. doi.org/10.51891/rease.v8i6.5995
- Arés, P. (2003). *Psicología de la familia. Una aproximación a su estudio*. La Habana, Cuba. Editorial Universitaria Félix Varela.
- Arés, P. (2010). *La Familia. Una mirada desde la Psicología*. Editorial Científico-Técnica. La Habana
- Delgado, A. & Fabelo, JR. (2015). *Funcionamiento familiar de un grupo de familias con un miembro alcohólico. Tesis para optar por el Título de Máster en Psicología Clínica*. Universidad de la Habana. Facultad de Psicología.
- Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, JL. (2019). O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 55-66. <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>
- Fabelo, JR., Iglesias, S., Bachir, S., Ramirez, A. & Amador, J. (2012). Percepción de apoyo social por pacientes con enfermedad alcohólica en fase de recuperación. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana*, 9(1). Disponible en <http://www.revistahph.sld.cu/rev1-2012/hph07112.html>
- Ferreira, A. (2015). *Da Dependência à Independência: O Papel da Família no Processo de Reinserção do Toxicodependente e Alcoólico*. Tese de mestrado em Sociologia. Universidade do Minho.
- Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology*, 19, 901-908. doi: 10.1002/pon.1836
- Guerra, E., Machado, A., González, Y., Mesa, M. & Carrazana, I. (2019). Percepción de riesgo del uso nocivo del alcohol y sus consecuencias en adolescentes. *Multimed*, 23(4), 744-757. Recuperado en 27 de enero de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000400744&lng=es&tlng=es.
- Guimarães, A.N., Schneider, J.F., Camatta, M.W., Nasi C., Ferraz, L. & Pinho, LB. (2019). Psychiatric hospitalization of alcoholists from rural areas in a general hospital: expectations of families. *Rev. Bras. Enferm.* 72 (6) <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0710>
- Hernández, J.; González, R.; Chávez, Z. & González, E. (2011). Tácticas de afrontamiento, patrones de consumo y funcionamiento familiar de los pacientes alcohólicos. *Revista Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 8 (1)
- Louro, I., Ortiz, M., Jiménez, L. & Silva, L. (1999). Métodos de investigación diversos en el estudio de la salud familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr*; 15(2):151-5
- López, D. (2012). *Factores psicológicos favorecedores de la abstinencia alcohólica en un grupo de alcohólicos rehabilitados. Trabajo de diploma para optar por el título de Licenciatura en Psicología*. Universidad de la Habana.
- National Health Commission of China. (2020). Principles of the emergency psychological crisis interventions for the new coronavirus pneumonia [fecha de Consulta 9 de Mayo de 2023] Recuperado de: <http://www.nhc.gov.cn/jkj/s3577/202001/6adc08b966594253b2b791be5c3b9467>
- Organização Mundial da Saúde (2010). *Relatório Mundial da Saúde – Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura Universal*. Comunidade dos Países de língua Portuguesa (CPLP). https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789899717848_por.pdf?sequence=33&amoiAllowed=y~



CAPITULO 6

Representações e Influências da COVID-19 no Bem-Estar de Idosos Gays e Bissexuais

José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Pedro Alexandre Costa & Isabel Leal

William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário

Autor correspondente: José Alberto Ribeiro-Gonçalves, e-mail: jgoncalves@ispa.pt

Resumo: O modelo de stress minoritário destaca os desafios específicos de estigmatização aos quais estão sujeitos os grupos de minorias sexuais em comparação com a população geral. Particularmente, os idosos gays ou bissexuais (GB) podem afrontar ainda mais desafios ao seu bem-estar devido ao duplo estigma (sexual e etário). Ademais, eventos de caráter pandémico (COVID-19) tendem a criar e expor desigualdades psicossociais e de saúde que afetam em particular grupos desfavorecidos, como os idosos GB. O objetivo deste estudo foi avaliar qualitativamente as representações e a influência percebida da COVID-19 no bem-estar dos idosos GB portugueses. Implementou-se uma metodologia transversal retrospectiva, com recurso a entrevistas semiestruturadas. Participaram 20 idosos GB da comunidade. As entrevistas seguiram uma abordagem narrativa, sendo posteriormente sujeitas a análise temática. Verificaram-se dois temas principais “A ameaça multifocal da perda: Quando a calamidade toma conta da vida” e “A resistência e o (re)florescer pós-calamidade”. Estes temas demonstraram uma representação ambivalente da vivência da COVID-19, com influências sociais e pessoais identificadas como negativas ao bem-estar, mas também com desenvolvimento de resiliência e adaptação perante o contexto adverso. Os idosos GB vivenciaram desafios hostis particulares durante o período pandémico, contudo demonstraram ter recursos suficiente para recuperar gradativamente o seu bem-estar.

Introdução

A pandemia de COVID-19 foi um evento de saúde pública a nível mundial que introduziu mudanças excecionais no funcionamento diário das pessoas e no seu bem-estar (Pais-Ribeiro et al., 2022). Este fenómeno rapidamente atingiu a dimensão de calamidade, tal como anunciado pela OMS em início de 2020, configurando um estado de emergência global devido à sua evolução rápida, inesperada, universal e imprevisível (OMS, 2020). Consequentemente, a COVID-19 representou um fator de stress ainda mais invulgar e difícil de afrontar em populações mais vulneráveis como as crianças, pessoas com estatuto socioeconómicos baixo, minorias sexuais ou idosos, criando desigualdades e afetando distintamente seu bem-estar (Bajos et al., 2021; Buffel et al., 2021).



Os idosos foram dos grupos populacionais mais afetados pelos efeitos da pandemia. Foram uma das populações identificadas como grupo de risco para o COVID-19, suscitando assim um particular resguardo, isolamento, medo e instabilidade neste grupo (Buffel et al., 2021). Estas condicionantes limitaram o vital acesso a recursos sociais, familiares e comunitários que são decisivos para ultrapassar e dar resposta a obstáculos impostos pelas exigências pandémicas, tal como os desafios ao acesso à alimentação em períodos de quarentena, os cuidados de saúde e assistência na doença crónica durante toda a pandemia ou a gestão da solidão perante o isolamento social (Buffel et al., 2021; Whitehead & Torossian, 2020). Todas estas mudanças drásticas na vida quotidiana fazem da pandemia um evento marcante e destacado (turning-point) na narrativa de vida dos idosos. Em particular os idosos que se identificam como minorias sexuais (gays e bissexuais [GB]), afrontaram também as vulnerabilidade e desigualdades sociais derivadas da sua orientação sexual, que podem ter tido um impacto destacado e acrescido no seu bem-estar (Grullon et al., 2021). Ademais, estudos

recentes de carácter quantitativo indicam que os idosos GB portugueses, mesmo no período pré pandémico, já apresentavam níveis de distress psicológico particularmente elevados, níveis de solidão elevados e redes sociais pequenas e muitas vezes dispersas (Pereira et al., 2019; Ribeiro Gonçalves et al., 2019; 2021). Portanto, a pandemia pode ter vindo a agravar ainda mais a saúde e o bem-estar desta população (Grullon et al., 2021). Apesar disto, a evidência sobre a narrativa da vivência que os idosos GB construíram na gestão do período pandémico tem sido escassamente estudada, e é quase inexistente em Portugal (Grullon et al., 2021; Ribeiro Gonçalves et al., 2021).

O modelo de stress minoritário (Meyer, 2003) mostra como os stressores distais (e.g., discriminação) e proximais (e.g., ocultação de orientação sexual) podem contribuir para a degradação do bem-estar dos idosos GB. Ademais, é sabido que em situações de stress prolongado e incerteza social, tal como característico do contexto pandémico, os eventos de estigmatização e marginalização tendem a ser mais frequentes (Bajos et al., 2021; Buffel et al., 2021; Pais-Ribeiro et al., 2022). Daí a importância das representações e das narrativas de vida dos idosos GB nestes momentos de incerteza. As representações que estes idosos têm acerca da pandemia e da sua vivência são essenciais para entender os efeitos que este evento teve na sua narrativa de vida e para avaliar como foram processadas as contingências do evento, incluindo gestão das dificuldades encontradas e o desenvolvimento de recursos para as afrontar (Buffel et al., 2021; Shiloh et al., 2021). Ademais, avaliar as representações sobre a pandemia permite nos entender o grau de elaboração e integração dos eventos vivenciados pelos idosos GB neste momento particular de crise (Shiloh et al., 2021). Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi avaliar as representações narrativas que os idosos GB portugueses têm da pandemia e os principais fatores que influenciaram o seu bem-estar durante esse período.

Método

Implementou-se uma abordagem qualitativa narrativa, guiada teoricamente pelo Modelo de Stress Minoritário e com um corte transversal e retrospectivo (Meyer, 2003).



Participantes

articiparam no estudo 20 idosos gays (90%) e bissexuais (10%) recrutados na comunidade. Todos os participantes se identificaram como cisgénero. Estes idosos tinham, em média, 69.5 anos (SD = 6.55; min = 60 anos; max = 83) e a maioria vivia sozinho (55%), os restantes viviam com o companheiro (45%). A grande maioria não tinha filhos (75%) nem netos (80%), e estavam reformados (70%), os restantes ainda trabalhavam a tempo inteiro (15%) ou a tempo parcial (15%). Metade dos idosos tinha formação até o 12º ano e a outra metade tinha licenciatura ou mestrado. Quase um terço dos idosos eram casados outro terço solteiros, enquanto um quarto era divorciado e os restantes estavam viúvos ou em união de facto. Ligeiramente mais de metade (55%) encontrava-se numa relação de compromisso no momento do estudo.

Material

O protocolo do estudo integrou (1) um questionário sociodemográfico, desenvolvido especificamente para este estudo e aplicado em formato de entrevista, e (2) uma entrevista narrativa semiestruturada desenvolvida para avaliar o bem-estar dos idosos GB em diversos momentos desafiantes de mudança de vida (turning-points), entre os quais se destaca o período pandémico derivado da COVID-19. Para este estudo definiu-se o período pandémico (A partir de Março de 2020 em Portugal) como principal turning-point a avaliar na narrativa dos idosos GB. Todos os idosos foram convidados a refletir sobre este turning-point como homens gays/bissexuais através da pergunta inicial: “Como homem gay/bissexual, como viveu este período pandémico?”. Posteriormente, foram colocadas perguntas mais específicas sobre o bem-estar e a gestão do mesmo durante o período pandémico. Por exemplo: “Durante este período (pandemia) que aspetos influenciaram o seu bem-estar, positiva e negativamente?”. Caso se verificasse dificuldade em responder ou pouca riqueza nas respostas, a seguinte pergunta era colocada: “Comparando a sua vida sem pandemia e com pandemia, que aspetos sente que melhoraram ou pioraram?”.

Procedimentos

Este estudo faz parte de um projeto mais amplo, chamado Pro-PSISexES, destinado a avaliar a saúde e o bem-estar nos idosos portugueses. O recrutamento dos participantes foi efetuado através de uma amostragem por conveniência em todo o país e em duas etapas: (1) divulgação estratégica do estudo através de meios eletrónicos a pessoas de todos os distritos de Portugal – incluindo convites diretos a potenciais participantes – e (2) contacto direto com associações LGBT de forma a promover a participação no estudo. Após os convites, um primeiro contacto foi efetuado com cada participante, a quem foram apresentados os objetivos e as condições do estudo, e combinado o sítio e a hora da entrevista. O investigador (primeiro autor) e os participantes encontraram-se em locais tranquilos e seguros (e.g., universidade, casa dos participantes) onde decorreram as entrevistas, que foram gravadas em áudio e tiveram uma duração média de 132 minutos. A recolha de dados aconteceu entre Março de 2022 e Março de 2023. Todas as condições éticas foram consideradas tendo em conta a declaração de Helsinki 1964, incluindo um contacto de follow-up da entrevista de modo a verificar o bem-estar dos participantes pós-investigação. Este estudo foi ainda aprovado pela Comissão de Ética do ISPA – Instituto Universitário (nº D/028/04/2020). As gravações em áudio foram transcritas e os

nomes dos participantes foram substituídos e/ou codificados. As transcrições foram analisadas segundo os princípios da análise temática (Braun & Clarke, 2006) e com recurso ao programa MAXQDA 22 (VERBI Software).

Resultados

Foram identificados dois temas principais: (1) “A ameaça multifocal da perda: Quando a calamidade toma conta da vida” e (2) “A resistência e o (re)florescer pós-calamidade”. Também foram identificados três subtemas dentro de cada tema principal. A Figura 1 ilustra o Mapa temático dos temas e subtemas identificados.

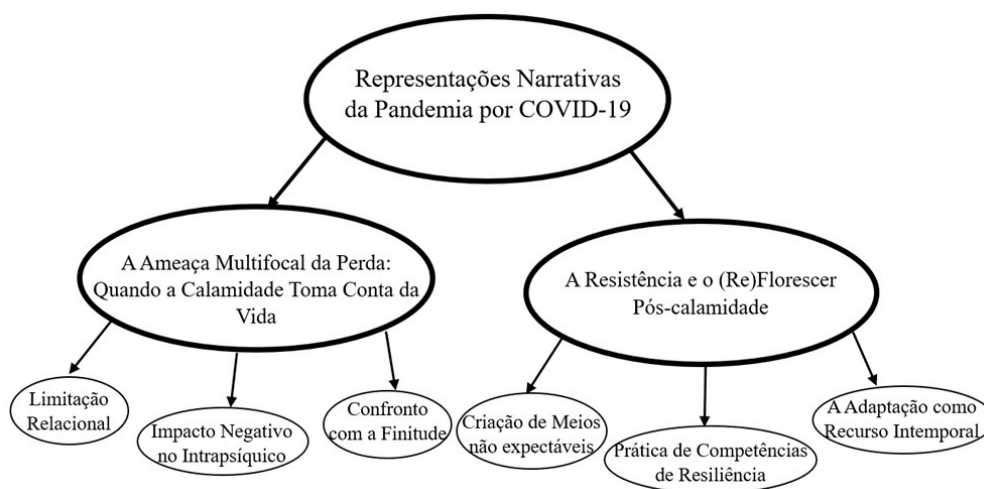


Figura 1. Mapa Temático das Representações Narrativas dos Idosos GB sobre a Pandemia por COVID-19

A Ameaça Multifocal da Perda: Quando a Calamidade Toma Conta da Vida

identificados três subtemas que tiveram como representação comum aos participantes o facto de terem sido fatores que afetaram negativamente o seu bem-estar durante o período pandémico, particularmente com sensação de ameaça de perda: (1) limitação relacional (perda de rede), (2) impacto negativo intrapessoal (perda pessoal de capacidades de coping) e (3) confronto com a finitude (perda da vida).

Limitação Relacional

Os participantes assumiram que o afastamento do contacto social esteve entre as maiores dificuldades, tal como refere Luís de 60 anos: “*a vida ficou um bocadinho estranha, nesse aspeto o social desapareceu, foi extinto!*”. Ademais, o afastamento ocorreu em simultâneo e em várias frentes “*o problema foi realmente não podermos visitar os amigos*” (José, 77 anos) e com a família “*a gente faz videochamada, vê-se ali... Mas não é a mesma coisa*” (Júlio, 70 anos), reduzindo-se assim o apoio que recebiam das relações próximas e influenciando vários aspetos da vida social e pessoal, incluindo a vida sexual



“com as pessoas que tinham menos contactos, retomava os contactos quando podia... mas acabei com os encontros sexuais ocasionais.” (Tiago, 65 anos).

Impacto Negativo no Intrapessoal

A saúde mental foi severamente prejudicada, verificando-se principalmente sintomas depressivos: *“Senti mais a cair-me a solidão em cima.”* (André, 76 anos) ou como indica Fábio de 71 anos: *“Eu hoje sinto-me uma pessoa mais entristecida porque não vejo grande hipótese destas coisas melhorarem”*. Os participantes também relatam a manutenção de comportamentos mais ansiosos ou impulsivos: *“E eu já tenho reações que às vezes... que não eram as minhas! Eu sou uma pessoa muito introspetiva comigo própria, mas às vezes penso... porque é que eu estou assim? Porque é que reajo assim...?”* (Fábio, 71 anos)

Os sentimentos de perda de controlo são também acompanhados de sensação de aflição: *“Eu para mim, a sensação do Covid-19... É uma coisa que me aflige, apesar de deus ter tido em Janeiro.”* (José, 77 anos) e de medo: *“A partir do momento em que há a pandemia, eu com medo de andar de metro, começo a levar o carro para a escola. E é aí que começa. Eu sinto que estou gordo, eu não era assim.”* (Jaime, 67 anos).

Confronto com a Finitude

A COVID-19 também trouxe uma sensação de maior proximidade objetiva e subjetiva com a morte, o que gerou inquietação e sofrimento:

Engraçado que isso tudo ocorreu 4 meses depois de eu ter feito 70 anos! Não tinha pensado ainda... Provavelmente sim. Provavelmente, ter começado a pensar nos limites da vida, enfim. No ano passado eu vi morrer um amigo em 5 dias! Ele teve os sintomas numa 3ª feira. Acordou com tosse na Terça. E no domingo estava morto (Orlando, 72 anos).

Ademais, os idosos GB são confrontados com questões de fim de vida em associação com a perda de rede social: *“É evidente que vamos vendo morrer pessoas todos os dias. Cada vez o círculo das nossas relações vai estreitando mais. Mas é como digo, só comecei a pensar nisso a sério depois da pandemia.”* (Pedro, 77 anos).

A Resistência e o (Re)Florescer Pós-calamidade

Foram identificados três subtemas que tiveram como representação comum aos participantes o facto de terem sido fatores que contribuíram positivamente para o bem-estar durante o período pandémico, particularmente com sensação de perseverança e esperança: (1) criação de meios não expectáveis (esperança/perseverança Sociocomunitária), (2) prática de competências de resiliência (esperança/perseverança própria) e (3) a adaptação como recurso intemporal (esperança/perseverança na relação com os outros).

Criação de Meios não Expectáveis



As contingências adversas da COVID-19 permitiram também que a comunidade se organizasse e que os idosos GB encontrassem recursos que não esperavam ter, e que se mantiveram após os períodos de confinamento pandémico: “A questão foi essa, compras online, as pessoas, comércio de bairro, criei amigos no comércio de bairro, que mantenho agora, em vez de ir aos supermercados e tal, só muito recentemente é que vou ao supermercado a centros comerciais.” (Tiago, 65 anos). Tal como refere António de 61 anos: “Foi uma surpresa, a comunidade lutou junta contra um demónio comum, sem olhar para a raça ou a orientação sexual”.

Prática de Competências de Resiliência

A grande maioria dos idosos GB mostraram ter competências para gerir as consequências da pandemia, incluindo o observar de um foco positivo no problema:

Claro que me fez falta [contacto pessoal], mas ultrapasso isso. Se tem de ser, tem de ser. E o que tem de ser, tem muita força. Pronto, não há nada a fazer. Para quê, lamentar? Vou fazendo tudo com as normazinhas e logo que possível, quando há uma abertazinha...aproveito! (Arlindo, 73 anos).

À semelhança de Orlando de 72 anos, que usou estratégias de desfocagem, aumentando a resiliência perante o stress pandémico:

Quando foi o primeiro confinamento estávamos todos muito assustados, porque ninguém sabia nada de nada. E mesmo nessa altura, eu nunca estive fechado em casa mais do que dois dias. Ao terceiro dia nós íamos dar uma volta ao quarteirão.

A Adaptação como Recurso Intemporal

A contingência pandémica também induziu o aparecimento dos mecanismos mais básicos de adaptação humana, e transversais a outros momentos de crise na vida dos idosos GB, tal como o período de ditadura salazarista e a pandemia por HIV: “*Sim. Foi como se... Agora que as coisas estavam melhor [depois do HIV e da ditadura]... Cai essa espada... Foi muito mau, realmente. Foi, pronto... E as pessoas não... Não sabiam lidar com isso. Foi complicado*” (Augusto, 66 anos). Nestes momentos, tal como refere Fábio de 71 anos, as competências de adaptação foram essenciais: “*Uma grande mudança, a vida mudou! E agora vamos ver como é que é! Quem se adaptar safa-se, quem não se adaptar entra nas depressões, nas merdas, no álcool e nas drogas, que eu conheço vários não é...*”.

Discussão

O objetivo deste estudo foi avaliar as representações narrativas de idosos GB portugueses durante a pandemia da COVID-19 e os principais fatores que influenciaram o seu bem-estar durante esse período. Entre os principais fatores que influenciaram negativamente o bem-estar destes idosos destacaram-se a acentuada diminuição de contacto com as pessoas próximas (famílias, amigos), o agravar da saúde mental e a angústia com o fim de vida. Segundo dados internacionais, o isolamento social das redes de suporte e os sintomas psicopatológicos (e.g., sintomas depressivos, ansiosos, stress) estiveram



intimamente relacionados na pandemia, e aumentaram significativamente na população geral (Kim & Jung, 2021).

Contudo, nos idosos GB estes fatores podem ter tido um impacto ainda mais acentuado considerando a vulnerabilidade psicossocial deste grupo. A literatura indica que os idosos GB possuem redes sociais mais pequenas, dispendo de menos suporte, em comparação com os idosos heterossexuais, apresentam uma ligação comunitária fraca e potencialmente apresentam mais estigma internalizado que as gerações GB mais novas (Grullon et al., 2021; Ribeiro-Gonçalves et al., 2019). Estas características podem ter contribuído para a existência de mais e maiores obstáculos na gestão da situação pandémica nos idosos GB, desde as necessidades básicas (e.g., ajuda operacional nas compras de supermercado em confinamento) até às mais complexas (e.g., apoio na procura de ajuda em serviços de saúde; Grullon et al., 2021). Ainda, estudo prévios indicam o aumento de pensamento relacionados com o fim de vida em situações de exposição direta com o a morte (e.g., pandemias, guerras). Contudo, nos idosos GB esta situação pode gerar uma angústia acrescida visto que a potencial dependência física trás consigo um conjunto de dificuldades, desde o medo de discriminação nos contextos de saúde – que já foi identificado como o maior medo entre os idosos GB em estudos prévios (Knauer, 2010) – até o medo de estigmatização em contexto de lar e de necessidade de ocultação da orientação sexual como mecanismo de proteção (Knauer, 2010; Pereira et al., 2019). Assim, a angústia com o fim de vida é um tema que tem características particulares nesta população e que tem sido quase inexplorado em estudos anteriores (Knauer, 2010; Ribeiro-Gonçalves et al., 2021).

Os principais fatores que atenuaram o impacto pandémico, e que foram identificados como promotores de bem-estar, foram a ocorrência de recursos comunitários desenvolvidos espontaneamente, as competências de resiliência e a capacidade de adaptação a situações de stress acentuado. Efetivamente, literatura recente destaca a importância da resiliência e da capacidade de ajustamento/adaptação perante situações de isolamento e discriminação no bem estar dos idosos (Kim & Jung, 2021; Ribeiro-Gonçalves et al., 2023). No caso dos idosos GB, estas competências podem ter sido particularmente estimuladas devido ao contexto psicossocial recorrentemente adverso ao longo da narrativa de vida (e.g., estigmatização pela orientação sexual ao longo da vida, violência e perseguição em ditadura) e da vivência de situações semelhantes à pandemia por COVID-19 (e.g., pandemia por HIV; Pereira et al., 2019). Contudo, a ocorrência de recursos comunitários de entreaajuda torna-se uma novidade importante desta investigação, visto que, perante os escassos recursos sociais em pandemia, estes idosos podem ter sido “forçados” a procurar ajuda e recursos de forma não prevista no meio social, que foi sentida como bem recebida, e retribuída, pela comunidade, independentemente da orientação sexual (Grullon et al., 2021). Esta ligação à comunidade em momento de elevado stress nos idosos GB é outro aspeto importante a estudar em investigações futuras.

Verificamos também que a principal representação narrativa que os seniores GB portugueses têm da pandemia é uma representação de ambivalência. A COVID-19 representou um turning-point na narrativa de vida destes idosos com severos custos pessoais, familiares e sociais, onde a orientação sexual pode ter contribuído com um maior isolamento e invisibilidade e menor disponibilidade de recursos. Contudo, em simultâneo, também permitiu estabelecimento espontâneo de novos laços sociais.



Ademais, a COVID-19 representou, na maior parte das vezes, um teste difícil mas vitorioso à capacidade de gestão e de conquista às dificuldades impostas ao bem-estar perante uma contingência pandémica catastrófica em diversos contextos (Buffel et al., 2021). Por fim, entre as limitações deste estudo destaca-se a amostragem por conveniência e a aplicação de entrevistas com tempo médio considerável que pode ter aumentado o cansaço dos participantes.

Financiamento

Este artigo foi financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT) no âmbito de uma bolsa de doutoramento (SFRH/BD/143214/2019).

Referências

- Bajos, N., Jusot, F., Pailhé, A., Spire, A., Martin, C., ... & Carrat, F. (2021). When lockdown policies amplify social inequalities in COVID-19 infections: Evidence from a cross-sectional population-based survey in France. *BMC Public Health*, *21*(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10521-5>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77-101. Doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Buffel, T., Yarker, S., Phillipson, C., Lang, L., Lewis, C., Doran, P., & Goff, M. (2021). Locked down by inequality: Older people and the COVID-19 pandemic. *Urban Studies*, *6*, 1-18. <https://doi.org/10.1177/00420980211041018>
- Grullon, A., Tsygankova, V., Woolwine, B., Tan, A., & Hermida, A. (2021). Special Considerations for Older LGBTQ Adults During the COVID-19 Pandemic: Case and Review. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *29*(4), S80. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.01.070>
- Kim, H. H., & Jung, J. H. (2021). Social Isolation and Psychological Distress During the COVID-19 Pandemic: A Cross-National Analysis. *The Gerontologist*, *61*(1), 103–113. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa168>
- Knauer, N. J. (2010). *Gay and Lesbian Elders: Estate Planning and End-of-Life Decision Making* (Vol. 11). Retrieved from: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1652339
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, *129*(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2020). *OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus*. Retirado de <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>
- Pais-Ribeiro, J., Ferreira-Valente, A., Jarego, M., Sánchez-Rodríguez, E., & Miró, J. (2022). COVID-19 Pandemic in Portugal: Psychosocial and Health-Related Factors Associated with Psychological Discomfort. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(6), 3494. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19063494>
- Pereira, H., de Vries, B., Serzedelo, A., Serrano, J. P., Afonso, R. M., Esgalhado, G., & Monteiro, S. (2019). Growing Older Out of the Closet: A Descriptive Study of



- Older LGB Persons Living in Lisbon, Portugal. *The International Journal of Aging and Human Development*, 88(4), 422–439. <https://doi.org/10.1177/0091415019836107>
- Ribeiro-Gonçalves, J. A., Costa, P. A., & Leal, I. (2019). Psychological Distress in Older Portuguese Gay and Bisexual Men: The Mediating Role of LGBT Community Connectedness. *International Journal of Sexual Health*, 31(4), 407–413. <https://doi.org/10.1080/19317611.2019.1670315>
- Ribeiro-Gonçalves, J. A., Pereira, H., Costa, P. A., Leal, I., & de Vries, B. (2021). Loneliness, Social Support, and Adjustment to Aging in Older Portuguese Gay Men. *Sexuality Research and Social Policy*, 19, 207–219. <https://doi.org/10.1007/s13178-021-00535-4>
- Ribeiro-Gonçalves, J. A., Costa, P. A., & Leal, I. (2023). Loneliness, ageism, and mental health: The buffering role of resilience in seniors. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 23(1), 100339. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2022.100339>
- Shiloh, S., Peleg, S., & Nudelman, G. (2021). Making sense of COVID-19: A longitudinal investigation of the initial stages of developing illness representations. *Psychology & Health*, 37(12), 1646–1662. <https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1925670>
- Whitehead, B. R., & Torossian, E. (2020). Older Adults' Experience of the COVID-19 Pandemic: A Mixed-Methods Analysis of Stresses and Joys. *The Gerontologist*, 61(1), 36–47. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa126>



CAPITULO 7

Qualidade de vida no trabalho durante a pandemia do covid-19: perspectivas de género

Patricia Silva & Henrique Pereira

Universidade da Beira Interior, Portugal
Centro de Pesquisa em Ciências do Esporte, Ciências da Saúde e Desenvolvimento Humano (CIDESD), Portugal

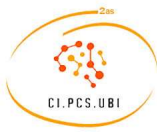
Autor correspondente: Patricia Silva, e-mail: pg.silva@ubi.pt

Resumo: A qualidade de vida relacionada com o trabalho (QVRT) está a ser afetada pela pandemia da COVID-19, particularmente no caso das mulheres. Como resultado, este estudo procurou avaliar os impactos da COVID-19 na QVRT dos brasileiros numa perspetiva baseada no género. *Materiais e Métodos:* Uma amostra de cidadãos brasileiros composta por 190 mulheres e 147 homens concluiu um inquérito online contendo a escala Medo da COVID-19, a escala de Impacto Negativos da COVID-19 e a escala de Qualidade de Vida Relacionada com o Trabalho. *Resultados:* Os resultados mostraram que as mulheres reportaram níveis significativamente mais elevados de medos relacionados com a COVID-19 e níveis mais baixos de QVRT global, bem-estar, satisfação na carreira e controlo sobre o trabalho. O género, o medo e os impactos negativos da COVID-19 foram preditores significativos da QVRT global (explicando 13,4% de variação), satisfação na carreira (explicando 10% de variação) e controlo sobre o trabalho (explicando 3% da variação). *Conclusão:* Estes resultados contribuem para a análise dos efeitos complexos da pandemia do COVID-19 no aumento da desigualdade de género de uma forma desfavorável às mulheres no contexto organizacional brasileiro.

Palavras-Chave: Qualidade de vida relacionada ao trabalho, COVID-19, género, Brasil

Introdução

A pandemia coronavírus resultou em uma crise emergencial de saúde, além de ter impactos econômicos e sociais mundiais (Ashraf, 2020; Brodeur et al., 2020; Organization for Economic Cooperation and Development, 2021; World Bank Group, 2021). O Brasil é o segundo país com mais casos notificados de COVID-19 (World Health Organization, 2021), além de ser um país em desenvolvimento com elevadas complexidades sociais e econômicas que contribuem ainda mais para o aumento das dificuldades no controle da pandemia (Hupffer et al., 2020). Os impactos negativos da pandemia também podem estar relacionados com dificuldades práticas, como perdas ou



mudanças no emprego e renda (Farré et al., 2020; Kristal & Yaish, 2020; Lyttelton et al., 2020; Reichelt et al., 2020), fechamentos de escolas e creches (Alon et al., 2020; Hupkau & Petrongolo, 2020), e medidas de distanciamento social, como o teletrabalho (Béland et al., 2020; Brynjolfsson et al., 2020; Galasso & Foucault, 2020), que podem influenciar a conciliação entre trabalho remunerado e não remunerado, especialmente para mulheres.

No Brasil, as mulheres são mais propensas a trabalhar em casa e a parar de trabalhar totalmente após a pandemia do COVID-19 (Galasso & Foucault, 2020). Além disso, as mulheres também têm presenciado um aumento maior das responsabilidades de trabalho doméstico e cuidado familiar em comparação com os homens, o que influenciou seu desempenho de atividades rotineiras e trabalho remunerado (Szwarcwald et al., 2020). No contexto acadêmico essa disparidade também tem sido observada, onde as mulheres têm publicado menos pesquisas científicas do que os homens devido ao aumento das demandas de trabalho doméstico e cuidados familiares sobre elas durante a pandemia do COVID-19 (Hipólito et al., 2020; Viglione, 2020; Vincent-Lamarre et al., 2020).

De acordo com a teoria da "produção de género" (West & Zimmerman, 1987), essas tendências decorrem da percepção social de mulheres e homens e dos papéis deles decorrentes, resultantes de construções sociais antigas e solidificadas (Abbott, 1997; Ridgeway, 2013), que normalmente veem os homens como trabalhadores e prestadores de renda familiar, enquanto as responsabilidades de trabalho doméstico e de cuidados familiares geralmente recaem sobre as mulheres (Bianchi et al., 2012; Oakman et al., 2020; Shollen et al., 2009; Stohs, 2007). Essa polarização de género é frequentemente aplicada a partir da infância e é fomentada por atitudes estereotipadas desde cedo, que incentivam as crianças a desenvolver esquemas internos de género que as seguem até a idade adulta e moldam suas relações com o mundo (Liben & Bigler, 2017).

Nesse sentido, a pandemia do COVID-19 também está afetando os aspectos profissionais da vida das mulheres diretamente relacionados com a sua QVRT (Del Boca et al., 2020; Farré et al., 2020; Matos et al., 2020), como autonomia profissional, sobrecarga, senso de pertencimento, satisfação (Limongi-frança, 2004), oportunidades e segurança na carreira, apoio organizacional, igualdade salarial e um ambiente de trabalho colaborativo (Bakker, 2017; Dernberger & Pepin, 2020), os quais devem ser estudados. Assim, a seleção de uma amostra brasileira é especialmente relevante devido ao fato de o Brasil ser um país que tradicionalmente tem demonstrado desigualdades perceptíveis de género, emprego (OXFAM Brasil, 2018; C. Santos & Hilal, 2017; Simões & Matos, 2008) e QVRT (Bachion Ceribeli et al., 2016). Além disso, apesar da falta de estudos sobre o tema, a QVRT dos brasileiros pioraram durante a pandemia do COVID-19, com impactos particularmente negativos sobre as mulheres (Bastos et al., 2020; Lima et al., 2020).

No entanto, nenhum estudo se concentrou nas percepções da QVRT durante a pandemia do COVID-19 em uma perspectiva de género no Brasil. Por isso, este estudo tem como objetivo compreender os efeitos da pandemia do COVID-19 na QVRT de homens e mulheres de nacionalidade brasileira e avaliar os fatores preditivos para a QVRT nesta amostra. Além disso, este estudo poderia servir de recurso para identificar as desigualdades profissionais de género, um passo importante para melhorar as diferenças sistêmicas de género no contexto organizacional brasileiro que podem ter piorado como resultado da pandemia do COVID-19.



Métodos

Instrumentos

Características sociodemográficas

Para avaliar a composição sociodemográfica da amostra, foi solicitado aos participantes informações sobre idade, sexo, estado civil, orientação sexual, local de residência, escolaridade, status socioeconômico e status de emprego.

Medo do COVID-19 e dos Impactos Negativos das Escalas COVID-19.

Os participantes também responderam as escalas quanto ao Medo do COVID-19 e aos Impactos Negativos do COVID-19, respetivamente. Ahorsu et al. (2020) originalmente desenvolveram a escala Fear of COVID-19, e, como na versão original, a versão em português é composta por sete itens de medida. Utiliza uma escala do tipo Likert que varia de 1 a 5, com pontuações mais altas significando um maior medo do COVID-19 (Pereira, et al., 2021). A escala pedia aos participantes que respondessem a declarações, como " Fico desconfortável em pensar sobre a COVID-19", " Ao ver notícias e histórias sobre a COVID-19 nos meios de comunicação social, fico nervoso/a ou ansioso/a", e "tenho medo de perder minha vida devido ao COVID-19". Em relação a escala de Impactos Negativos do COVID-19, o estudo utilizou esse instrumento para medir a percepção dos participantes sobre os impactos negativos da pandemia em suas vidas. Esta escala consiste em dez itens relacionados a diversas áreas do funcionamento psicossocial e mede as respostas dos participantes utilizando uma escala do tipo Likert variando de 1 a 5, com maiores escores indicando maiores impactos negativos relacionados ao COVID-19 (Pereira, et al., 2021). Exemplos de declarações que os participantes responderam incluem: "Comparado à minha vida antes da pandemia do COVID-19, houve impactos negativos ... na minha vida profissional ou acadêmica... na minha vida familiar... na minha vida financeira, etc. Ambas as escalas demonstraram uma consistência interna de $\alpha = 0,87$, indicando uma excelente confiabilidade.

Qualidade de Vida relacionada ao trabalho.

O estudo utilizou a escala de Qualidade de Vida Relacionada ao Trabalho validada para a língua portuguesa (Van Laar et al., 2007; Gomes et al., 2018) para avaliar a QVRT. Essa é uma escala do tipo Likert com respostas que variam de 1 a 5, e abrange 23 itens distribuídos em seis dimensões, compostos por bem-estar geral, interações entre casa e trabalho, satisfação na carreira, controle sobre o trabalho, condições de trabalho e estresse relacionado ao trabalho, além da QVRT geral (Easton & Van Laar, 2019). Esta escala visa avaliar os fatores que influenciam a qualidade das experiências relacionadas ao trabalho e possui excelente confiabilidade ($\alpha = 0,93$).

Procedimentos

Esta pesquisa foi realizada por meio de uma página online entre outubro e dezembro de 2020. A participação foi voluntária, e os participantes foram encaminhados para um site vinculado criado especificamente para fins deste estudo. A primeira página do questionário explicou os objetivos do estudo e informou os participantes sobre como



responder ao estudo, como se retirar do estudo e como entrar em contato com os autores do estudo para obter mais informações. Além disso, os participantes também foram convidados a ler e assinar uma isenção de consentimento informado.

Os pesquisadores enviaram aproximadamente 2.000 convites de estudo, e 340 participantes responderam voluntariamente, gerando uma taxa de resposta de 17%. A divulgação da pesquisa cumpriu os princípios éticos do consentimento informado, do anonimato e da confidencialidade. O estudo não ofereceu recompensas ou incentivos em troca de participação. Os critérios de inclusão do estudo abrangeram ter mais de 18 anos, ser brasileiro, ser natural de língua portuguesa brasileira e possuir emprego formal (por exemplo, contrato de trabalho). O comitê de ética em pesquisa da Universidade de Beira Interior, Portugal (código: CEUBI-PJ-2020-088) concedeu aprovação para o estudo.

Análise de dados

Os pesquisadores calcularam estatísticas descritivas (média, desvio padrão, frequência e percentuais) para detalhar as características da amostra. O estudo utilizou os tests t e ANOVAs unidirecionais para avaliar as diferenças entre os grupos de comparação. Os pesquisadores encontraram os coeficientes de correlação de Pearson para avaliar as associações entre o medo do COVID-19, os impactos negativos do COVID-19 com a QVRT e entre todos os domínios da QVRT entre si. Finalmente, foram realizadas análises de regressão linear múltipla para examinar os efeitos das variáveis independentes (sexo, medo do COVID-19 e os impactos negativos do COVID-19) nas variáveis dependentes (Bem-estar Geral; Interações casa-trabalho; Satisfação na Carreira; Controlo sobre o Trabalho; Condições de Trabalho; Estresse relacionado ao trabalho e QVRT Geral).

Resultados

Informação Sociodemográfica

Uma amostra por conveniência de 340 cidadãos brasileiros composta por 190 mulheres (56%) e 147 homens (44%) com mais de 18 anos e que possuíam emprego formal participaram do estudo. A idade média dos participantes era de 38.46 anos (DP = 12.52), variando entre 18 e 74 anos. Em relação à realização educacional, quase 90% da amostra possuía diploma universitário. Quanto à orientação sexual e ao estado civil, a maioria dos participantes se auto-identificou como heterossexual (77%), e a pluralidade estava casada ou em união cívica de facto (49%). Em relação ao local de residência, a maioria dos participantes residia em grandes ou pequenas áreas urbanas (95%). A maioria dos participantes alegou possuir status socioeconômico médio-médio (73%). Por fim, a maioria dos participantes afirmou que estavam empregados, autônomos ou simultaneamente trabalhando e estudando (82%). A Tabela 1 apresenta mais informações sobre as características sociodemográficas da amostra.

Tabela 1 - Características Sociodemográficas da amostra (N = 340, Média Idade = 38,46)

Variável	Categoria	N	%
Género	Feminino	190	56
	Masculino	147	43.4

	Outros	2	0.6
Estado Civil	Casado(a) ou União de facto	165	48.7
	Solteiro	138	40.7
	Divorcou separado	31	9.1
	Viúvo	5	1.5
Sexual Orientação	Heterossexual	263	77.4
	Bissexual ou pansexual	40	11.8
	Gay ou lésbica	35	10.3
	Assexuada	2	0.6
Realização Educativa	Até 12 anos de estudo	36	10.6
	Licenciatura	68	20
	Pós-graduação	134	39.4
	Ph.d.	102	30
Local de Residência	Rural	16	4.7
	Urbano	323	95.3
Status Socioeconómico	Baixo para médio inferior	82	24.1
	Médio a médio-alto	248	72.9
	Alta	10	2.9
Status Emprego	Desempregados	11	3.3
	Estudante	39	11.6
	Estudante empregado	95	28.2
	Autônomo	42	12.5
	Empregado	139	41.2
	Aposentado	11	3.3

Medo do COVID-19, os Impactos Negativos do COVID-19 e as escalas QVRT.

A Tabela 2 mostra os resultados gerais para o Medo do COVID-19, os Impactos Negativos do COVID-19 e as escalas QVRT, respetivamente. O estudo encontrou escores moderados para todas as variáveis e próximas aos pontos de corte.

Tabela 2 - Resultados Gerais para o Medo do COVID-19, os Impactos Negativos do COVID-19 e as Escalas QVRT

Variável	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Ponto corte</i>
Medo do COVID-19	2.57	.91	1	5	3
Impactos negativos do COVID-19	3.05	.88	1	5	3
Bem-estar geral	3.31	.91	1	5	3
Interações casa-trabalho	3.32	.99	1	5	3
Satisfação na Carreira	3.54	.78	1.4	5	3.2
Controlo sobre o Trabalho	3.54	.86	1.3	5	3.15
Condições de Trabalho	3.27	.99	1	5	3
Estresse relacionado ao trabalho	2.91	1.05	1	5	3
QVRT geral	3.32	.68	1.2	5	3.1

Medo e Impactos Negativos do COVID-19 e QVRT por Género

Ao comparar os escores entre homens e mulheres, foram encontradas diferenças significativas ($p < .05$) em relação ao medo do COVID-19, com as mulheres apresentando maiores medos do COVID-19 do que os homens. Em relação às dimensões da QVRT, os resultados mostraram diferenças significativas entre homens e mulheres para o bem-estar geral, satisfação na carreira, controle sobre o trabalho e QVRT geral, com os homens relatando pontuações mais altas e indicando percepções mais positivas sobre esses domínios do que as mulheres. A análise dos impactos negativos do COVID-19 e das dimensões interações casa-trabalho, condições de trabalho e estresse relacionado ao trabalho não encontrou diferenças significativas entre homens e mulheres. Os resultados comparados por sexo são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Resultados para o Medo do COVID-19, os Impactos Negativos do COVID-19 e as Escalas QVRT por género

Variável	Mulher		Homen		t (dp)	p.
	M	SD	M	SD		
Medo COVID-19	2.67	.924	2.44	.897	2.256 (327)	.025*
Impactos negativos do COVID-19	3.09	.862	2.99	.913	1.008 (327)	.314
Bem-estar geral	3.20	.871	3.48	.924	-2.887 (326)	.004*
Interação casa-trabalho	3.28	.996	3.37	1.00	-.793 (326)	.428
Satisfação na Carreira	3.44	.762	3.67	.808	-2.650 (326)	.008*
Controlo sobre o Trabalho	3.43	.807	3.68	.926	-2.537 (326)	.012*
Condições de Trabalho	3.24	.983	3.31	1.01	-.673 (326)	.502
Estresse relacionado ao trabalho	2.85	1.00	3.00	1.11	-1.217 (326)	.225
QVRT geral	3.24	.645	3.42	.738	-2.325 (326)	.021*

* $p < .05$.

Correlação entre o Medo do COVID-19, os Impactos Negativos do COVID-19 e QVRT

A análise de correlação encontrou correlações significativas ($p < .001$) para a maioria das associações entre as variáveis. O QVRT geral demonstrou correlação negativa com o medo do COVID-19 e os impactos negativos dos escores do COVID-19, respectivamente conforme visto na Tabela 4.

Tabela 4 - Matriz de Correlação entre o Medo do COVID-19, os Impactos Negativos do COVID-19 e a QVRT Geral

Variável	1	2	3
1. Medo do COVID-19	-		
2. Impactos negativos do COVID-19	.488**	-	
3. QVRT geral	-.308**	-.367**	-

** $p < .001$

Já na avaliação das dimensões da QVRT entre si, a QVRT geral mostrou correlação positiva com as demais dimensões da escala. Esses dados são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 - Matriz de Correlação entre as dimensões da escala QVRT

Variável	1	2	3	4	5	6	7
1. Bem-estar geral	-						
2. Interações casa-trabalho	.480**	-					
3. Satisfação na Carreira	.677**	.528**	-				
4. Controlo sobre o Trabalho	.416**	.312**	.582**	-			
5. Condições de Trabalho	.527**	.731**	.570**	.301**	-		
6. Estresse relacionado ao trabalho	.433**	.390**	.357**	.148**	.407**	-	
7. QVRT geral	.788**	.787**	.816**	.597**	.807**	.641**	-

** p < .001

Análises de regressão linear múltipla predizendo género, medo do COVID-19 e os impactos negativos dos efeitos do COVID-19 sobre a QVRT

Finalmente, foram realizadas sete análises de regressão linear múltipla para avaliar os efeitos preditivos das variáveis independentes (sexo, medo do COVID-19 e os impactos negativos do COVID-19) em todas as 6 dimensões da QVRT e da QVRT global. Género, medo do COVID-19 e os impactos negativos do COVID-19 foram preditores significativos do QVRT global, explicando 13,4% de sua variância. Além disso, o género e os impactos negativos do COVID-19 foram preditores significativos da satisfação na carreira, explicando 10% da sua variância. Além disso, o género também foi um preditor significativo de controle sobre o trabalho, explicando 3% da sua variância. O medo do COVID-19 e os impactos negativos do COVID-19 foram preditores significativos das variáveis bem-estar geral (explicando 24% de sua variância), interações casa-trabalho (explicando 6% de sua variância), condições de trabalho (explicando 9% de sua variância) e estresse relacionado ao trabalho (explicando 14% de sua variância). A Tabela 6 apresenta mais informações sobre os resultados das análises de regressão linear múltipla.

Tabela 6 – Análises de regressão linear múltipla sobre os efeitos preditivos do género, medo do COVID-19 e os impactos negativos do COVID-19 na QVRT

	BEG	ICT	SC	CST	CT	ERT	QVRTG
Género							
B	.137	.011	.152	.189	.010	.061	.261
SEB	.088	.106	.081	.093	.105	.109	.116
β	.076	.006	.100*	.113*	.005	.029	.118*
Medo do Covid-19							
B	-.158	-.133	-.073	-.049	-.239	-.190	-.148
SEB	.055	.067	.051	.059	.066	.068	.073
β	-.158*	-.123*	-.087	-.052	-.219**	-.164*	-.120*
Impactos Negativos do Covid-19							
B	-.404	-.168	-.208	-.070	-.137	-.312	-.339
SEB	.057	.069	.052	.061	.068	.071	.075
β	-.388**	-.149*	-.237**	-.072	-.121*	-.259**	-.265**
R^2	.244	.055	.097	.026	.088	.136	.134
F	34.474**	6.184**	11.519**	2.871*	10.299**	16.854**	16.465**

p * < .05** p < .001

Nota: BEG= Bem-estar Geral; ICT=Interações casa-trabalho; SC=Satisfação na Carreira; CST=Controlo sobre o Trabalho; CT=Condições de Trabalho; ERT=Estresse relacionado ao trabalho; QVRTG=Qualidade de vida relacionada com o trabalho Geral



Discussão

Este estudo fornece contribuições preliminares para a compreensão das questões relacionadas a QVRT no contexto da pandemia do COVID-19 a partir de uma perspectiva de género no Brasil. Os resultados apontam para níveis moderados de medo do Covid-19, impactos negativos do Covid-19 e efeitos da QVRT na amostra do estudo. As mulheres relataram maiores medos relacionados ao COVID-19 do que os homens, enquanto nos impactos negativos do COVID-19 não houve diferenças significativas entre homens e mulheres. Além disso, os homens demonstraram pontuações mais altas para o QVRT geral, bem-estar geral, satisfação na carreira e controle sobre o trabalho. Além disso, género, medo do COVID-19 e os impactos negativos do COVID-19 foram os preditores significativos do QVRT geral, explicando 13,4% da sua variância. Esses resultados são semelhantes aos encontrados por outros estudos e evocam questões importantes sobre a desigualdade de género no contexto organizacional brasileiro pós COVID-19.

O medo é uma das primeiras reações em resposta a uma situação adversa (Coelho et al., 2020). No Brasil, dois estudos anteriores encontraram altos níveis de medo durante a pandemia do COVID-19 na população estudada, sendo as mulheres as mais afetadas (Giordani, Giolo, et al., 2020; Giordani, Zanoni da Silva, et al., 2020). Esses resultados foram confirmados pelo presente estudo, que também constatou que as mulheres relataram maiores medos do COVID-19 do que os homens. Isso corrobora com os achados de outros estudos realizados em todo o mundo, como na Austrália (Rahman et al., 2020), Índia (Doshi D et al., 2020), Cuba (Broche-Pérez Y et al., 2020), Portugal (Prazeres et al., 2021), Malásia (Kassim et al., 2021) e Espanha (Rodríguez-Hidalgo et al., 2020), enfatizando a propensão das mulheres a experimentar maiores medos relacionados à pandemia.

Em contrapartida, nossa pesquisa não encontrou diferenças significativas entre homens e mulheres em relação aos impactos negativos do COVID-19. Esse resultado pode estar ligado ao fato de que a percepção de impactos negativos poderia envolver associações com os efeitos diretos do COVID-19 na vida pessoal, social ou profissional de uma pessoa (Pereira et al., 2021), o que poderia ter influenciado igual e moderadamente homens e mulheres nesta amostra. A natureza diferenciada e voluntária da amostra do estudo é ilustrada pela composição de uma pluralidade de participantes casados (49%) em que a maioria dos participantes que eram heterossexuais (77%), viviam em áreas urbanas (95%), possuíam status socioeconômico médio-médio alto (72%) e possuíam pelo menos uma graduação (89%). Essas características podem contribuir para a percepção moderada dos impactos negativos do COVID-19 entre homens e mulheres na amostra, uma vez que grupos socialmente privilegiados parecem estar se ajustando melhor à pandemia do COVID-19 no Brasil (Bezerra et al., 2020; J. A. F. Santos, 2020).

Ao avaliar o QVRT geral, os homens obtiveram maior pontuação do que as mulheres, além de possuírem melhores pontuações para o bem-estar geral, satisfação na carreira e controle sobre o trabalho. Esses achados não são surpreendentes e eram esperados, uma vez que essa disparidade já foi encontrada durante a pandemia (Farré et al., 2020; Lima et al., 2020; Reichelt et al., 2020). Além disso, as desigualdades de género no contexto organizacional brasileiro já eram amplamente destacadas por organizações trabalhistas



proeminentes (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2019; International Labour Organization, 2021; OXFAM Brasil, 2018).

Por outro lado, toda a amostra relatou níveis moderados de estresse relacionado ao trabalho, interações casa-trabalho e condições de trabalho, não apresentando diferenças significativas entre homens e mulheres. Esses achados são contrários à maioria dos estudos, que tipicamente mostram que as mulheres são mais afetadas negativamente em relação a essas dimensões. Os achados divergentes de estudos anteriores estão mais provavelmente relacionados ao aumento da parcela desproporcional do trabalho doméstico e das cargas de cuidados familiares sobre as mulheres (Alon et al., 2020; Del Boca et al., 2020; Hupkau & Petrongolo, 2020; Lyttelton et al., 2020), o que pode influenciar negativamente suas percepções sobre o trabalho remunerado (Karanikas & Cauchi, 2020; Oakman et al., 2020), bem como aumentar sentimentos de estresse e exaustão (Oakman et al., 2020; Power, 2020).

Nesse sentido, nossos resultados contribuem para uma análise mais ampla da distribuição do trabalho doméstico por género no Brasil, onde as mulheres têm sido historicamente mais responsáveis pelas tarefas domésticas e pelo cuidado familiar e, muitas vezes, enfrentam a necessidade de conciliar essas tarefas com o trabalho remunerado (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2019; Oliveira, 2020). Assim, essas variáveis podem não ter sido influenciadas devido a internalização dos papéis de género das mulheres como cuidadoras e trabalhadoras domésticas, ao mesmo tempo em que o mantinham frequentemente o emprego remunerado (C. Santos & Hilal, 2017). Além disso, como indicado pelo perfil da amostra, possuir uma melhor condição de vida global pode favorecer o enfrentamento positivo em resposta aos desafios colocados pela pandemia do COVID-19 (Bezerra et al., 2020; J. A. F. Santos, 2020).

Género, medo do COVID-19 e os impactos negativos do COVID-19 foram fatores preditivos significativos que explicaram 13,4% da QVRT geral. Os pesquisadores esperavam resultados semelhantes devido à correlação negativa encontrada tanto entre o medo do COVID-19 quanto os impactos negativos do COVID-19, respectivamente, e a QVRT geral. A pandemia do coronavírus parece ser uma ameaça multifacetada às mulheres, contra a qual o emprego parece não funcionar como um fator protetor. No entanto, o medo do COVID-19 e os impactos negativos do COVID-19 foram os mais relacionados à QVRT geral uma vez que impactaram os tipos de trabalho realizados e criaram sentimentos de ameaça (Akkermans et al., 2020; Hite & McDonald, 2020).

Este estudo foi o primeiro a avaliar os impactos da pandemia do COVID-19 na QVRT dos trabalhadores brasileiros. Sua comparação das diferenças de género constatou que as mulheres relataram uma menor QVRT do que os homens. Esses resultados podem ter implicações potencialmente negativas a longo prazo para as mulheres, especialmente se os problemas organizacionais existentes, a insegurança no emprego e a distribuição desigual de género no trabalho remunerado e não remunerado persistirem após a pandemia (Kramer & Kramer, 2020). Assim, o intuito deste estudo foi conscientizar sobre a necessidade urgente de reduzir as disparidades de género no mercado de trabalho brasileiro, especialmente devido aos efeitos futuros ainda incertos da pandemia do COVID-19.



De acordo com muitas organizações trabalhistas preeminentes (Georgieva et al., 2020; International Labour Organization, 2021; Organização Pan-Americana da Saúde, 2020; United Nations Women, 2020), a promulgação de políticas que colocam as mulheres no centro da mudança é um passo essencial no combate à desigualdade de gênero a longo prazo. Além disso, as medidas organizacionais que compartilham esse foco podem ajudar a minimizar a desigualdade de gênero no local de trabalho e nos desfechos da QVRT durante e após a pandemia. Nesse sentido, arranjos de trabalho flexíveis, comunicação empática e redução de vieses de gênero poderiam ser particularmente eficazes na promoção de uma recuperação econômica pós-COVID-19 mais inclusiva de gênero (Sarah et al., 2020).

Limitações e futuras direções

No entanto, é importante notar que certas limitações restringem a generalização dos resultados deste estudo. A primeira limitação diz respeito ao pequeno tamanho amostral do estudo (N=340) em relação à população brasileira total (aproximadamente 212 milhões de pessoas em 2020). Além disso, os participantes do estudo viviam principalmente em áreas urbanas, eram heterossexuais, pertenciam à classe média/média-alta, e possuíam diploma universitário, questionando a representatividade da amostra em comparação com as características sociodemográficas da população brasileira em geral. Além disso, a natureza transversal do estudo também representou uma limitação, uma vez que os impactos futuros da pandemia do COVID-19 ainda são incertos. Por fim, dado que o questionário foi disponibilizado on-line e auto-administrado, faz com que essas características do estudo levantem questões sobre a possível influência do viés de seleção.

Para enfrentar essas limitações, os pesquisadores sugerem que estudos futuros utilizem amostras maiores e mais representativas da população brasileira como um todo. Amostras mais representativas permitiriam que pesquisas futuras fornecessem estimativas mais generalizáveis e precisas das diferenças de gênero na QVRT durante a pandemia do COVID-19. Além disso, estudos longitudinais também poderiam melhorar a compreensão dos impactos da pandemia do COVID-19 sobre o QVRT ao longo do tempo. Por fim, a incorporação de medidas adicionais em estudos futuros, como avaliação de burnout, sintomas psicopatológicos e autoeficácia no trabalho, poderia auxiliar na verificação de fatores preditivos e preventivos adicionais capazes de influenciar diretamente a QVRT.

Referências

- Abbott, A. (1997). Of time and space: The contemporary relevance of the Chicago school. *Social Forces*, 75(4), 1149–1182. <https://doi.org/10.1093/sf/75.4.1149>
- Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D. & Pakpour, A. H. (2020). The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, March. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>
- Akkermans, J., Richardson, J. & Kraimer, M. L. (2020). The Covid-19 crisis as a career shock: Implications for careers and vocational behavior. *Journal of Vocational Behavior*, 119(May). <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2020.103434>
- Alon, T., Doepke, M., Olmstead-Rumsey, J. & Tertilt, M. (2020). the Impact of Covid-

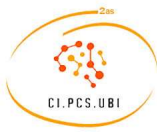


- 19 on Gender Equality. *National Bureau of Economic Research*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.3386/w26947>
- Ashraf, B. N. (2020). Economic impact of government interventions during the COVID-19 pandemic: International evidence from financial markets. *Journal of Behavioral and Experimental Finance*, 27(January). <https://doi.org/10.1016/j.jbef.2020.100371>
- Bachion Ceribeli, H., Bachion Ceribeli, M. C. & Rodrigues Ferreira, F. J. (2016). Análise Da Qualidade De Vida No Trabalho (Qvt) Sob a Perspectiva Das Diferenças Entre Géneros. *Reuma*, 21(3), 5–24. <https://doi.org/10.21714/2179-8834/2016v21n3p05->
- Bakker, A. B. (2017). Strategic and proactive approaches to work engagement. *Organizational Dynamics*, 46(2), 67–75. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2017.04.002>
- Bastos, G., Carbonari, F. & Paula Tavares. (2020). Addressing Violence against Women (VAW) under COVID-19 in Brazil. In *World Bank Group* (pp. 1–20). <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Addressing-Violence-against-Women-VAW-under-COVID-19-in-Brazil.pdf>
- Béland, L.-P., Brodeur, A. & Wright, T. (2020). The short-term economic consequences of COVID-19: Exposure to disease, remote work and government response. In *IZA Discussion Paper* (Issue 13159). <https://covid-19.iza.org/publications/dp13159/>
- Bezerra, A. C. V., da Silva, C. E. M., Soares, F. R. G. & da Silva, J. A. M. (2020). Factors associated with people’s behavior in social isolation during the covid-19 pandemic. *Ciencia e Saude Coletiva*, 25, 2411–2421. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10792020>
- Bianchi, S. M., Sayer, L. C., Milkie, M. A. & Robinson, J. P. (2012). Housework: Who did, does or will do it, and how much does it matter? *Social Forces*, 91(1), 55–63. <https://doi.org/10.1093/sf/sos120>
- Broche-Pérez Y, Fernández-Fleites Z, Jiménez-Puig E, Fernández-Castillo E & Rodríguez-Martin B. (2020). Gender and Fear of COVID-19 in a Cuban Population Sample. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1, 1–9. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00343-8>
- Brodeur, A., Gray, D., Islam, A. & Bhuiyan, S. J. (2020). A Literature Review of the Economics of COVID-19. In *IZA Discussion Paper Series* (Issue 13411). <https://ssrn.com/abstract=3636640>
- Brynjolfsson, E., Horton, J. J., Ozimek, A., Rock, D., Sharma, G. & TuYe, H. (2020). Covid-19 and Remote Work: an Early Look At Us Data. *National Bureau of Economic Research*, June 20, 1–30. <https://doi.org/10.3386/w27344>
- Coelho, C. M., Suttiwan, P., Arato, N. & Zsido, A. N. (2020). On the Nature of Fear and Anxiety Triggered by COVID-19. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.581314>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2019). *Mujeres Económicas Cambiantes*. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45032/S1900723_
- Del Boca, D., Oggero, N., Profeta, P. & Rossi, M. (2020). Women’s and men’s work, housework and childcare, before and during COVID-19. *Review of Economics of the Household*, 18(4), 1001–1017. <https://doi.org/10.1007/s11150-020-09502-1>
- Dernberger, B. N. & Pepin, J. R. (2020). Gender flexibility, but not equality: Young adults’ division of labor preferences. *Sociological Science*, 7, 36–56. <https://doi.org/10.15195/v7.a2>
- Doshi D, Karunakar P, Rao J, Surya J & Vishnu S. (2020). Assessing Coronavirus Fear in Indian Population Using the Fear of COVID-19 Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 10.1007/s11469-020-00332-x



- Easton, S. & Van Laar, D. (2019). User Manual for the Work-Related Quality of Life (WRQoL) Scale: A Measure of Quality of Working Life. In *Quality of Working Life Research* (2nd ed.). British Library Cataloguing-in-Publication Data. <http://www.qowl.co.uk/researchers/WRQoL> User manual 2nd Ed ebook Feb 2018
- Farré, L., Fawaz, Y., Gonzalez, L. & Graves, J. (2020). How the COVID-19 Lockdown Affected Gender Inequality in Paid and Unpaid Work in Spain. In *IZA Discussion Paper Series* (Issue 13434). <https://ssrn.com/abstract=3643198>
- Galasso, V. & Foucault, M. (2020). Working during COVID-19: Cross-country evidence from real-time survey data. In *OECD Social, Employment and Migration Working Papers* (Issue 246). <https://doi.org/10.1787/34a2c306-en>.
- Georgieva, K., Fabrizio, S., Lim, C. H. & Tavares, M. M. (2020). *A covid-19 e as diferenças de género*. Nações Unidas. <https://unric.org/pt/a-covid-19-e-as-diferencas-de-genero/>
- Giordani, R. C. F., Giolo, S. R., Muhl, C. & Zanoni da Silva, M. (2020). Psychometric evaluation of the Portuguese version of the FCV-19 scale and assessment of fear of COVID-19 in a Southern Brazilian population. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 1–9. <https://doi.org/http://doi.org/10.1080/10911359.2020.18>
- Giordani, R. C. F., Zanoni da Silva, M., Muhl, C. & Giolo, S. R. (2020). Fear of COVID-19 scale: Assessing fear of the coronavirus pandemic in Brazil. *Journal of Health Psychology*. <https://doi.org/10.1177/1359105320982035>
- Gomes, J., Silva, C. & Cruz, A. (2018). Escala da Qualidade de Vida Relacionada com o Trabalho. In *User Manual for the Work-Related Quality of Life (WRQoL) Scale: A Measure of Quality of Working Life*. (p. 75). University of Portsmouth. [http://www.qowl.co.uk/researchers/Escala QVT.pdf](http://www.qowl.co.uk/researchers/Escala%20QVT.pdf)
- Hipólito, J., Diele-Viegas, L. M., Cordeiro, T. E. F., Sales, L. P., Medeiros, A., Deegan, K. R. & Leite, L. (2020). Unwrapping the long-term impacts of covid-19 pandemic on brazilian academic mothers: The urgency of short, medium, and long-term measures. *Anais Da Academia Brasileira de Ciencias*, 92(4), 1–4. <https://doi.org/10.1590/0001-3765202020201292>
- Hite, L. M. & McDonald, K. S. (2020). Careers after COVID-19: challenges and changes. *Human Resource Development International*, 23(4), 1–11. <https://doi.org/10.1080/13678868.2020.1779576>
- Hupffer, H. M., Atz, A. P. & Teixeira, J. P. (2020). A globalização da covid-19 e a distribuição desigual dos riscos sociais e econômicos. In L. L. P. Sobrinho, C. Calgaro & L. S. Rocha (Eds.), *COVID-19: Ambiente e tecnologia* (pp. 147–166).
- Hupkau, C. & Petrongolo, B. (2020). Work, care and gender during the Covid-19 crisis. In *IZA Discussion Paper* (Issue 13762). <https://covid-19.iza.org/publications/dp13762/>
- International Labour Organization. (2021). ILO Monitor: COVID-19 and the world of work. Seventh edition. Updated estimates and analysis. In *International Labour Organization* (Issue January). https://www.ilo.org/brasilia/noticias/WCMS_76731
- Karanikas, N. & Cauchi, J. (2020). *Literature review on parameters related to Work-From-Home (WFH) arrangements*. <https://eprints.qut.edu.au/205308/>
- Kassim, M. A. M., Pang, N. T. P., Mohamed, N. H., Kamu, A., Ho, C. M., Ayu, F., Rahim, S. S. S. A., Omar, A. & Jeffree, M. S. (2021). Relationship Between Fear of COVID-19, Psychopathology and Sociodemographic Variables in Malaysian Population. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00444-4>
- Kramer, A. & Kramer, K. Z. (2020). The potential impact of the Covid-19 pandemic on

- occupational status, work from home, and occupational mobility. *Journal of Vocational Behavior*, 119(103442), 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2020.103442>
- Kristal, T. & Yaish, M. (2020). Does the coronavirus pandemic level the gender inequality curve? (It doesn't). *Social Stratification and Mobility*, 68(100520), 5–6. <https://doi.org/10.1016/j.rssm.2020.100520>
- Liben, L. S. & Bigler, R. S. (2017). Understanding and Undermining the Development of Gender Dichotomies: The Legacy of Sandra Lipsitz Bem. *Sex Roles*, 76(9–10), 544–555. <https://doi.org/10.1007/s11199-015-0519-4>
- Lima, L. A. de O., Domingues Junior, P. L., Lima, M. A. de O. & Duarte, G. H. B. (2020). Quality of life at work in a ready care unit (UPA) in Brazil during de COVID-19 pandemic. *International Journal of Research -GRANTHAALAYAH*, 8(9). <https://doi.org/10.29121/granthaalayah.v8.i9.2020.1243>
- Limongi-frança, A. C. (2004). *Qualidade de vida no trabalho - QVT: Conceitos e Práticas nas empresas da sociedade pós industrial* (2nd ed.). Atlas.
- Lyttelton, T., Zang, E. & Musick, K. (2020). Gender Differences in Telecommuting and Implications for Inequality at Home and Work. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3645561>
- Matos, R. A. da C., Akutsu, R. de C. C. de A., Zandonadi, R. P., Rocha, A. & Botelho, R. B. A. (2020). Wellbeing at work before and during the sars-cov-2 pandemic: A brazilian nationwide study among dietitians. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155541>
- Oakman, J., Kinsman, N., Stuckey, R., Graham, M. & Weale, V. (2020). A rapid review of mental and physical health effects of working at home: how do we optimise health? *BMC Public Health*, 20(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12889-020->
- Oliveira, A. L. de. (2020). A espacialidade aberta e relacional do lar: A arte de conciliar maternidade, trabalho doméstico e remoto na pandemia da covid-19. *Revista Tamoios*, 16(1), 154–166. <https://doi.org/10.12957/tamoios.2020.50448>
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2020). *Gênero e COVID-19: Orientações para Advocacy*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52432>
- Organization for Economic Cooperation and Development. (2021). *Short-Term Labour Market Statistics*. OECD.Stat. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=ST>
- OXFAM Brasil. (2018). País Estagnado: Um Retrato das Desigualdades Brasileiras. In *Oxfam Brasil*. <https://www.oxfam.org.br/pais-estagnado>
- Pereira, H., Esgalhado, G., Costa, V., Monteiro, S. & Oliveira, V. (2021). Propriedades psicométricas das escalas de medo e impacto negativo face à COVID-19. *Psicologia, Saúde e Doenças*.
- Power, K. (2020). The COVID-19 pandemic has increased the care burden of women and families. *Sustainability: Science, Practice and Policy*, 16(1), 67–73. <https://doi.org/10.1080/15487733.2020.1776561>
- Prazeres, F., Passos, L., Simões, J. A., Simões, P., Martins, C. & Teixeira, A. (2021). Covid-19-related fear and anxiety: Spiritual-religious coping in healthcare workers in portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(220). <https://doi.org/10.3390/ijerph18010220>
- Rahman, M. A., Hoque, N., Alif, S. M., Salehin, M., Islam, S. M. S., Banik, B., Sharif, A., Nazim, N. B., Sultana, F. & Cross, W. (2020). Factors associated with psychological distress, fear and coping strategies during the COVID-19 pandemic in Australia. *Globalization and Health*, 16(95). <https://doi.org/10.1186/s12992-020->
- Reichelt, M., Makovi, K. & Sargsyan, A. (2020). The impact of COVID-19 on gender inequality in the labor market and gender-role attitudes. *European Societies*, 0(0),



- 1–18. <https://doi.org/10.1080/14616696.2020.1823010>
- Ridgeway, C. L. (2013). *Framed by Gender: How Gender Inequality Persists in the Modern World* By Cecilia L. Ridgeway Oxford University Press. 2011. 248 pages. \$24.95 paper. *Social Forces*, 92(1), 401–405. <https://doi.org/10.1093/sf/sos157>
- Rodríguez-Hidalgo, A. J., Pantaleón, Y., Dios, I. & Falla, D. (2020). Fear of COVID-19, Stress, and Anxiety in University Undergraduate Students: A Predictive Model for Depression. *Frontiers in Psychology*, 11(591797). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.591797>
- Santos, C. & Hilal, A. V. G. de. (2017). Same, same but different? Women’s experiences with gender inequality in Brazil. *Employee Relations*, 40(3), 486–499. <https://doi.org/10.1108/ER-04-2017-0094>
- Santos, J. A. F. (2020). Covid-19, causas fundamentais, classe social e território. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3). <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00280>
- Sarah, C., Huang, J., Kumar, A., Prince, S., Krivkovich, A. & Yee, L. (2020). *Women in the Workplace 2020*. https://wiw-report.s3.amazonaws.com/Women_in_the_Workplace_2020.pdf
- Shollen, S. L., Bland, C. J., Finstad, D. A. & Taylor, A. L. (2009). Organizational climate and family life: How these factors affect the status of women faculty at one medical school. *Academic Medicine*, 84(1), 87–94. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181900edf>
- Simões, S. & Matos, M. (2008). Modern Ideas, Traditional Behaviors, and the Persistence of Gender Inequality in Brazil. *International Journal of Sociology*, 38(4), 94–110. <https://doi.org/10.2753/ijso020-7659380405>
- Stohs, J. H. (2007). Thistle, Susan. From marriage to the market: the transformation of women’s live and work. *Journal of Comparative Family Studies*, 38(2), 366–367. <https://doi.org/10.3138/jcfs.38.2.366>
- Szwarcwald, C. L., Malta, D. C. & Barros, M. B. de A. (2020). *ConVid - Pesquisa de Comportamentos: Dificuldades nas atividades de rotina e trabalho*. https://convid.fiocruz.br/index.php?pag=atividade_rotina
- United Nations Women. (2020). The Impact of COVID-19 on Women. In *United Nations* (Issue April). <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women-en.pdf>
- Van Laar, D., Edwards, J. A. & Easton, S. (2007). The Work-Related Quality of Life scale for healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing*, 60(3), 325–333. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04409.x>
- Viglione, G. (2020). *Are women publishing less during the pandemic? Here’s what the data say*. *Nature*. <https://www.nature.com/articles/d41586-020-01294-9?fbclid=IwAR0QED0Cewd3XWZtiyan->
- Vincent-Lamarre, P., Sugimoto, C. R. & Larivière, V. (2020). *The decline of women’s research production during the coronavirus pandemic*. *Nature*. <https://www.natureindex.com/news-blog/decline-women-scientist-research-publishing-production-coronavirus-pandemic>
- West, C. & Zimmerman, D. H. (1987). Doing gender. *Gender and Society*, 1(2), 125–141. https://www.gla.ac.uk/0t4/crcees/files/summerschool/readings/WestZimmerman_1987_DoingGender.pdf
- World Bank Group. (2021). *Global Mensal February 2021*. World Bank Group. <http://pubdocs.worldbank.org/en/677431614356398013/Global-Monthly-Feb21>
- World Health Organization. (2021). *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. WHO. <https://covid19.who.int/>



CAPITULO 8

Doença pediátrica crónica complexa e satisfação parental com a vida

Sandra Alves, Ana Carolina Braz & Anne Marie Fontainte

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação - Universidade do Porto

Autor correspondente: Sandra Alves, e-mail: sandraportelaalves@gmail.com

Resumo: O diagnóstico de uma doença crónica complexa (DCC) de um filho tem impacto significativo na parentalidade e nas relações familiares, sendo a coesão e adaptabilidade fatores determinantes para a adaptação da família à DCC. Verificada a necessidade de desenvolver estudos que permitam comparar a forma como as mães e pais vivenciam estes processos, comparou-se a satisfação com a vida (SV) e a aceitação e coesão familiar (ACF) percebidas por mães e de filhos com diagnóstico de DCC, com idades compreendidas entre 3 e 17 anos. Participaram 110 adultos (57 mães e 53 pais). Foram utilizadas a Escala de Satisfação com a Vida (Satisfaction With Life Scale de Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985), versão portuguesa de Simões (1992), e a Dimensão de Aceitação e Coesão Familiar (ACF) da Escala de Contribuições Positivas – Inventário de Perceção Parental de Kansas (Positive Contributions Scale – Kansas Inventory of Parental Perceptions de Behr, Murphy, & Summers, 1992), versão portuguesa de Fonseca, Nazaré, & Canavarro (2009). As escalas foram administradas presencialmente com a família. Foram calculados os scores totais de SV (Mães: Média=19,37, desvio-padrão=3,27, Pais: Média=18,26, desvio-padrão=3,94), e de ACF (Mães: Média=27,37, desvio-padrão=4,92, Pais: Média=25,15, desvio-padrão=4,95). Utilizando o teste U de Mann Whitney (adotando $p < 0,05$), foram comparados os scores totais de SV e de ACF de mães e pais. Foram encontradas diferenças para ACF ($U=1167,00$ e $p=0,039$), mas não para SV ($U=1316,000$ e $p=0,242$). Discutem-se implicações dos resultados para a avaliação e intervenção ao nível da promoção de estratégias de adaptação à DCC, focadas no reequilíbrio e recuperação deste momento de crise.

Palavras-Chave: Doença pediátrica crónica complexa, parentalidade, satisfação com a vida, aceitação e coesão familiar

Introdução

O diagnóstico de uma doença crónica complexa (DCC) de um filho tem um impacto significativo nas relações familiares e na parentalidade, obrigando a família a adotar



novas formas de comunicação e a uma alteração de rotinas e de papéis familiares. No entanto, a verificação de que há famílias que evidenciam problemas significativos de ajustamento face à vivência destas situações enquanto outras funcionam de forma mais ajustada, permite pensar que diferentes fatores contribuem para este facto.

Por DCC entende-se “qualquer situação médica para a qual seja razoável esperar uma duração de pelo menos 12 meses (exceto em caso de morte) e que atinja diferentes sistemas ou um órgão de forma suficientemente grave, requerendo cuidados pediátricos especializados e provavelmente algum período de internamento num centro médico terciário.” (Feudtner, Christakis, & Connell, 2000, p. 206). Foram definidas dez categorias de DCC: neurológicas/neuromusculares, cardiovasculares, respiratórias, renais/urológicas, gastrointestinais, hematológicas/imunológicas, metabólicas, outras congénitas/genéticas, malignas e neonatais (Feudtner et al., 2014).

A DCC traz implicações para o contexto familiar, tanto no momento presente, como no futuro, em diferentes áreas, o que pode alterar a perceção de bem-estar dos seus membros. A satisfação com a vida (SV) é uma medida de bem-estar subjetivo (Diener, Emmons, Larsen, & Griffen, 1985) que consiste na avaliação feita pelas pessoas sobre as suas vidas, em termos de cognição e de sentimentos, podendo, inclusive, ser considerada como um importante preditor de resultados de vida futura (Diener, 2012). A SV pode ser nomeadamente avaliada por meio de uma escala composta por cinco itens desenvolvida por Diener et al (1985) e validada para amostra portuguesa por Simões (1992).

Os modelos explicativos da adaptação da família à doença crónica descritos na literatura com maior predominância enfatizam os processos transacionais numa perspetiva sistémica da família (Mullins et al., 2015). O objetivo último de um processo de adaptação a estes contextos é lidar de forma ajustada com as novas situações e exigências colocadas à família, o que implica a utilização adequada de todos os recursos disponíveis. Um estudo desenvolvido por Blackwell et al. (2019) indicou que apesar das crianças com doenças crónicas apresentarem, na perceção dos pais, um índice de saúde global mais baixo comparativamente ao das crianças saudáveis, a sua perceção acerca da satisfação com a vida é comparável à das crianças sem doença crónica. Ou seja, a presença da condição de doença crónica não será, só por si, condição suficiente para uma menor satisfação com a vida. Todavia, o ajustamento parental parece predizer o ajustamento da criança ao próprio processo de doença, assumindo que a natureza recíproca desta relação tem um certo potencial explicativo (Mullins et al., 2015).

A aceitação e a coesão familiar são características entendidas como fatores protetores determinantes e interdependentes para a adaptação da família às exigências do seu contexto em caso de DCC. A coesão familiar pode ser definida como a ligação emocional que os elementos da família estabelecem entre si, uns com os outros (Olson et al., 1989; Olson, 1993). A aceitação pode ser considerada como o reconhecimento da necessidade de adaptação ao processo de doença e de lidar com as consequências que advêm deste processo, sem descurar as dificuldades que tal implica, associadas à imprevisibilidade e à natureza incontrolável da DCC (Evers et al., 2001).

Poucos estudos têm sido desenvolvidos no sentido de comparar o processo de adaptação entre pais e mães à DCC de um filho, em particular no que se refere às dimensões da satisfação com a vida, aceitação e coesão familiar. Esta lacuna de literatura é ainda mais



evidente quando se trata da figura paterna. Alguns dos estudos disponíveis nesta área têm revelado que as mães apresentam níveis de distress mais elevados (Kazak, 2004; McCarthy et al., 2012; Poder et al., 2008). No entanto, os pais parecem sentir maior dificuldade em discutir e refletir acerca das suas emoções (Bowes, Lowes, Warner, & Gregory, 2009; Foster et al., 2017; Ware & Raval, 2007) e dependem mais do suporte que lhes é dado pelo outro elemento do casal, enquanto que as mães baseiam o seu suporte numa rede social mais alargada (Goldstein et al., 2013; Ware & Raval, 2007). Este facto parece contribuir para a frequente verbalização dos pais de vivência de alienação, solidão e isolamento (Bowes et al., 2009; Nicholas et al., 2009; Ware & Raval, 2007).

Darling e colaboradores (2019) procuraram perceber a evolução destas características após o diagnóstico de uma doença que ameaça a vida de um filho e sugeriram que apesar de um esperado elevado nível inicial de sintomas ansiosos, depressivos e de stresse logo após o diagnóstico da criança, estes tendem a estabilizar ao longo do tempo. Ao longo dos 19 meses em que o estudo decorreu, os pais demonstraram um declínio mais rápido destes sintomas comparativamente às mães. Contrariamente às mães, os pais voltaram a demonstrar um aumento destes sintomas na fase final do estudo e relataram também mais mudanças do ponto de vista profissional do que as mães. Os autores apontam o facto de, na maior parte das situações, a mãe se apresentar como cuidadora principal e, portanto, acompanhar mais no quotidiano as deslocações da criança aos serviços de saúde, o que lhe permite beneficiar de mais suporte emocional informal aquando das oportunidades de contacto com outros pais e profissionais de saúde. Este facto, poderá explicar os resultados encontrados.

Considerando a escassez de estudos disponíveis, com o presente estudo procurou-se perceber se existem diferenças na forma como as mães e pais vivenciam a DCC de um filho, ao nível da satisfação com a vida (SV) e da aceitação e coesão familiar (ACF) percebidas pelos próprios.

Metodologia

Participantes

Participaram 110 adultos, dos quais 57 eram mães, com idades entre 29 e 50 anos (Média= 40,33 anos, desvio-padrão= 4,241) e 53 eram pais, com idades entre 37 e 42 anos (Média= 39,50 anos, desvio-padrão= 3,536), com filhos com idades compreendidas entre 3 e 17 anos, com um diagnóstico de uma doença crónica complexa realizado há mais de seis meses. Na amostra, a mãe era a cuidadora principal em 97,5% dos casos.

Instrumentos

Administrou-se um questionário de recolha de dados sociodemográficos, a Escala de Satisfação com a Vida (Satisfaction With Life Scale de Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985), versão portuguesa de Simões (1992), e as dimensões de Aceitação e Coesão Familiar (ACF), da Escala de Contribuições Positivas, uma das escalas que constitui o do Inventário de Perceção Parental de Kansas (Positive Contributions Scale –



Kansas Inventory of Parental Perceptions de Behr, Murphy, & Summers, 1992), versão portuguesa de Fonseca, Nazaré, & Canavarro (2009).

O questionário de dados sociodemográficos foi utilizado para a caracterização dos cuidadores. A Escala de Satisfação com a Vida é constituída por 5 itens, respondidos numa escala ordinal tipo Likert de 5 pontos, em que uma maior pontuação corresponde a uma maior satisfação com a vida. A versão portuguesa da Escala de Contribuições Positivas é constituída por 43 itens e é respondida numa escala tipo Likert de 4 pontos (de 1 = Discordo fortemente a 4 = Concordo fortemente). As pontuações das subescalas são calculadas pela média dos itens que as compõem, sendo que as pontuações mais elevadas indicam uma perceção de maior de aceitação e coesão familiar.

Procedimento

Este estudo faz parte de um estudo mais amplo para o qual se obteve parecer positivo da Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Foram contactadas diversas instituições onde estão inseridas e acompanhadas crianças com doença crónica complexa, entre as quais escolas, creches e associações de apoio (e.g. Associações de Paralisia Cerebral) no sentido de aceder às famílias que se enquadram neste estudo. Após estabelecimento de um elemento de ligação que mediou a comunicação entre a instituição e as famílias e apresentação dos objetivos do estudo a cada família que cumpria os critérios definidos para inclusão na amostra, foi agendado um momento presencial para obtenção do consentimento informado. As escalas foram administradas presencialmente com cada família.

Resultados

Foram calculados os scores totais de SV (Mães: Média=19,37, desvio-padrão=3,27, Pais: Média=18,26, desvio-padrão=3,94), e de ACF (Mães: Média=27,37, desvio-padrão=4,92, Pais: Média=25,15, desvio-padrão=4,95). Foram considerados para as análises os itens referentes aos dois instrumentos (isto é, os cinco itens de SV e os nove itens de ACF). Uma vez que os testes de Kolgomorov-Smirnov e Shapiro-Wilk realizados na amostra indicaram que os dados não asseguravam o princípio de normalidade necessário para a realização da ANOVA para os scores totais de SV e para os itens de SV e de ACF (todos com $p > 0,001$, para ambos os testes), foi utilizado o teste U de Mann Whitney (adotando $p < 0,05$), foram comparados os scores totais de SV e de ACF de mães e pais. Foram encontradas diferenças para ACF ($U=1167,00$ e $p=0,039$), mas não para SV ($U=1316,000$ e $p=0,242$).

Em relação às dimensões de aceitação e coesão familiar (ACF), foram encontradas diferenças entre mães e pais para três itens. Assim, as mães apresentaram maiores pontuações que os pais para os seguintes itens: “*Acho que o(a) meu (minha) filho(a) é responsável pela minha maior sensibilidade para com as outras pessoas*” ($U=1031,500$ e $p=0,002$), “*Devido ao(à) meu(minha) filho(a) sou uma pessoa mais sensível com os outros*” ($U=1024,500$ e $p=0,008$), e “*Devido ao(à) meu(minha) filho(a) os meus outros filhos aprenderam a estar atentos às necessidades e aos sentimentos das outras pessoas*” ($U=1106,500$ e $p=0,014$). Para a Escala de Satisfação com a Vida, foi encontrada apenas



uma diferença significativa no item 4, “*Até agora estou satisfeito(a) com a minha vida*”, ($U=1152,500$ e $p=0,022$), sendo novamente, a maior pontuação para as mães.

Discussão e Conclusões

No presente estudo procurou-se investigar possíveis diferenças na forma como as mães e pais vivenciam a DCC de um filho, comparando-se a satisfação com a vida (SV) e a aceitação e coesão familiar (ACF) percebidas por mães e pais de filhos com diagnóstico de DCC. Numa amostra composta por 57 mães e 53 pais, predominantemente por mães como cuidadoras principais, não foram encontradas diferenças entre mães e pais para o score geral de SV, mas houve manifestação de diferenças significativas no score geral de ACF. Além disto, diferenças específicas em favor das mães foram observadas para 3 itens da ACF e um item de SV.

Uma vez que a SV é uma medida de bem-estar subjetivo, é interessante notar que não há diferenças significativas entre mães e pais. Somente quando avaliam globalmente a sua vida em termos retrospectivos, as mães relatam maior satisfação que os pais com o que conseguiram alcançar. Considerando que na nossa amostra há mais mães do que pais que se assumem como cuidadoras informais principais, e apesar dos riscos acrescidos de sobrecarga que possam experienciar, há evidência de um aspeto específico de SV em que apresentam maior pontuação, o que pode sinalizar um fator de proteção já existente e que poderá servir como ponto de partida para intervenções focadas em promover a SV, por meio de condições que possibilitem o fortalecimento dos outros aspetos da SV, assegurando, dessa forma, maior proteção às mães e, conseqüentemente, às famílias, com base nos seus fatores de proteção. Tal como já exposto no caso das crianças com doença crónica (Blackwell et al., 2019), apenas a condição de doença crónica não será, só por si, condição suficiente para a percepção de uma menor satisfação com a vida.

Nos três itens de aceitação e coesão familiar em que foram encontradas diferenças entre mães e pais, o elemento em comum é a sensibilidade ao outro, autoavaliada pelo próprio/a, em relação a si ou aos outros filhos. Diante desses resultados, pode-se pensar em algumas hipóteses explicativas. A primeira delas consiste no facto de que, na nossa amostra há mais mães do que pais que se assumem como cuidadoras informais principais. A exposição contínua às atividades de prestação de cuidados ao filho com DCC pode ser uma condição que promove o desenvolvimento de uma maior sensibilidade no atender às necessidades dos filhos. Em segundo lugar, a sensibilidade ao outro é uma característica culturalmente ainda associada à figura materna (Ekmekci, Yavuz-Muren, Emmen, Mesman, IJendoorn, Yagmurlu, & Malda, 2015), sendo expectável que as mães da amostra apresentassem maiores pontuações em itens que ilustrem a sensibilidade ao outro. Em terceiro lugar, a percepção da sensibilidade expressa pelos filhos também pode ser resultado das vivências transmitidas pelos pais das crianças com DCC aos outros filhos, na expectativa de que percebem a atenção de que os filhos com DCC são alvo e possam receber cuidados mesmo quando os pais não o puderem fazer, no espectro do conceito de coesão familiar.



Referências

- Behr, S., Murphy, D., & Summers, J. (1992). *User's manual: Kansas Inventory of Parental Perceptions*. Kansas: University of Kansas.
- Blackwell, C. K., Elliott, A. J., Ganiban, J., Herbstman, J., Hunt, K., Forrest, C. B., & Camargo, C. A. (2019). General Health and Life Satisfaction in Children With Chronic Illness. *Pediatrics*, 143(6), 1-8.
- Bowes, S., Lowes, L., Warner, J., & Gregory, J. W. (2009). Chronic sorrow in parents of children with type 1 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 992–1000.
- Darling, S. J., Hearps, S. J. C., Muscara, F., McCarthy, M., Nicholson, J. M., Burke, K., Dimovski, A., & Anderson, V. (2019). Psychological trajectories of mothers and fathers following their child's diagnosis of a life-threatening illness or injury: A longitudinal investigation. *J. Clin. Psychol.*, 75, 1930-1942.
- Diener, E. (2012). New Findings and Future Directions for Subjective Well-Being Research. *American Psychologist*, 67(8), 590-597.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75.
- Ekmekci, H., Yavuz-Muren, H., Emmen, R., Mesman, J., IJzendoorn, M., Yagmurlu, B., & Malda, M. (2015). Professionals' and Mothers' Beliefs About Maternal Sensitivity Across Cultures: Toward Effective Interventions in Multicultural Societies. *Journal of Child & Family Studies*, 24(5), 1295-1306.
- Evers, A. W. M., Kraaimaat, F. W., van Langenveld, W., Jongen, P. J. H., Jacobs, J. W. G., & Bijlsma, J. W. J. (2001). Beyond unfavourable thinking: The Illness Cognition Questionnaire for chronic diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1026–1036.
- Feudtner, C., Christakis, D., & Connell, F. (2000). Pediatric Deaths Attributable to Complex Chronic Conditions: A Population-Based Study of Washington State, 1980-1997. *Pediatrics*, 106(1), 205-9.
- Feudtner, C., Feinstein, J., Zhong, W., Hall, M., & Dai, D. (2014). Paediatric complex chronic conditions classification system version 2: updated for ICD-10 and complex medical technology dependence and transplantation. *BMC Pediatrics*, 14(199), 3-7.
- Fonseca, A., Nazaré, B., Albuquerque, S., Pereira, M., & Canavarro, M. C. (2013). Estudos psicométricos da versão portuguesa da Escala de Contribuições Positivas numa amostra de pais de crianças com anomalia congénita. In A. Pereira, M. Calheiros, P. Vagos, I. Direito, S. Monteiro, C. F. Silva, & A. Allen Gomes (Eds.), *Livro de atas do VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 83-92). Aveiro: Associação Portuguesa de Psicologia.
- Foster, K., Young, A., Mitchell, R., Van, C., & Curtis, K. (2017). Experiences and needs of parents of critically injured children during the acute hospital phase: A qualitative investigation. *Injury*, 48(1), 114–120.
- Goldstein, H., Akre, C., Belanger, R. E., & Suris, J. C. (2013). Detached, distraught or discerning? Fathers of adolescents with chronic illness: A review of the literature. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 25(2), 109–117.
- Kazak, A. E. (2004). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and posttraumatic stress symptoms (PTSS) in families of adolescent childhood cancer survivors. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(3), 211–219.
- McCarthy, M. C., Ashley, D. M., Lee, K. J., & Anderson, V. A. (2012). Predictors of acute and posttraumatic stress symptoms in parents following their child's cancer



- diagnosis. *Journal of Traumatic Stress*, 25(5), 558–566.
- Mullins, Larry L., Molzon, Elizabeth S., Suorsa, Kristina I., Tackett, Alayna P., Pai, Ahna L. H., & Chaney, John M. (2015). Models of Resilience: Developing Psychosocial Interventions for Parents of Children with Chronic Health Conditions. *Family Relations*, 64(1).
- Nicholas, D. B., Gearing, R. E., McNeill, T., Fung, K., Lucchetta, S., & Selkirk, E. K. (2009). Experiences and resistance strategies utilized by fathers of children with cancer. *Social Work in Health Care*, 48(3), 260–275.
- Olson, D. H., McCubbin, H. I., Barnes, H. L., Larsen, A. S., Muxen, M. J., & Wilson, M. A. (1989). *Families: What makes them work* (Updated ed.). Sage Publications, Inc.
- Olson, D. H. (1993). Circumplex model of marital and family systems: Assessing family functioning. In F. Walsh (Ed.), *Normal Family Processes* (2nd ed., pp. 104-137). The Guilford Press.
- Poder, U., Ljungman, G., & von Essen, L. (2008). Posttraumatic stress disorder among parents of children on cancer treatment: A longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 17(5), 430-437.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 3, 503–515.
- Ware, J., & Raval, H. (2007). A qualitative investigation of fathers' experiences of looking after a child with a life-limiting illness, in process and in retrospect. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(4), 549–565.



CAPITULO 9

How did older adults experience the lockdowns due to the COVID-19 pandemic?

Margarida Jarego¹, Pedro Alexandre Costa¹, Fiona Tasker², José Pais-Ribeiro^{1,3}
& Alexandra Ferreira-Valente⁴

¹William James Center for Research, ISPA – University Institute, Portugal

²Birkbeck, University of London, UK

³School of Psychology and Education Sciences, University of Porto, Portugal

⁴Universidade Católica Portuguesa, Faculty of Education and Psychology, Research Center for Human Development, Portugal

Author correspondence: Margarida Jarego, e-mail: mjarego22@gmail.com

Abstract: The COVID-19 pandemic and associated lockdowns increased the levels of stress, negatively impacting the mental health of individuals, especially older adults. Indeed, older adults were found to be the most vulnerable group to suffering COVID-19-related consequences. This study aimed at exploring the subjective experience of being lockdown in 2020 and 2021. A sample of 21 older adults were interviewed (36% women; age range: 66 to 92 years). Data were collected via semi-structured interviews between Jan-Sep 2020. Interviews were transcribed and analysed according to thematic analysis. Older adults' routine and activities were impacted by the lockdowns, resulting in changes to accommodate their needs (e.g., only going out for essentials). In addition to being afraid of COVID-19, participants identified losing social contacts in person and physical affection as the most prevalent negative consequences of the lockdowns. The COVID-19 pandemic changed the daily life of the elderly with these changes resulting in losses, such as losing the possibility of being with loved ones and expressing affection physically. Moreover, fear became a prevalent emotion during the lockdowns, which can lead to increase in physical and mental problems. Clinical psychologists should routinely include a fear assessment profiling the care needs of older adults and promote interventions to decrease levels of fear and/or manage feelings of loneliness arising from the lack of face-to-face social contacts.

Key-words: COVID-19; Older adults; Lockdowns; Fear; Loneliness"

Introduction

The COVID-19 pandemic affected individuals and societies worldwide. When the



pandemic began little was known about the virus, its possible development over time, or the negative effects it could have (Cavazzoni et al., 2022). Moreover, the lack of vaccines and effective treatments led governments to adopt preventive measures to contain the dispersal of COVID-19, such as mandatory lockdowns. The novelty of the situation, as well as the imposition of lockdowns, may have caused sudden and alarming consequences for the physical and psychological health of individuals (Cavazzoni et al., 2022). Specifically, the unprecedented health crisis led to feelings of fear, insecurity, and uncertainty (Eiguren et al., 2021), leading to various possible health problems, such as reduced immune system function, mood swings, or phobic anxiety (Rosenberg, 2017). Furthermore, the mandatory lockdowns may have inhibited social support systems by disrupting everyday routines that promoted social interactions (e.g., going to the café, group exercise classes; Eiguren et al., 2021; Rapisarda et al., 2023). These consequences may have been more severe for older than younger adults, as the elderly were more likely to develop a serious disease after being infected by COVID-19, at greater risk of hospitalization, and were more susceptible to feeling lonely during the COVID-19 pandemic (Eiguren et al., 2021; Rapisarda et al., 2023; Shahid et al., 2020).

While previous studies have explored the rising rates of fear and social isolation experienced during the pandemic lockdowns, most research was conducted using quantitative methodologies during the first phase of the pandemic, with little attention to the specific reasons that led people to fear COVID-19 as the pandemic progressed. Hence, within our knowledge, this is the first study aimed at exploring the subjective experience of older adults in Portugal under lockdown in 2020 and 2021. Specifically, this study sought to explore the nature and causes of the fears experienced during the pandemic and examine the effects of mandatory lockdown on social interactions.

Methods

Participants

Older adults from the general population were recruited via social media (e.g., Facebook), email, or phone calls to different organizations (e.g., senior houses), or by invitation from a wider series of survey studies conducted by the research team. Eligibility criteria were: (a) residing in Portugal between March 2020 and May 2021; (b) minimum age of 66 years old (the age of eligibility for a state pension in Portugal); (c) being able to understand Portuguese; and (d) being able to give consent to voluntarily participate in the study.

Participants included in the analysis were 21 older adults (men: $n = 14$; 67%), with ages comprised between 66 and 92 years old ($M = 76$; $SD = 8.3$). Most participants were married in a heterosexual relationship ($n = 13$; 62%), followed by widowed ($n = 6$; 29%), and single ($n = 2$; 9%). Almost all of these older adults were retired ($n = 18$; 86%), with the remaining participants still working ($n = 3$; 14%). Regarding their region of residence, seven participants (33%) were from the northern region of Portugal, three (14%) were from the metropolitan area of Lisbon (MAL), six (29%) were from the southern region of Portugal, and five (24%) were from the Portuguese's islands.

Materials



A sociodemographic questionnaire and a semi-structured interview script were created. The semi-structured interview script invited participants to explore their subjective experience of lockdowns of older adults during the COVID-19 pandemic with prompting to elucidate a) what thought about the COVID-19 pandemic (e.g., risk perception of the disease, causes of fear), and b) changes in daily routines, including feelings about changes in social interaction experienced when restrictions were imposed.

Procedure

The Ethical Committee for Research from Ispa (reference I/033/04/2020) gave ethical approval. Interested participants were emailed or called to schedule an interview at their convenience. The first author conducted all interviews between January – September 2022. Interviews were conducted face-to-face (n = 4; 19%) or via online videoconference (n = 17; 81%), according to participants' preferences. Interviews were video recorded. Before the interview commenced, the study's design was presented, and voluntary and anonymous participation was reiterated, including the offer of withdrawal from the study at any point until the finish of the interview. Written consent was followed by filling out the sociodemographic questionnaire. Interviews were transcribed by undergraduate students, under the supervision of the first author.

Data analysis

Participants' names were changed to pseudonyms. Data were analyzed using codebook thematic analysis (TA; Braun & Clarke, 2022). Codebook TA was performed inductively (i.e., themes and subthemes were identified based on raw data), according to a constructivist paradigm. First, the lead author read, analyzed, and open-coded five interviews. The generated codes were interactively revised and discussed with the second author. Second, the remaining interviews were coded by the lead author who then arranged all the codes into potential themes and subthemes through discussion with the second author.

Results

Two main themes were identified regarding the subjective experience of older adults during the lockdowns and broader experience of the COVID-19 pandemic: 1) Fear: why did I feel it?; and 2) Longing for in-person social interactions.

Fear: why did I feel it?

The first theme included feelings of fear of COVID-19 and the reasons for participants feeling scared during the COVID-19 pandemic and associated lockdowns. This theme included three subthemes: 1) Fear caused by catching and/or dying from COVID-19; 2) Fear caused by uncertainty and novelty of the situation; 3) Fear caused by concern for others. All participants (100%) identified feeling fear at some point in time and discussed its different causes.

Regarding the first subtheme, almost all older adults described the fear of catching COVID-19, and some articulated the apocalyptic possibility that COVID-19 was: “a



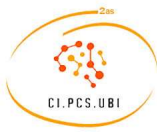
disease that everyone was going to die from [...] That it was the end of the world” (Melina, 67 years, island region). An existential fear of catching or dying from COVID-19 may be due to their first confrontation with the harsh reality of experiencing a pandemic caused by an unknown disease. Several factors were identified by the participants as causing or aggravating this fear. For instance, some older adults revealed being afraid of going outside and mixing with other people as this increased the chance of infection because other people did not comply with government health measures.

For example, knowing *“that children [...] were affected [...]. We were very afraid [laughs]. Children and young people, old people, [...] we will all die this time.”* (Hermínia, 82 years, southern region). In addition, their own health comorbidities were identified as highlighting the chances of dying from COVID-19 itself or from complications connected with their existing condition: *“Sometimes I really thought, with this [...] pulmonary embolism, [...] the virus could attack me, and I would not resist.”* (Mónica, 74 years, southern region).

Apart from being afraid of catching or dying from COVID-19, most participants described feeling scared due to the uncertainty and novelty of the COVID-19 pandemic itself or by uncertainty about the effectiveness of protective measures (subtheme 2). As COVID-19 was a newly emergent disease, there was a lack of information about its origin, health consequences, treatment options, and how a person could prevent it: *“I was clueless as possibly a lot of Portuguese people were when waiting to know something concrete, right? Having more data, information, right?”* (Casimiro, 69 years, MAL). Furthermore, some older adults felt that misinformation or contradictory information from governmental health authorities added to their alarm level and hampered the possibility of others adopting preventive measures when no one knew who or what to believe or do. As Mariana (66 years, northern region) said it was difficult *“to know what will happen the following month. And therefore, seemingly good measures were taken, only to immediately become completely called into question, because a new variant [...] turns out to be something different.”* Preventive measures, such as avoiding social contacts, wearing respiratory masks, disinfecting hands, and being vaccinated could be preventive against being infected or against developing a severe disease if infected. However, participants felt that all of these levels of protection did not provide them with an absolute sense of security which only came later with the uptake of widespread vaccination. As explained by Hermínia (82 years, southern region): *“Simply with the vaccine we saw that [a COVID-19 infection] was lighter, lighter. We didn't suffer like other people have suffered [...].”* Particularly in the early phases of the pandemic, participants felt that the unpredictability of the virus rendered simple barriers or physical methods of protection ineffective in guaranteeing COVID-19 prevention.

Lastly, older adults described fear for the wellbeing of family, friends, or other important people during the pandemic (subtheme 3). Here fears focused on others catching, suffering, or even dying from COVID-19 and some participants also worried that preventive measures, particularly the mandated periods of social isolation, could severely affect another person's wellbeing. As José (73 years, island region) explained: *“I was a little scared [...]. Mainly for my daughters and my grandchildren, who could be infected.”*

Longing for in-person social interactions



The second theme included feelings of isolation, loneliness, and longing to be with loved ones during the COVID-19 pandemic and associated lockdowns. This theme involved two subthemes: 1) Longing for gatherings with loved ones; and 2) Longing for physical affection with loved ones. Almost all participants (n = 18; 86%) spoke about missing in-person social interactions and the warmth of physical affection.

Longing for gatherings with loved ones (subtheme 1) was evident among most participants. For example, Marlene (89 years, island region) explained how the worst part of both lockdowns was social isolation: *“I couldn't be with others, [...] I was always alone with Púcara [my cat], she was my company... at home... We couldn't be with anyone! That was the hardest part, [...] the isolation [...].”* The mandatory lockdowns prevented older adults from engaging in their usual activities that promoted social engagement and connection, such as family visits, lunch with friends, going to the café, cinema or out for drinks, exercise group classes, or going to church. Thus, these changes in daily routines led most older adults to find themselves: *“not being able to contact my people, having lunch, talking, communicating, playing... It was the most difficult times, seeing myself away from mine.”* (Abilardo, 74 years, MAL)

More specifically, a few participants (mostly older men) mentioned missing the warmth of physical affection from loved ones (subtheme 2). Some men even mentioned feeling deeply sad and devastated by this lack of affection. As Joaquim (71 years, southern region) explained: *“[...] That [...] disturbed me a lot, [...] the affections, [...] all the hugs, kisses, handshakes. [...] There is a connection here between people [...], more affective, that I think is extremely important. [...] Whether with family, friends, or acquaintances.”*

Discussion

This study aimed at exploring feelings of fear during the pandemic and the causes for that fear, as well as exploring the effects of the lockdowns of 2020 and 2021 due to the COVID-19 pandemic on social interactions. Our study suggested that older adults living in Portugal felt fear during the COVID-19 pandemic for several reasons. Namely, participants felt fear due to the possibility of catching and dying from COVID-19 as this was their first confrontation with the new reality. This fear was increased by personal circumstances (e.g., suffering health comorbidities), the mixed messages of government COVID-19 prevention measures and seeing other people not taking precautionary measures, and cognitive aspects (e.g., hearing news about the number of infected or dead individuals, younger people being infected). To a greater or lesser extent, participants also were aware that their fears were caused by uncertainty and novelty of the situation because of the lack of information or contradictory information about COVID-19 (e.g., health consequences, treatment options) transmitted on the media. Thus, the perceived ineffectiveness of protective measures in preventing the disease was also a cause of fear, as well as breeding participants' concerns about their loved ones catching, suffering, or even dying from COVID-19. Participants' daily activities were disrupted by the lockdowns, hampering social interactions. In turn, older adults found themselves feeling sad and longing for social gatherings and physical affection with loved ones.

Our findings regarding the causes of fear are consistent with previous studies (Eiguren et

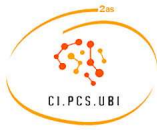


al., 2021; Falvo et al., 2021; Fiocco et al., 2021; Rapisarda et al., 2023). For example, recent studies have corroborated the finding that older people feared contracting COVID-19 if they feared serious consequences because of an existing health condition such as immune-deficiency (Falvo et al., 2021; Fiocco et al., 2021). These fears were enflamed among participants in the two studies led by Falvo and colleagues (2021) and Fiocco and colleagues (2021), respectively, when a participant had to leave their house for any reason as this increased their chances of exposure to the virus. Our findings concurred with those from other studies reporting that older people worried about their loved ones and sometimes their acquaintances too (Eiguren et al., 2021). Furthermore, some older people experienced pandemic fears due to uncertainty caused by news sensationalization (e.g. when death rates during the pandemic were debated), disinformation, and the lack of clarity surrounding appropriate preventive measures (Eiguren et al., 2021; Rapisarda et al., 2023). A recent study in Turkey (Akarsu et al., 2022) found that older participants (≥ 65 years old) reported higher levels of COVID-19 phobia, compared to younger counterparts.

In our sample, the lockdowns of 2020 and 2021 seriously disturbed the daily activities of older adults and inhibited social contacts. Similar findings were reported in Canada where older participants highlighted the loss of their usual activities due to the closure of gyms, community centers, and churches (Fiocco et al., 2021). Older adults in Canada also mentioned losing physical contact with friends and loved ones as an emotional challenge (Fiocco et al., 2021) as mentioned by our participants too. These reports of longing for in-person social interactions and the loss of physical affection highlighted social connectedness as central to one's well-being during stressful and challenging times, since social isolation among older adults influenced both health and psychosocial well-being (Eiguren et al., 2021).

Our study is not without limitations. First, recruitment followed a non-probabilistic sampling procedure, thus hampering generalizability. Second, although the video call interviews via a secure online platform enabled the inclusion of individuals from different parts of Portugal, the absence of in-person contact may have hampered rapport and amplified social desirability concerns, possibly hindering participants from spontaneously voicing their views. Despite such limitations, the study gave participants an open invitation to share their fears and experiences of social interactions during the pandemic without constraining their answers.

Identifying the reasons why older adults experienced fearful feelings is of paramount clinical importance as this information yields insight into how clinical psychologists can best intervene when working with older adults without pre-existing mental health issues who experience high levels of anxiety. Based upon our findings, mental health professionals could facilitate ways for older adults to feel safe when outside and in contact with others. Furthermore, clinicians could encourage older adults to focus more on their own abilities to protect themselves through personal compliance with preventative measures while focusing less on concerns about the compliance or safety of others as these fears may not be malleable and thus tend to fester. On a wider societal level, our findings have indicated a potential benefit to the psychological wellbeing of older adults when mainstream media reduce the airtime given to scaremongering news and instead adopt a more pedagogical role promoting the dissemination and clarification of accurate information, especially regarding the efficacy of personal preventive measures.



Additionally, older participants suffering health comorbidities, especially those related to COVID-19, unsurprisingly appeared to be more prone to fearing COVID-19, thus this group may benefit from a routine offer of access to psychological help. Lastly, special attention must be paid to the emergence of feelings of longing caused by the lockdowns. Indeed, older people found their social activities to be disrupted by the lockdowns, giving rise to a longing for in-person social interactions and physical affection. As a result, mental health professionals must aid older adults in creating adaptive coping mechanisms to deal with the emergence of feelings of longing.

References

- Akarsu, T., Akgüllü, Ç., & Şengül, F. (2022). Comparison of coronavirus-19 phobia levels in adult age groups. *Genel Tıp Dergisi*, 32(3), 310–316. <https://doi.org/10.54005/geneltip.1086710>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide* (1st ed.). Sage Publications.
- Cavazzoni, F., Pancake, R., & Veronese, G. (2022). Impact of COVID-19 pandemic on mental health and quality of life. An exploratory study during the first outbreak in Italy. *Psychological Reports*, 0(0), 1–22. <https://doi.org/10.1177/00332941211066259>
- Eiguren, A., Idoiaga, N., Berasategi, N., & Picaza, M. (2021). Exploring the social and emotional representations used by the elderly to deal with the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, 11, 586560. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586560>
- Falvo, I., Zufferey, M. C., Albanese, E., & Fadda, M. (2021). Lived experiences of older adults during the first COVID-19 lockdown: A qualitative study. *PLOS ONE*, 16(6), e0252101. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252101>
- Fiocco, A. J., Gryspeerdt, C., & Franco, G. (2021). Stress and adjustment during the COVID-19 pandemic: A qualitative study on the lived experience of Canadian older adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 12922. <https://doi.org/10.3390/ijerph182412922>
- Rapisarda, F., Vallarino, M., Rosi, A., Florin, A.-L., Ceccato, I., Lecce, S., Van Vugt, F., Briand, C., & Cavallini, E. (2023). Older adults' subjective experiences of the COVID-19 outbreak and lockdown in Italy: A qualitative study. *Aging & Mental Health*, 27(3), 580–587. <https://doi.org/10.1080/13607863.2022.2087208>
- Rosenberg, J. (2017). *The effects of chronic fear on a person's health*. Neuroscience Education Institute Congress, Colorado. <https://www.ajmc.com/view/the-effects-of-chronic-fear-on-a-persons-health>
- Shahid, Z., Kalayanamitra, R., McClafferty, B., Kepko, D., Ramgobin, D., Patel, R., Aggarwal, C. S., Vunnam, R., Sahu, N., Bhatt, D., Jones, K., Golamari, R., & Jain, R. (2020). COVID-19 and older adults: What we know. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(5), 926–929. <https://doi.org/10.1111/jgs.16472>



CAPITULO 10

A Autocompaixão e a Síndrome de *Burnout* nos estudantes de medicina e nos médicos

Beatriz Vaz¹ & Paulo Vitória^{1,2}

¹Universidade da Beira Interior, Portugal

²CIS-IUL, Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Portugal

Autor correspondente: Beatriz Vaz, e-mail: a39669@fcsaude.ubi.pt

Resumo: A Síndrome de Burnout tem uma prevalência elevada nos estudantes de medicina e nos médicos. A investigação tem indicado a auto-compaixão como um fator protetor da Síndrome de Burnout. Este trabalho consiste numa revisão sistemática da literatura, que tem como objetivo perceber o papel da auto-compaixão na prevenção da Síndrome de Burnout nos estudantes de medicina e nos médicos internos e especialistas. A revisão foi realizada de acordo com o protocolo PRISMA. Procedeu-se à pesquisa de artigos em 4 bases de dados eletrónicas, obtendo-se 448 resultados, dos quais 17 foram incluídos nesta revisão. Em 13 dos 17 estudos foram realizadas análises de correlação, onde, na sua maioria, foram estabelecidas relações negativas e estatisticamente significativas entre o burnout ou as suas componentes e a auto-compaixão ou as suas componentes. Análises de regressão efetuadas em 8 estudos concluem que valores reduzidos na auto-compaixão são um fator preditor de burnout. Apenas 2 estudos não apresentaram resultados significativos nesta análise. É importante realizar mais estudos longitudinais para compreender melhor como se comportam estas duas variáveis ao longo do tempo e a direção dos efeitos. No entanto, já existem evidências para indicar a integração da auto-compaixão nos programas de prevenção e tratamento do burnout.

Palavras-Chave: Autocompaixão; Burnout; Estudantes de medicina; Internos; Médicos.

Introdução

O *burnout* é definido como uma resposta a uma exposição prolongada aos agentes “*stressores*” interpessoais crónicos no ambiente laboral, sendo uma síndrome multidimensional que envolve três componentes: exaustão emocional, despersonalização/cinismo e redução da realização pessoal, com insatisfação pelas conquistas do próprio (Maslach, 2015).

Cada vez mais, a questão da síndrome do *burnout* tem ganho relevância na nossa sociedade, incluindo, em particular, os profissionais de saúde. Deste estado advém muitas consequências negativas, tanto para os próprios profissionais, como para os doentes. Por este motivo, é importante perceber quais os fatores de risco e de proteção, para definir e adotar as estratégias mais efetivas de prevenção e proteção, sendo o objetivo desta revisão sistemática da literatura perceber qual o papel da autocompaixão no desenvolvimento da síndrome de *burnout*, nos estudantes de medicina e médicos.

Compaixão envolve o processo consciente de reconhecimento da dor e sofrimento, e conseqüente desejo de reduzir esse sofrimento. Pode ser sentida pelo sofrimento de outra pessoa (*compassion for others*) ou pelo sofrimento do próprio (*self-compassion*). A autocompaixão, consiste em três componentes básicos: ser gentil consigo próprio, agindo de uma maneira compreensiva e sem julgamento severo perante momentos de dificuldade ou de falha; reconhecer que o seu sofrimento faz parte da experiência de ser humano, não se sentindo isolado por esse motivo; e ser consciente do peso dado aos pensamentos e sentimentos dolorosos, não se identificando excessivamente com eles (Neff, 2003).'

Metodologia

Esta revisão sistemática da literatura foi feita seguindo o protocolo PRISMA. A pesquisa de artigos foi conduzida entre os meses de outubro e dezembro de 2022, e foi efetuada apenas por um investigador nas seguintes bases de dados eletrônicas: *Pubmed*; *B on*; *Scielo*; *MedEdPublish*. Para a busca, foi utilizada a combinação das palavras “*self compassion*”, “*burnout*”, “*medical students*”, “*residents*” e “*physicians*”, com o auxílio dos operadores booleanos “*AND*” e “*OR*”.

Tabela 1 – Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Artigos com estudos em que os participantes sejam estudantes de medicina ou médicos; artigos em que seja estabelecida uma relação entre a autocompaixão (variável independente) e a síndrome de <i>burnout</i> (variável dependente); artigos disponíveis integralmente ou com acesso através da faculdade na <i>Pubmed</i> , <i>B-on</i> , <i>Scielo</i> e <i>MedEdPublished</i> ; ensaios clínicos, estudos observacionais; artigos escritos em inglês, português ou espanhol; artigos publicados entre 2018 e 2022.	Artigos que não apresentem resumo ou que apenas apresentem resumo; artigos duplicados; artigos que não abordem a autocompaixão; artigos em que a população em estudo não englobe estudantes de medicina ou médicos; artigos de revisão (revisões sistemáticas da literatura, meta-análises), comentários ou perspectivas; artigos que não tenham sido escritos em inglês, português ou espanhol; artigos publicados antes de 2018.

Na figura 1 encontra-se, de maneira sistematizada, o processo de seleção dos artigos, que foi efetuado seguindo os critérios apresentados na tabela 1. Foram incluídos nesta revisão sistemática da literatura dezassete artigos.

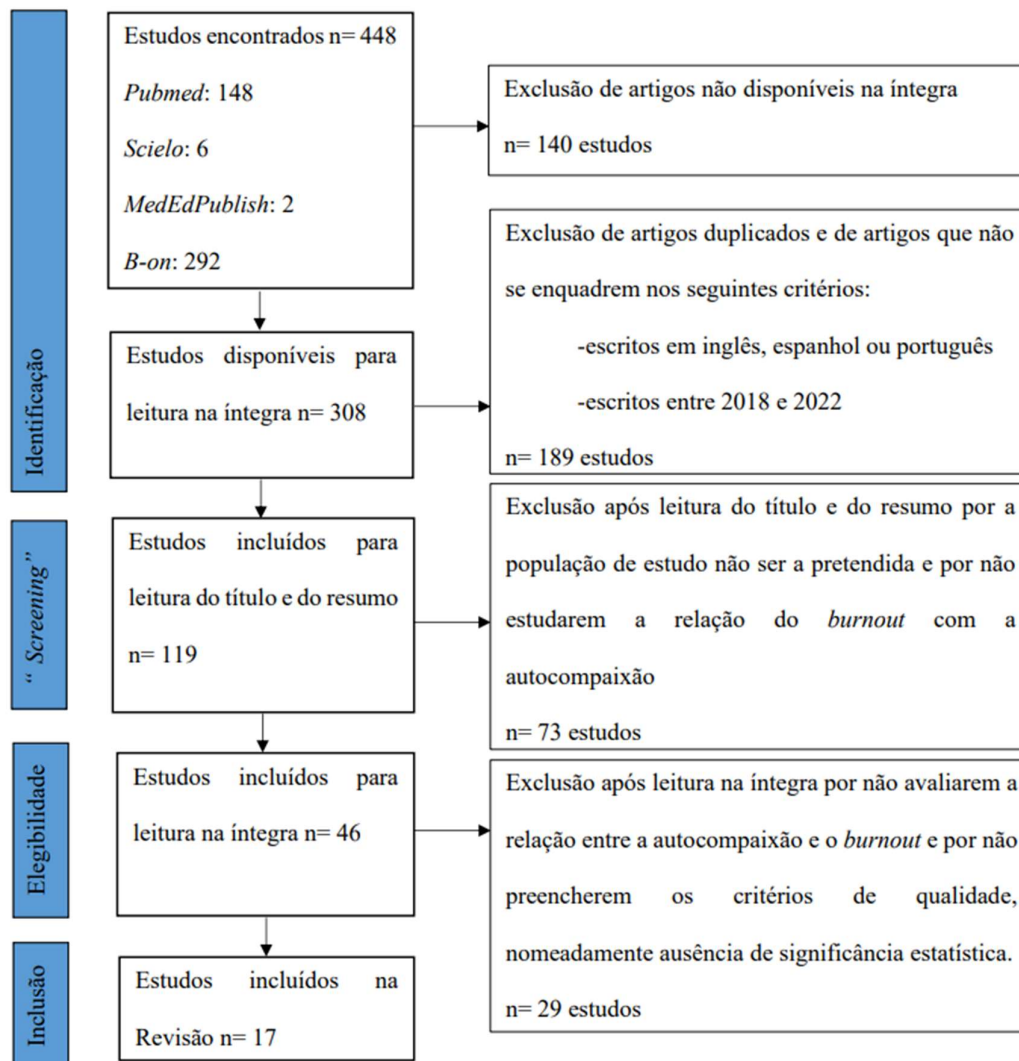
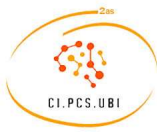


Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção de artigos

Resultados

O *burnout* foi avaliado por diferentes escalas: em sete estudos foi utilizada a escala “*Maslach Burnout Inventory*”, por vezes adaptada à realidade da população em estudo; em três estudos, o questionário “*Professional Quality of life*”; em três estudos, o questionário “*Oldenburg Burnout Inventory*”; em três estudos o questionário “*Professional Fulfillment Index*”; num estudo, o questionário “*Copenhagen Burnout Inventory*”; e, finalmente, noutro estudo foi aplicada uma escala de *Burnout* com item único.

Para avaliação da autocompaixão, a escala mais empregue foi a Escala da Autocompaixão de Neff: aplicada na totalidade em cinco estudos; aplicada a sua versão



curta, com doze itens, em quatro estudos; e aplicados na versão mais curta com seis itens em dois estudos. Nos restantes estudos foram utilizadas outras medidas: em dois estudos, as Escalas da Compaixão de Gilbert; em outros dois estudos, itens adaptados da pesquisa de Stanford no bem-estar dos médicos; um score de -4 a 0 noutra estudo; e, finalmente, um questionário próprio a avaliar o autocuidado, a autocompaixão e a revelação emocional noutra estudo.

Em treze dos dezassete estudos foram realizadas análises de correlação: a correlação entre a autocompaixão e o *burnout* apresentou valores negativos e estatisticamente significativa nos cinco estudos onde foi utilizada (Buceta et al., 2019; Cadavid et al., 2022; Dev et al., 2020; Godthelp et al., 2020; Pereira et al., 2022); em oito destes estudos a autocompaixão foi relacionada com componentes do *burnout* individualmente, apresentando uma relação inversa e estatisticamente significativa com as componentes negativas do *burnout* (Babenko et al., 2018; Babenko & Guo, 2019; Cadavid et al., 2022; Hashem & Zeinoun, 2020; Horneffer-Ginter et al., 2021; Román-Calderón et al., 2022; Solms et al., 2019, 2021), e uma relação direta e estatisticamente significativa com as componentes positivas do *burnout* (Babenko et al., 2018; Babenko & Guo, 2019; Cadavid et al., 2022; Hashem & Zeinoun, 2020; Román-Calderón et al., 2022). Apenas num estudo a relação entre a autocompaixão e a despersonalização não foi significativa (Cadavid et al., 2022).

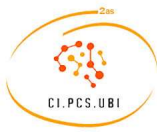
Em sete estudos foi realizada uma análise de regressão linear (Babenko et al., 2018; Cadavid et al., 2022; Dev et al., 2020; Hashem & Zeinoun, 2020; Neff et al., 2020; Ruiz Fernández et al., 2021; Solms et al., 2019). Em todos estes estudos, a variável independente é a autocompaixão ou as suas componentes, e a variável dependente é o *burnout* ou os seus componentes. Todos os autores concluem que há uma relação de dependência, na direção prevista e estatisticamente significativa, exceto num único estudo (Cadavid et al., 2022).

Um destes estudos conclui que as mudanças na autocompaixão explicam 40% da variância do *burnout*, 20% da variância da exaustão emocional e 42% da variância da despersonalização (Neff et al., 2020). Já Babenko et al. (2018) concluem que a alteração da autocompaixão é responsável por 45% da variância da exaustão e 32% da variância do comprometimento.

Um estudo conclui que o isolamento, a sobre-identificação, o mindfulness e a resiliência alteram o risco de *burnout*, sendo que 29% da variância do *burnout* é prevista por estes fatores (Ruiz-Fernández et al., 2021). A experiência, o stress e a autocompaixão são preditores do *burnout*, numa percentagem de 44% nos médicos e 38% nos estudantes de medicina (Dev et al., 2020).

Em três estudos é comparada a média da autocompaixão da população sem burnout, com a média da autocompaixão da população com *burnout*, sendo a média deste último significativamente mais baixa nos três estudos (Higgins et al., 2022; Lu et al., 2022; Sakamoto et al., 2022). Nas análises de regressão logística efetuadas, obtiveram-se valores de Odds Ratio de *burnout* ajustados para a autocompaixão inferiores a 1 (0.58 e 0.59, respetivamente) (Lu et al., 2022; Sakamoto et al., 2022).

Importa salientar que em dois estudos as relações foram analisadas separadamente numa amostra de estudantes e numa amostra de médicos: num desses estudos a autocompaixão



é preditor de *burnout*, tanto nos estudantes, como nos médicos (Dev et al., 2020); no entanto, noutro estudo a autocompaixão só é um fator preditor de *burnout* nos internos, mas não nos especialistas (Solms et al., 2019).

Discussão

Conclui-se que baixos níveis de autocompaixão estão correlacionados com altos níveis de *burnout*. Estas relações também se verificam nas componentes da autocompaixão e do *burnout*. Pelos resultados das análises de regressão efetuadas, conclui-se que a autocompaixão é preditor da síndrome de *burnout* e das suas componentes, resultados que sugerem a existência de um efeito protetor da autocompaixão relativamente ao *burnout*.

Uma das grandes limitações desta revisão sistemática é que quase a totalidade dos estudos incluídos são transversais, o que impede o estudo da causalidade e limita o conhecimento sobre a direção da relação entre a autocompaixão e o *burnout*. É necessário entender se a autocompaixão atua diretamente no *burnout* e compreender melhor a direção da relação entre ambas as variáveis. Uma vez que o *burnout* é um processo que tende a ser crónico, será relevante estudar como se comportam estas duas variáveis ao longo do tempo. Na investigação futura é importante a realização de estudos longitudinais.

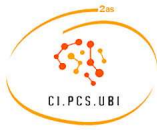
Outro ponto negativo a acrescentar é que as medidas de *burnout* e autocompaixão foram obtidas por questionários de autorrelato, o que pode enviesar os resultados. Foram utilizados diferentes instrumentos de medida do *burnout* e da autocompaixão, o que limita a comparação entre os estudos.

Na pesquisa futura será útil realizar estudos experimentais sobre os resultados de programas baseados na autocompaixão para prevenir ou tratar o *burnout*. Importa também referir que esta revisão sistemática foi efetuada apenas por um pesquisador, podendo ter ocorrido algum viés na seleção dos estudos.

É necessário adotar estratégias de prevenção e proteção contra a síndrome de *burnout*, e a autocompaixão parece ser uma variável indicada para integrar programas com esse objetivo. No entanto, não podemos esquecer que a intervenção nos fatores externos de *burnout* (e.g, condições e organização do trabalho) é igualmente importante.

Referências Bibliográficas

- Babenko, O., & Guo, Q. (2019). Measuring Self-Compassion in Medical Students: Factorial Validation of the Self-Compassion Scale–Short Form (SCS-SF). *Acad Psychiatry, 43*(6), 590–594. <https://doi.org/10.1007/s40596-019-01095-x>
- Babenko, O., Mosewich, A., Abraham, J., & Lai, H. (2018). Contributions of psychological needs, self-compassion, leisure-time exercise, and achievement goals to academic engagement and exhaustion in Canadian medical students. *J Educ Eval Health Prof, 15*, 2. <https://doi.org/10.3352/jeehp.2018.15.2>



- Buceta, M. I., Bermejo, J. C., & Villaceros, M. (2019). Elementos potenciadores de la satisfacción por compasión en profesionales sociosanitarios. *Anales de Psicología*, 35(2), 323–331. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.2.345101>
- Cadavid, E., Lemos, M., González, E., & Krikorian, A. (2022). Relación entre empatía, compasión y Burnout en estudiantes de medicina, residentes y profesionales médicos de Medellín. *Revista Logos Ciencia & Tecnología*, 14(3), 59–72. <https://doi.org/10.22335/rict.v14i3.1644>
- Dev, V., Fernando, A. T., & Consedine, N. S. (2020). Self-compassion as a Stress Moderator: A Cross-sectional Study of 1700 Doctors, Nurses, and Medical Students. *Mindfulness (N Y)*, 11(5), 1170–1181. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01325-6>
- Godthelp, J., Muntinga, M., Niessen, T., Leguit, P., & Abma, T. (2020). Self-care of Caregivers: Self-Compassion in a Population of Dutch Medical Students and Residents. *MedEdPublish*, 9(1), 222. <https://doi.org/10.15694/mep.2020.000222.1>
- Hashem, Z., & Zeinoun, P. (2020). Self-Compassion Explains Less Burnout Among Healthcare Professionals. *Mindfulness (N Y)*, 11(11), 2542–2551. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01469-5>
- Higgins, M. C. S. S., Siddiqui, A. A., Kosowsky, T., Unan, L., Mete, M., Rowe, S., & Marchalik, D. (2022). Burnout, Professional Fulfillment, Intention to Leave, and Sleep Related Impairment among Radiology Trainees across the United States (US): A Multisite Epidemiologic Study. *Acad Radiol*, 29(5), S118–S125. <https://doi.org/10.1016/j.acra.2022.01.022>
- Horneffer-Ginter, K., Greene, J., Graves, L., Gibson, K., Apple, R., Tullio, J., & Kaufman, A. (2021). The Words We Use, the Actions We Take, and the Perceptions We Hold: First-step assessments to inform wellness curricula and burnout prevention programming. *JWellness*, 3(1), 6. <https://doi.org/10.18297/jwellness/vol3/iss1/6>
- Lu, D. W., Lee, J., Alvarez, A., Sakamoto, J. T., Bird, S. B., Sundaram, V., Lall, M. D., Nordenholz, K. E., Manfredi, R. A., & Blomkalns, A. L. (2022). Drivers of professional fulfillment and burnout among emergency medicine faculty: A national wellness survey by the Society for Academic Emergency Medicine. *Acad Emerg Med*, 29, 987–998. <https://doi.org/10.1111/acem.14487>
- Maslach, C. (2015). Psychology of Burnout. In J. D. Wright (Ed.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 929–932). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.26009-1>
- Neff, K. D. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self Compassion. *Self Identify*, 2(3), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860390209035>
- Neff, K. D., Knox, M. C., Long, P., & Gregory, K. (2020). Caring for others without losing yourself: An adaptation of the Mindful Self-Compassion Program for Healthcare Communities. *J Clin Psychol*, 76(9), 1543–1562. <https://doi.org/10.1002/jclp.23007>
- Pereira, A. T., Brito, M. J., Cabaços, C., Carneiro, M., Carvalho, F., Manão, A., Araújo, A., Pereira, D., & Macedo, A. (2022). The Protective Role of Self-Compassion in the Relationship between Perfectionism and Burnout in



- Portuguese Medicine and Dentistry Students. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, *19*, 2740. <https://doi.org/10.3390/ijerph192740>
- Román-Calderón, J. P., Krikorian, A., Ruiz, E., Romero, A. M., & Lemos, M. (2022). Compassion and Self-Compassion: Counterfactors of Burnout in Medical Students and Physicians. *Psychol Rep*, *0*(0), 1–18. <https://doi.org/10.1177/00332941221132995>
- Ruiz-Fernández, M. D., Ramos-Pichardo, J. D., Ibáñez-Masero, O., Carmona-Rega, M. I., Sánchez-Ruiz, M. J., & Ortega-Galán, Á. M. (2021). Professional quality of life, self compassion, resilience, and empathy in healthcare professionals during COVID-19 crisis in Spain. *Res Nurs Health*, *44*(4), 620–632. <https://doi.org/10.1002/nur.22158>
- Sakamoto, J. T., Lee, J., Lu, D. W., Sundaram, V., Bird, S. B., Blomkalns, A. L., & Alvarez, A. (2022). Factors driving burnout and professional fulfillment among emergency medicine residents: A national wellness survey by the Society for Academic Emergency Medicine. *AEM Educ Train*, *6*(S1), S5–S12. <https://doi.org/10.1002/aet2.10746>
- Solms, L., van Vianen, A. E. M., Theeboom, T., Koen, J., de Pagter, A. P. J., & de Hoog, M. (2019). Keep the fire burning: A survey study on the role of personal resources for work engagement and burnout in medical residents and specialists in the Netherlands. *BMJ Open*, *9*(11), e031053. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031053>
- Solms, L., van Vianen, A., Koen, J., Theeboom, T., de Pagter, A. P. J., & de Hoog, M. (2021). Turning the tide: A quasi-experimental study on a coaching intervention to reduce burn-out symptoms and foster personal resources among medical residents and specialists in the Netherlands. *BMJ Open*, *11*(1), e041708. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041708>



CAPITULO 11

Experiências de Terapia de Pessoas Trans e de Género Diverso (TGD)

Mariana Renier & Pedro Alexandre Costa

ISPA – Instituto Universitário; William James Center for Research, Portugal

Autor correspondente: Mariana Renier, e-mail: mariana.renier@gmail.com

Resumo: Estudar as experiências de terapia de pessoas Trans e de Género Diverso (TGD) poderá contribuir para um maior conhecimento e ligação entre terapeutas e esta minoria de género e a distinguir entre práticas afirmativas e opressivas. Os terapeutas poderão ter boas intenções, mas a falta de conhecimento técnico sobre comunidades TGD pode contribuir para piores resultados em termos de saúde mental. O objetivo deste estudo foi explorar: Quais são e como são as experiências de terapia de pessoas TGD. O presente estudo comparou diversos fatores de processo terapêutico - a qualidade da relação terapêutica e as atitudes do terapeuta entre um grupo de pessoas que fez terapia afirmativa de género e terapia não especificada (TA e TnE) e outro grupo que fez apenas TnE (n=57). Os resultados mostraram que o primeiro grupo apresentou uma perceção significativamente mais elevada da qualidade da relação terapêutica e atitudes mais positivas por parte dos terapeutas em relação à população LGBTQ+, o que sugere que a terapia afirmativa pode estar associada a uma melhor qualidade da relação terapêutica e atitudes mais positivas por parte dos terapeutas, o que pode levar a melhores resultados terapêuticos para pessoas TGD. Isto pode indicar que as abordagens positivas em relação à diversidade de género podem ser mais eficazes na criação de uma relação terapêutica de qualidade, o que pode levar a melhores resultados terapêuticos.

Palavras-Chave:

Trans; Não-binário; Género Diverso; Experiências de Terapia; Terapia Afirmativa.

Introdução

A população Trans e de Género Diverso (TGD) - cujas identidades e/ou expressões de género não estão em conformidade com as normas culturalmente definidas associadas ao seu sexo atribuído ao nascimento (Bockting et al., 2020) - enfrentam problemas acrescidos de saúde mental e física em comparação com a população cisgénero - cuja identidade de género é concordante com o sexo atribuído ao nascimento (Price et al.,



2022). Esta desigualdade é explicada, pelo menos em parte, pela exposição desproporcionada de pessoas TGD ao estigma social (por exemplo, discriminação, bullying, assédio; e outras formas de adversidade como a agressão física/sexual; Bockting et al., 2020).

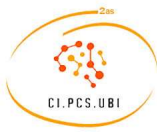
Isto é consistente com o trabalho de Meyer (2003), que propôs que a incidência mais elevada de sofrimento psicológico encontrada entre pessoas lésbicas, gays e bissexuais (LGB) era essencialmente o resultado de um “ambiente social cronicamente hostil e stressante” (p. 1) a que as pessoas LGB estão sujeitas em resultado do seu estatuto de minoria sexual. Hendricks e Testa (2012) adaptaram o Modelo de Stress Minoritário (Meyer (2003) à população TGD. O modelo distingue dois tipos de fatores de stress: (1) fatores de stress proximais, que são experienciados individualmente, como o assédio e a discriminação; e (2) fatores de stress distais, isto é, as expectativas de experiências de rejeição, a ocultação da identidade e/ou expressão de género, a cisheteronormatividade institucional ou a internalização do estigma social. A internalização de atitudes sociais negativas em relação a indivíduos TGD - transfobia internalizada – pode levar a uma avaliação negativa de si mesmo/a e consequente baixa autoestima (Bockting et al., 2020; Hendricks & Testa, 2012).

As pessoas TGD estão sujeitas a índices alarmantes de discriminação, violência e rejeição relacionadas com a sua identidade e/ou expressão de género (Compton & Morgan, 2022), de modo que esta exposição ao stress contribui para que a população TGD apresente níveis de sofrimento psicológico elevados em comparação com a população cisgénero, manifestado através da depressão, do abuso de substâncias e da ideação e tentativas de suicídio (Valente et al., 2022).

Experiências de Terapia

Muitas pessoas TGD encontram obstáculos no acesso aos cuidados de saúde mental como a escassez de profissionais treinados em práticas de afirmação de género, que apoiem e compreendam as questões associadas à identidade de género. Stroumsa et al. (2019) demonstraram que muitos terapeutas não têm conhecimentos sobre a saúde de pessoas TGD e têm atitudes preconceituosas, o que pode dever-se ao facto da formação em práticas de afirmativas de género raramente é fornecida em cursos de saúde mental (Psicologia, Psiquiatria, etc). Apesar destes obstáculos, a terapia tem sido caracterizada como útil por alguns adolescentes TGD.

Price et al. (2022) estudaram experiências de terapia de 48 adolescentes TGD e os participantes relataram experiências positivas com terapeutas que afirmavam o género ou indicavam que tinham experiência ou conhecimentos relevantes para trabalhar com adolescentes TGD. Os/As adolescentes apreciaram especialmente as oportunidades de discutir os fatores de stress relacionados com o género (por exemplo, lidar com cuidadores que não os/as apoiam, disforia de género) e os processos, como a transição, coming out e terapeutas que forneceram recursos de saúde para pessoas TGD (Price et al., 2022). Por outro lado, a falta de conhecimento especializado ou de formação dos terapeutas em questões TGD foi referida como uma razão para os participantes considerarem a terapia inútil e/ou para terminarem a terapia e além disso, a falta de apoio por parte do terapeuta na transição foi também uma razão referida pelos participantes para terminar a terapia.



Terapeutas que adotam uma abordagem afirmativa consideram a diversidade sexual e de género como expressões normativas da sexualidade e validam-nas. Por outro lado, as atitudes não afirmativas podem envolver terapeutas que acreditam que a orientação sexual ou a identidade de género de um cliente deve ser alterada, ou formas mais subtis de preconceito, como assumir que um cliente é cisgénero e minimizar/maximizar a importância da identidade e/ou expressão de género ou evitar discutir essas questões (Alessi, 2019; Quiñones et al., 2017).

A revisão integrativa de White e Fontenont (2019) analisou experiências de pessoas TGD em serviços de saúde mental e os resultados sugerem que as pessoas TGD encontraram aceitação, contenção e segurança ao receberem serviços de saúde mental, no entanto outras sofreram estigma, discriminação e pouca segurança dentro da relação terapêutica. Os autores apontam o estudo de McCullough et al. (2017) como um dos exemplos de experiências em que os terapeutas demonstraram falta de conhecimento das questões de identidade e expressão de género e invalidaram as experiências dos clientes TGD. Estes terapeutas demonstraram evitação, preconceito, desânimo, recusa em levar os clientes a sério e recusa em usar pronomes de género corretos, o que levou a que os participantes do estudo se sentissem desrespeitados, desconfiados e menos dispostos a procurar outros profissionais de saúde mental novamente" (McCullough et al., 2017, p. 429). Por outro lado, os participantes indicaram que experiências positivas incluem profissionais de saúde mental que aceitavam e defendiam as questões LGBTQ+, validavam e afirmavam e não patologizavam a sua identidade e/ou expressão de género (McCullough et al., 2017), valorizando assim a compreensão do processo de afirmação de género, o uso correto de nomes e pronomes preferidos e conforto do terapeuta em discutir abertamente o género e a não conformidade de género (McCullough et al., 2017).

Estudar as experiências de terapia de pessoas TGD poderá contribuir para um maior conhecimento e ligação entre profissionais de saúde e minorias de género e a distinguir entre práticas afirmativas e desadequadas. Os profissionais de saúde poderão ter uma perspetiva afirmativa relativamente à diversidade sexual e de género, mas a sua falta de conhecimento ou sensibilidade às preocupações das comunidades TGD podem contribuir para uma maior marginalização e piores resultados em termos de saúde mental. Assim, o objetivo deste estudo foi o de explorar quais são e como são as experiências de terapia de pessoas TGD?

Método

Participantes

Entre Janeiro e Maio de 2022 foram recrutados 57 participantes cujos critérios de elegibilidade consistiram em: (a) ter idade igual ou superior a 18 anos; (b) ter experienciado um processo terapêutico e (c) identificar-se como pessoa trans ou de género diverso. A Terapia não Especificada (TnE) incluiu 23 participantes e o grupo de TnE e Terapia Afirmativa (TA) integrou 34. Os participantes tinham entre os 18 e os 47 anos ($M = 25.21$; $SD = 5.737$), e a maioria identifica-se como pessoa não-binária (41,2%), seguida de queer (20,6%), queer não-binária (13,2%) e transgénero (5,9%). Ainda, 36,8% referem ter procurado terapia devido à identidade/expressão de género.



Instrumentos

A recolha de dados realizou-se através de um survey online que incluiu um questionário sociodemográfico e medidas psicológicas standardizadas. Para avaliar a Qualidade da Relação Terapêutica foram construídos 9 itens com base na revisão da literatura. Obteve-se o valor de Alpha de Cronbach de 0.873 e todos os itens demonstraram correlações significativas entre eles. Foram, ainda, desenvolvidos 12 itens para avaliar as Atitudes do Terapeuta especificamente em relação a pessoas LGBTQ+ com base na literatura e a escala demonstrou uma consistência interna excelente, de 0.973. Para avaliar o Conhecimento LGBTQ+ foram construídos 4 itens com base na literatura e a consistência interna foi de 0.823. Para avaliar a Eficácia Percebida da terapia foram construídos 5 itens com base na literatura e a consistência interna da escala foi de 0.909. Foi aplicada a Escala de Estigma Internalizado Relacionada com a Homossexualidade (HRSS; Ha et al., 2013) adaptada para avaliar a experiência de estigma associado à identidade/expressão de género e tendo-se obtido uma boa consistência interna, de 0.831. Com o objetivo de medir a autoestima, selecionou-se a Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965), traduzida e adaptada por Santos e Maia (2003) para a população portuguesa e o presente estudo obteve um valor de Alpha de Cronbach excelente ($\alpha = 0.929$).

Procedimentos

Este estudo utilizou o protocolo de investigação de um projeto de investigação mais alargado “Saúde Mental, Experiências de Terapia e Esforços de Mudança”, e foi divulgado em redes sociais, organizações comunitárias e clínicas de psicologia. Foram garantidos a participação voluntária, o anonimato das pessoas participantes e a confidencialidade dos dados, não tendo havido recolha de dados identificativos e a partilha de dados tendo sido exclusiva entre a equipa de investigação, e pedido o consentimento de todas as pessoas participantes antes da participação. No final do survey, foram disponibilizados contactos em casos de distress, além dos contactos da equipa de investigação. O projeto obteve parecer positivo pela Comissão de Ética do ISPA.

Resultados

Comparação entre Grupos de Terapia

Foram comparados o grupo de pessoas TGD que fizeram TnE com o grupo de pessoas TGD que fizeram TnE e TA através de um teste t de Student para amostras independentes. Foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos no que respeita à qualidade da relação terapêutica, $t(55) = 4.29$, $p = .038$, sendo que, as pessoas que tiveram ambas as experiências reportaram uma média significativamente mais elevada na perceção da qualidade da relação terapêutica ($M = 6.04$; $DP = .84$), do que o grupo que experienciou apenas TnE ($M = 5.39$; $DP = 1.26$). O mesmo se verificou quanto às atitudes do terapeuta que foram percebidas como mais positivas no grupo que experienciou TnE e TA ($M = 4.75$; $DP = .66$) comparativamente ao grupo que apenas frequentou TnE ($M = 3.74$; $DP = 1.30$), tendo a diferença sido estatisticamente significativa, $t(55) = -2.15$, $p = .002$.

Ainda, obteve-se uma diferença marginalmente significativa no que respeita à

comparação entre grupos na percepção de eficácia da terapia, $t(54) = 1.94$, $p = .056$, sendo que o grupo que experienciou TnE e TA apresentou uma média mais elevada na percepção de eficácia da terapia ($M = 4.92$; $DP = 1.44$), comparativamente ao grupo que frequentou apenas TnE ($M = 4.07$; $DP = 1.82$).

Associações entre Variáveis do Processo Terapêutico

Os dados do processo terapêutico dos participantes apresentam-se resumidos na Tabela 1. Considerando a reduzida dimensão da amostra, realizou-se o teste de associação de Spearman. O conhecimento LGBTQ+ por parte do terapeuta teve uma relação marginalmente significativa com a qualidade da relação terapêutica, $r = .27$, $p = .091$, e com as atitudes do terapeuta, $r = .29$, $p = .078$. As atitudes do terapeuta tiveram uma relação significativa com a qualidade da relação terapêutica $r = .63$, $p < .001$.

A qualidade da relação terapêutica teve uma relação marginalmente significativa com a autoestima, $r = .22$, $p = .079$, e uma relação significativa com o estigma internalizado, $r = -.26$, $p = .034$. A eficácia percebida da terapia teve uma relação significativa com as atitudes do terapeuta, $r = .44$, $p < .001$, com a qualidade da relação terapêutica, $r = .52$, $p < .001$, com a autoestima, $r = .30$, $p = .018$, e uma relação marginalmente significativa com o estigma internalizado, $r = -.23$, $p = .074$.

Tabela 1 - Dados processo terapêutico dos participantes

		<i>n</i>	<i>%</i>
Experiências de Terapia	Terapia não Especificada	23	40.35
	Terapia não Especificada e Terapia Afirmativa	34	59.65
Processos Terapêuticos	Um processo	26	45.61
	Mais de um processo	31	54.39
Duração Processo Terapêutico	Apenas algumas sessões	18	31.58
	Até 1 ano	20	35.09
	1-2 anos	7	12.28
	2-4 anos	7	12.28
	Mais de 4 anos	5	8.77
Quando Terminou	Ainda estou em processo terapêutico	29	50.88
	Até 1 ano	8	14.04
	1-2 anos	8	14.04
	2-4 anos	7	12.27
	Mais de 4 anos	5	8.77
Terapeuta LGBTQ+	Sim	8	14.04
	Não	21	36.84
	Não sei	28	49.12

Qualidade da Relação Terapêutica

Considerando que uma maior qualidade da relação terapêutica parece estar associada à redução do estigma e marginalmente ao aumento da autoestima, procedeu-se à análise de regressão linear, no sentido de compreender quais os fatores que explicam a qualidade da relação terapêutica. O modelo de regressão incluiu o conhecimento LGBTQ+ por parte do terapeuta, as suas atitudes e o terapeuta ser LGBTQ+. O modelo de regressão proposto



foi significativo, $F(3,133) = 9.795$; $p = <.001$, e a variância explicada foi de 32%. Os coeficientes de regressão foram significativos e positivos no que respeita as atitudes do terapeuta, $\beta=.471$; $p <.001$, e o conhecimento LGBTQ+, $\beta=.258$; $p <.001$. Assim, os coeficientes demonstraram que a variância da qualidade da relação terapêutica pode ser explicada pelo conhecimento LGBTQ+ do terapeuta e pelas suas atitudes, mas não pelo facto deste ser LGBTQ+.

Discussão

O presente estudo propôs-se a explorar quais e como são as experiências de terapia de pessoas TGD. Não sendo uma abordagem prática independente, a terapia afirmativa é um modelo que propõe um conjunto de técnicas específicas para trabalhar com clientes LGBTQ+ e que pode ser adaptado a qualquer orientação teórica. Por terapia não especificada considera-se a terapia frequentada por pessoas TGD não definida como afirmativa pelos terapeutas. Sabe-se que as experiências de terapia se situam maioritariamente entre as duas últimas – terapia afirmativa e terapia não especificada.

Foram comparados o grupo de pessoas TGD que fez Terapia não Especificada (TnE) e o grupo que fez TnE e Terapia Afirmativa (TA), tendo o último reportado uma perceção da qualidade da relação terapêutica significativamente mais elevada. Isto sugere que a terapia afirmativa pode estar associada a uma melhor qualidade da relação terapêutica, o que pode indicar que abordagens terapêuticas que afirmam a identidade de género e promovem uma abordagem positiva em relação à diversidade de género podem ser mais eficazes na criação de uma relação terapêutica de qualidade. A prática afirmativa pode facilitar aos clientes LGBTQ+ a criação de um vínculo com o terapeuta e a expressão do seu "eu" autêntico na relação terapêutica (Alessi et al., 2019; McCullough et al., 2017).

O mesmo se verificou nas atitudes do terapeuta que foram significativamente mais positivas no grupo que experienciou ambas as terapias, o que sugere que as atitudes do terapeuta podem afetar significativamente a qualidade da relação terapêutica. Terapeutas com atitudes mais positivas e afirmativas em relação aos seus clientes podem ser mais capazes de oferecer um ambiente de apoio e acolhimento, o que pode levar a uma maior satisfação do cliente e melhores resultados terapêuticos. As atitudes do terapeuta são particularmente importantes, pois predizem o envolvimento do terapeuta na prática afirmativa, e as perceções do cliente sobre as atitudes do terapeuta estão associadas à perceção de utilidade/benefício da psicoterapia (Alessi et al., 2019).

O conhecimento LGBTQ+ por parte do terapeuta teve uma relação marginalmente significativa com a qualidade da relação terapêutica e com as atitudes do terapeuta, o que indica que, possivelmente, quando os clientes consideram que os seus terapeutas são afirmativos relativamente à diversidade sexual e de género, podem considerá-los mais fiáveis e sentir-se mais confortáveis no processo terapêutico. Isto tem o potencial de melhorar a relação terapêutica, o que pode facilitar o bem-estar psicológico (Alessi et al., 2019). Diversos estudos (Price et al., 2022; Quiñones et al. 2017) demonstram que a falta de conhecimento dos terapeutas sobre a saúde e a identidade de pessoas TGD pode prejudicar a satisfação e o envolvimento no processo terapêutico. McCullough et al. (2017) estudaram experiências de terapia de pessoas TGD e alguns participantes expressaram irritação como resultado de serem frequentemente misgendered, invalidados



ou discriminados. Por outro lado, a maior parte dos participantes experienciou uma forte relação terapêutica, evidenciada pela escuta empática do terapeuta, construção de confiança, colaboração e afirmação da identidade de género e escolhas de transição dos participantes (McCullough et al., 2017). No presente estudo, observou-se igualmente uma relação significativa entre as atitudes do terapeuta e a qualidade da relação terapêutica, o que sugere que as atitudes adotadas pelo terapeuta são de extrema importância, pois influenciam a sua prática e afetam a percepção do cliente em relação à utilidade e aos benefícios da terapia (Alessi et al., 2019; Quiñones et al. 2017).

A eficácia percebida da terapia teve uma relação significativa com as atitudes do terapeuta, com a qualidade da relação terapêutica e a autoestima, e uma relação marginalmente significativa com o estigma internalizado. Estes resultados sugerem que quando o terapeuta adota uma postura afirmativa e positiva em relação à identidade e/ou expressão de género do cliente, e estabelece uma relação terapêutica de qualidade, o cliente percebe a terapia como mais eficaz. Quiñones et al. (2017) estudaram experiências de terapia de 77 clientes LGBQ e os participantes reportaram como experiência positiva o facto do terapeuta abordar diretamente o estigma internalizado ou ajudar a navegar no processo de coming out, o que indica que, criar uma relação terapêutica de aceitação e confiança terá um impacto significativo na mudança do cliente, ajudando a desconstruir crenças heteronormativas e promover a sua afirmação sexual/de género. Como resultado, os terapeutas podem ajudar a reduzir o estigma internalizado experienciado pela comunidade LGBTQ+ e, conseqüentemente, melhorar a sua autoestima.

A qualidade da relação terapêutica teve uma relação significativa com o estigma internalizado e uma relação marginalmente significativa com a autoestima. Isto significa que uma relação terapêutica de qualidade pode ajudar a dar aos clientes TGD uma sensação de segurança e confiança no seu terapeuta, de abertura para explorar questões difíceis e dolorosas, e ajudar a facilitar o investimento dos terapeutas no processo. Assim, os clientes TGD sentir-se-ão mais aceites, sendo diminuído o estigma internalizado específico a esta minoria e possivelmente potenciando o aumento da sua autoestima (Alessi et al., 2019; Quiñones et al., 2017).

Considerando a importância da qualidade da relação terapêutica na melhoria da autoestima e na redução do estigma internalizado, propôs-se um modelo de regressão no sentido de compreender que fatores contribuem para uma relação terapêutica de qualidade. Os resultados obtidos sugerem que tanto as atitudes do terapeuta quanto o seu conhecimento LGBTQ+ parecem estar significativamente associados à qualidade da relação terapêutica. Além disso, o modelo de regressão mostrou que ambos os fatores explicam uma proporção relevante (32%) da variância dos níveis de qualidade da relação terapêutica. No entanto, o facto do terapeuta ser LGBTQ+ não apresentou uma associação significativa com a qualidade da relação terapêutica. O que pode significar que, embora o facto de um terapeuta ser LGBTQ+ possa ser importante para alguns clientes, não é um fator determinante na qualidade da relação terapêutica em geral. Ou seja, a qualidade da relação terapêutica pode ser mais influenciada pelas atitudes positivas do terapeuta em relação aos pacientes LGBTQ+ e seu conhecimento sobre questões LGBTQ+. Uma relação que incentiva o cliente a desconstruir o estigma internalizado criado pela interiorização do preconceito e estigma (Quiñones et al., 2017), fomentará a sua autoaceitação, possibilitando melhores resultados terapêuticos, inclusive a qualidade da relação terapêutica. Uma boa relação terapêutica pode ajudar a reduzir a apreensão do



cliente em relação à possibilidade de ser avaliado negativamente ao proporcionar uma experiência de aceitação emocional. Além disso, estudos anteriores indicaram que, quando se trata de desenvolver uma relação terapêutica com clientes LGBTQ+, a capacidade do terapeuta de ser sensível e empático tem mais peso do que a sua orientação sexual (Alessi et al., 2019; Quiñones et al., 2017).

Estes resultados sugerem que é importante que os terapeutas tenham atitudes positivas em relação à população LGBTQ+ e conhecimento sobre questões relacionadas à diversidade sexual e de género, tendo em conta o impacto do estigma sexual e da autoestima na sua saúde física e mental, para, assim, promoverem uma relação terapêutica de qualidade e obterem melhores resultados terapêuticos. Concluindo, é necessário desconstruir o estigma e o preconceito sexual e de género que afetam a comunidade LGBTQ+, de modo a empoderá-la na sua identidade sexual, de género e/ou expressão de género. Para isso, a formação e a prática de terapia afirmativa podem levar a atitudes mais positivas por parte dos terapeutas em relação à população LGBTQ+.

Referências

- Alessi, E. J., Dillon, F. R., & Van Der Horn, R. (2019). The therapeutic relationship mediates the association between affirmative practice and psychological well-being among lesbian, gay, bisexual, and queer clients. *Psychotherapy, 56*(2), 229–240. <https://doi.org/10.1037/pst0000210>
- Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Dolezal, C., Robinson, B. B. E., Rosser, B. R. S., & Coleman, E. (2020). The Transgender Identity Survey: A Measure of Internalized Transphobia. *LGBT Health, 7*(1), 15–27. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.02>
- Compton, E. K., & Morgan, G. J. (2022). The Experiences of Psychological Therapy Amongst People Who Identify as Transgender or Gender Non-conforming: A Systematic Review of Qualitative Research. *Journal of Feminist Family Therapy, 34*(3–4), 225–248. <https://doi.org/10.1080/08952833.2022.2068843>
- Ha, H., Ross, M. W., Risser, J. M. H., & Nguyen, H. T. M. (2013). Measurement of Stigma in Men Who Have Sex with Men in Hanoi, Vietnam: Assessment of a Homosexuality-Related Stigma Scale. *Journal of Sexually Transmitted Diseases, 1*–9. <https://doi.org/10.1155/2013/174506>
- Hendricks, M., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice, 43*(5), 460–467. <https://doi.org/10.1037/a0029597>
- McCullough, R., Dispenza, F., Parker, L. K., Viehl, C., Chang, C. Y., & Murphy, T. E. (2017). The Counseling Experiences of Transgender and Gender Nonconforming Clients. *Journal of Counseling and Development, 95*(4), 423–434. <https://doi.org/10.1002/jcad.12157>
- Price, M. A., Bokhour, E. J., Hollinsaid, N. L., Kaufman, G. W., Sheridan, M. E., & Olezeski, C. L. (2022). Therapy experiences of transgender and gender diverse adolescents and their caregivers. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health, 7*(2), 230–244. <https://doi.org/10.1080/23794925.2021.1981177>



- Quiñones, T. J., Woodward, E. N., & Pantalone, D. W. (2017). Sexual minority reflections on their psychotherapy experiences. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 27(2), 189–200. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2015.1090035>
- Santos, P.J., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de autoestima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-268.
- Stroumsa, D., Shires, D. A., Richardson, C. R., Jaffee, K. D., & Woodford, M. R. (2019). Transphobia rather than education predicts provider knowledge of transgender health care. *Medical Education*, 53(4), 398–407. <https://doi.org/10.1111/medu.13796>
- Valente, P. K., Dworkin, J. D., Dolezal, C., Singh, A. A., LeBlanc, A. J., & Bockting, W. O. (2022). Prospective relationships between stigma, mental health, and resilience in a multi-city cohort of transgender and nonbinary individuals in the United States, 2016–2019. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(7), 1445–1456. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02270-6>
- White, B. P., & Fontenont, H. B. (2019). Transgender and non-conforming persons' mental healthcare experiences: An integrative review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(2), 203– 210. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.01.005>



CAPITULO 12

Psychometric properties of the Brief IPQ with Portuguese women with urinary incontinence

Marta G. Porto^{1,2}, Filipa Pimenta¹, Teresa Mascarenhas², & João Marôco¹

¹WJCR – William James Center for Research, Ispa - Instituto Universitário, Portugal

²FLU Pedagogy, Nord University. Norway

³Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal

Author correspondence: Marta G. Porto, e-mail: mporto@ispa.pt

Abstract:

The present study aims to explore the psychometric properties of the Portuguese version of the Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ) in a sample of middle-aged women with urinary incontinence. Methods: Cross-sectional study with a sample of 1538 women collected online, aged 40-65 years, who self-reported having occasional/frequent urine leakage (Mage=50.19, SDage=6.58). Data analysis was performed with R(Rstudio, v.27). This instrument is rated on a scale of 0 (e.g., “Does not affect me at all”) to 10 (e.g., it affects me a lot). The assessment of the psychometric qualities of the Brief IPQ was carried out in its facets of psychometric sensitivity, construct-related validity and construct reliability through a Confirmatory Factor Analysis. Results: Items 7 and 4 were eliminated due to their very low factorial weight. Although item 3 presented a factorial weight of less than .05, was not eliminated due to its clinical relevance. After the elimination of the items aforementioned, the final model showed a very good overall fit (SRMR=.024; CFI=.994; TLI=.990). The questionnaire demonstrated psychometric sensitivity, construct reliability, factorial and convergent validity. Conclusion: It was found that the Brief IPQ-Portuguese version, when applied to middle-aged Portuguese women with urine leakage, was considered a reliable and valid instrument, allowing an assessment of these women's cognitive and emotional representations.

Key-words: Urinary Incontinence, beliefs, Brief IPQ, psychometric evaluation, mid-age, women

Introduction

Urinary incontinence (UI) is a major public health problem, being a highly prevalent condition affecting women of all ages with a prevalence peak around middle age (Abrams



et al., 2015). UI has numerous negative physical consequences (e.g., urine odour, frequent urinary infections); psychological (e.g., stigma, shame, dysfunctional coping), sexual (e.g., loss of urine during sex, sexual dysfunction, decreased libido); socio-cultural (e.g., social isolation, limitations in activities of daily living, precocious institutionalisation of the elderly); professional (e.g., absenteeism, lower productivity); and economic/financial (e.g., increased expenditure on underwear and pads/diapers) (Shaw et al., 2019). These consequences lead to poorer Quality of Life (QoL) in women, highlighting that the psychosocial effect can be more devastating than the physical consequences (Abrahams et al., 2015).

Only 25% of affected women seek care and less than half receive treatment (Waetjen, 2018). Research shows that women with UI tend to accept the urological condition and do not seek help to manage the physiological leakage until the problem becomes unbearable and too much distressing to their daily life (e.g., Lin & Dougherty, 2003). Women don't seek treatment due to shame, social stigma, dysfunctional beliefs and lack of knowledge about treatments (Waetjen, 2018). Since women's dysfunctional beliefs toward UI are considered one of the barriers to seeking health care, understanding and changing them is crucial (Bush et al., 2001).

The Common Sense Model of Self-Regulation (CSM) (Leventhal et al., 2016) is a dynamic conceptual framework that allows understanding cognition (i.e., UI-related beliefs) and coping strategies, explains health-related behaviours, and can be used to guide health promotion and health education interventions by identifying the gaps in knowledge that present the most adverse effects on help-seeking behaviours. According to this model, individuals simultaneously create a cognitive and emotional representation of the illness/health threat (Hagger et al., 2003). Cognitive representation has five dimensions: identity (i.e., UI symptoms and signs), timeline (i.e., duration of UI), causality (i.e., beliefs about the perceived cause of UI), consequences (i.e., beliefs about the consequences of UI) and curability/controllability (i.e., the beliefs about whether the UI can be cured or kept under control). These representations are processed through three stages: 1) representation of the illness or health threat (i.e., UI representations) appears; 2) adoption of behaviours to cope with the illness takes place (i.e., coping strategies); and 3) evaluation of the efficacy of these behaviours (i.e., appraisal) (Leventhal et al., 2016).

The Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ) (Broadbent et al., 2006) is a short and simple measure of illness representations based on the CSM and could be a useful measure to assess UI-related representations/beliefs. To the best of our knowledge, this is the first study to explore UI-related beliefs with the Brief-IPQ. In this sense, we aim to explore the psychometric properties of the Brief-IPQ in a sample of Portuguese middle-aged women with UI.

Methods

Design

Cross-sectional design with snow-ball non probabilistic sampling.

Participants



One thousand five hundred and eleven women who self-reported having urine loss occasionally/frequently ($M_{age}=50.19$, $DP_{age}=6.58$), from a total of 2578, were included. Inclusion criteria were 1) age (40-65 years), 2) sex (women), 3) presence of involuntary urine leaks when coughing or/and when feeling an urge to urinate (either occasionally or frequently), and 4) internet access. Exclusion criteria included 1) pregnancy or until 6 months post-partum, 2) previous UI-related surgery, 3) known malignancy in the abdomen, 4) neurological disease and 5) pelvic organ prolapse.

Measures

Sociodemographic Questionnaire

Self-reported questionnaires collected sociodemographic, clinical, health, and lifestyle information.

Brief Illness Perception Questionnaire

The Portuguese version of the Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ) (Figueiras et al., 2011; Broadbent et al., 2006) was used to assess the cognitive representations of UI. Brief IPQ is based on a unifactorial structure with nine items: five of the items assess cognitive illness representations: consequences (Item 1), timeline (Item 2), personal control (Item 3), treatment control (Item 4), and identity (Item 5). Two of the items assess emotional representations: concern (Item 6) and negative emotions (Item 8). One item assesses illness comprehensibility (Item 7). Assessment of the causal representation is by an open-ended response item, which asks patients to list the three main causal factors in their illness (Item 9). These eight items are rated on a response scale ranging from 0 (e.g., does not affect at all) to 10 (e.g., severely affects my life). The total score is generated by summing up the scores for the Brief IPQ items with a reverse scoring of items 3, 4 and 7. A higher total score reflects a more threatening perception of illness. The Brief IPQ has been shown to generate data with good psychometric properties in 36 countries and numerous illness populations (Broadbent et al., 2015).

Data Collection

The study data was collected online between March and October 2020 using the online survey platform Google Forms. When inviting the participants online (i.e., via social media - Facebook), the research purpose was clearly explained.

Ethics Issue

Participants were given a link to an informed consent statement and the online survey questionnaire and were assured that participation was anonymous and voluntary. Informed consent was obtained from all participants who agreed to collaborate. The present study was approved by The Ethical Committee for Research from ISPA-University Institute, Portugal (reference D/022/11/2019). This research followed the standards of the Portuguese Psychologist Association (2011) and the American Psychological Association (2003) regarding the ethical treatment of participants.

Data Analysis



All data analyses were done with the IBM SPSS Statistics, version 27, and with R (R Core Team, 2020), through RStudio (RStudio Team, 2020) (v. 26). Missing values were imputed for variables whose frequency was lower than 5% of the sample using the mean interpolation method and the existence of outliers was evaluated through the Mahalanobis distance (Marôco, 2021).

Confirmatory Factor Analysis (CFA) was performed to assess Brief IPQ psychometric properties in the present sample on the polychoric correlation matrix with Diagonally Weight Least Squares (DWLS) estimation as implemented in the lavaan package (v.0.6-14) (Rosseel, 2012).

The psychometric sensitivity of Brief IPQ items was analysed through the analysis of minimum and maximum values and skewness and kurtosis coefficients, which must indicate absolute values below three and seven, respectively, to be considered appropriate sensitivity indicators (Kline, 2016; Marôco, 2021).

Concerning factor-related validity, the local model goodness of fit was evaluated based on the standardised factor weights and individual items' reliability. The global model goodness of fit was evaluated according to the following goodness-of-fit indices and respective reference values: root mean square error of approximation (RMSEA $<.05$), standardised root mean square residual (SRMR; $<.08$), comparative fit index (CFI $\geq .9$) and Tucker-Lewis index (TLI $\geq .9$). The model refinement was performed through the exclusion of items with standardised factor weights below 0.5 (Cheung et al., 2002).

Convergent validity assesses whether each dimension's observed variables were strongly related to each other and was analysed through the average variance extracted (AVE) of the factors, which must be higher than .5 to be considered adequate (Marôco, 2021). Cronbach's alpha α , and McDonald's ordinal ω were used to assess reliability. Values equal to or higher than .7 were considered acceptable reliability indicators (Marôco, 2021).

To test external validity, a Multigroup Confirmatory Factor Analysis was conducted to assess measurement invariance by randomly dividing the sample into two groups of 50%. Nested models with increasing loadings, intercepts, and error variance constraints were used to test for configural, metric, scalar, and strict invariance. Invariance was determined based on the values of $|\Delta CFI| < 0.01$ (Cheung & Rensvold, 2002) and $|\Delta RMSEA| \leq 0.02$ (Rutkowski & Svetina, 2014) between consecutive nested models. If these values were met, the model was considered invariant.

Results

Psychometric Sensitivity

To address psychometric sensitivity evaluation, the item's response range was explored. There were no severe violations of normality, given that all items presented adequate absolute values of skewness and kurtosis (Table 1).

Table 1 - Descriptive statistics for the Brief IPQ

	Items	Descriptive Statistics			
		M	SD	Sk	Ku
1.	How much does your UI affect your life?	2.78	2.56	0.98	.11
2.	How long do you think your UI will continue?	6.45	3.64	-.53	-1.22
3.	How much control do you feel you have over your UI?	4.46	3.02	.25	-1.10
4.	How much do you think your treatment can help your UI?	3.50	3.18	-.61	-.76
5.	How much do you experience symptoms from your UI?	3.35	2.55	.73	-.33
6.	How concerned are you about your UI?	4.36	3.13	.34	-1.09
7.	How well do you feel you understand your UI?	3.97	3.13	.36	-1.03
8.	How much does your UI affect you emotionally? (e.g. does it make you angry, scared, upset or depressed?)	3.18	3.08	.75	-.62

Note. M = mean, SD = standard deviation, Sk = Skewness, Ku= Kurtosis.

Factor-related validity

CFA confirmed the original unifactorial structure of IPQ Brief. All items presented good factor loadings ($\lambda \geq .50$), with adequate individual item reliability ($R^2 \geq .25$) except for item 4 ($\lambda = -.358$), item 7 ($\lambda = .119$), which presented very low loadings, and item 3 ($\lambda = .372$), which was not removed due to its phenomenological and clinical relevance. After the elimination of these two items (4 and 7), most goodness-of-fit indices were indicative of good fit to the data (CFI = .994; TLI = .990; RMSEA=.111; SRMR=.024).

Convergent Validity

The convergent validity evidence based on the internal structure was good (AVE=.60).

External Validity

The model showed scalar/strong invariance ($|\Delta CFI \leq 0.01|$, $|\Delta RMSEA \leq 0.02|$), indicating that the Brief IPQ presented external validity in the sample of Portuguese women with urinary incontinence.

Reliability

Regarding reliability, the data gathered with Brief IPQ showed good reliability ($\alpha = .92$; $\omega = .86$).

Discussion

The objective of the present study was to assess the reliability, construct and external validity of the Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ). Our findings are congruent with numerous previous validation studies regarding a large range of diseases in different languages and cultures (e.g. Bazzazian, 2010, Chew et al., 2017) that confirm the psychometric soundness of Brief IPQ. However, in our sample, three items regarding personal control (Item 3), treatment control (Item 4), and UI comprehensibility (Item 7) presented low and negative (item 4) factor loadings, meaning that the items have a weak influence on the factors (i.e., personal control, treatment control and comprehensibility),



being incongruent with most of the previous validation research.

This might be due to the low UI symptom severity observed in this sample (with mostly moderated UI levels). In this sense, it should be emphasized that the absence of adequate individual reliability of the three items above mentioned must be reassessed in another independent sample with similar characteristics to the one in this study to assess whether this is a characteristic of the instrument or this sample. Future studies with UI clinical samples could also extend the current findings by comparing the results within the three main UI types: Stress, Urgency and Mixed UI. It is also suggested a presential data collection (instead of online data recruitment used in the present study) to clarify possible questions that might emerge during the questionnaire fulfilment.

Despite these limitations, these results suggest several theoretical and practical implications and strengths: 1) use of Brief IPQ in clinical settings and research to assess individual UI-related beliefs/representations; 2) confirmation of the good psychometric properties of the Brief IPQ for UI; 3) the study of UI-related beliefs using the Common Sense Model of Self Regulation as a theoretical framework.

Conclusion

The findings in this research seem to suggest that the Brief IPQ is a short and easily applicable questionnaire that can be used to assess the illness representations of women with Urinary incontinence. It also has the advantages of speed of completion and easy interpretation of total scores. Regarding translation to practice, the present study has provided clear support that Brief IPQ is a psychometric sound self-report measure of illness representations/UI-related beliefs which might improve the efficacy of UI healthcare interventions and provide tailored urological health promotion regimens.

Funding: The William James Center for Research has received a research grant attributed by the Portuguese Foundation for Science and Technology (grant reference UIDB/04810/2020). MP has received a research grant attributed by the Portuguese Foundation for Science and Technology (grant reference 2020.05710.BD).

References

- Abrams, P., Smith, A. P., & Cotterill, N. (2015). The impact of urinary incontinence on health-related quality of life (HRQoL) in a real-world population of women aged 45-60 years: results from a survey in France, Germany, the UK and the USA. *BJU International*, *115*(1), 143–152. <https://doi.org/10.1111/bju.12852>
- American Psychological Association. (2003). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Author.
- Bazzazian, S., & Besharat, M. A. (2010). Reliability and validity of a Farsi version of the brief illness perception questionnaire. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *5*, 962–965. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.217>
- Broadbent, E., Petrie, K., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, *60*, 631–637.



- Broadbent, E., Wilkes, C., Koschwanez, H., Weinman, J., Norton, S., & Petrie, K. J. (2015). A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychology & Health, 30*(11), 1361–1385. <https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1070851>
- Cheung, G. W., and Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 9*, 233–255. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0902_5
- Chew, Boon-How; Vos, Rimke C., Heijmans, Monique; Shariff-Ghazali, Sazlina; Fernandez, Aaron; Rutten, Guy E. H. M. (2017). Validity and reliability of a Malay version of the brief illness perception questionnaire for patients with type 2 diabetes mellitus. *BMC Medical Research Methodology, 17*(1), 118. <https://doi.org/10.1186/s12874-017-0394-5>
- Figueiras, M. J., Monteiro, R., & Caeiro, R. (2012). Crenças erróneas e perceção da doença em pacientes cardíacos e seus cônjuges: Um estudo piloto. *Psychology, Community & Health, 1*, 232-245.
- Kline, R. B. (2016). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (4th ed.). The Guilford Press.
- Leventhal, H., Phillips, L. A., & Burns, E. (2016). The common-sense model of self-regulation (CSM): A dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of Behavioral Medicine, 39*(6), 935–46. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9782-2>
- Lin, S. Y., & Dougherty, M. C. (2003, March). Incontinence impact, symptom distress and treatment-seeking behavior in women with involuntary urine loss in Southern Taiwan. *International Journal of Nursing Studies, 40*(3), 227–234. [https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(02\)00081-0](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(02)00081-0)
- Marôco, J. (2021). *Análise de equações estruturais*, 3rd edn. Report Number.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011). *Código Deontológico*. OPP.



CAPITULO 13

“Já Não Luto Contra o Mundo”: Autoafirmação de Jovens Trans em Portugal

Marta Conceição¹ & Pedro Alexandre Costa^{1,2}

¹ISPA – Instituto Universitário; ²William James Center for Research, Portugal

Autor correspondente: Marta Conceição, e-mail: martafdconceicao@gmail.com

Resumo: O contexto social e legal que caracteriza Portugal consiste num dos mais progressistas no que diz respeito a direitos de pessoas trans, pelo que coloca esta população, em particular as camadas mais jovens, numa posição única que permite um acesso facilitado aos processos de afirmação das identidades de género. Assim, este estudo procurou perceber de que forma o atual contexto português contribui para vivências autênticas de jovens trans portugueses/as. Para tal, foram entrevistados/as dezasseis jovens trans com idades compreendidas entre os 16 e 26 anos de idade. Estes/as foram recrutados/as por via de grupos informais online destinados a pessoas trans, associações de apoio a pessoas LGBTI+ e através de consultas de psicologia e sexologia em contexto hospitalar. Entre as pessoas participantes, três identificavam-se com o género feminino, uma com género não binário e doze com o género masculino. As entrevistas foram analisadas segundo o método de análise temática. Através desta análise foram identificados dois temas: 1) afirmação de género no contexto legal português; 2) apoio percebido e obstáculos sociais. Estes temas demonstraram que os avanços legais no contexto português têm sido benéficos para jovens trans, proporcionando-lhes vivências autênticas. Contudo, persistem ainda situações de discriminação que se apresentam como obstáculos a este tipo de vivências, o que mostra que, apesar da evolução social e legal, ainda há um caminho a percorrer quanto aos direitos trans.

Palavras-chave:

Jovens trans; Identidade de género; Afirmação de género; Autodeterminação de identidade de género.

Nota

Neste estudo, optou-se pelo uso da linguagem inclusiva, que introduz uma terceira flexão neutra, para além da masculina e feminina. Esta escolha teve em consideração a população sobre a qual o estudo incidiu e a diversidade de identidades de género abrangidas. Contudo, dado que os/as participantes mostraram preferência por pronomes masculinos ou femininos, serão referidos/as como tal.



Introdução

Durante a adolescência, muitos/as/es jovens trans enfrentam sentimentos de mal-estar associados ao desenvolvimento pubertário e à incongruência entre o género de identificação e aquele que foi atribuído à nascença. Adicionalmente, dado que as estruturas sociais raramente se encontram aptas para acomodar a diversidade de género, muitos/as/es experienciam vários tipos de discriminação, o que leva a um comprometimento da sua saúde mental, nomeadamente, ansiedade, depressão e ideação suicida (Dhejne et al., 2016). Neste sentido, várias pessoas procuram realizar procedimentos que lhes permitam alinhar a sua expressão de género, seja a nível corporal e/ou social, com a sua identidade de género.

Os processos de afirmação de género referem-se a procedimentos que têm em vista o reconhecimento da identidade de género de um indivíduo. Tratam-se de processos multidimensionais que envolvem três eixos principais: social, médico-cirúrgico e legal. O primeiro debruça-se sobre o reconhecimento institucional e interpessoal, incluindo ser tratado/a/e pelo nome e pronomes escolhidos. O segundo refere-se a procedimentos médicos, como terapias hormonais ou cirurgias de redesignação sexual. O último envolve a alteração do nome e marcadores sexuais em documentos legais. Estes processos de afirmação de género atenuam o mal-estar psicológico da população trans e potenciam o aumento da sua qualidade de vida, integração social e sentimento de pertença (Fontanari et al., 2020). Assim, torna-se claro que contribuem também para vivências autênticas no contexto da identidade de género.

O contexto português, embora pautado por valores cis-heteronormativos, caracteriza-se como um dos mais progressivos no que respeita a concretização legal dos direitos de pessoas trans (Hilário, 2019). Assim, destacam-se três marcos: 1) Legalização das cirurgias de redesignação sexual, em 1995, atualmente disponíveis a pessoas com diagnóstico de disforia de género; 2) Lei da Identidade de Género (Lei n.º 7/2011), que passou a permitir a alteração do nome e marcadores sexuais em documentos legais, sem requerer alterações corporais; 3) Lei da Autodeterminação da Identidade de Género e Expressão de Género (Lei n.º 38/2018), que passou a permitir o reconhecimento legal do género baseado na autodeterminação, sem requerer um diagnóstico de disforia de género, tendo também estipulado a adoção de medidas no contexto escolar que promovam o exercício do direito à autodeterminação de identidade e expressão de género.

Apesar da investigação emergente, as vivências da juventude trans continuam sub-representadas, sendo também raros os estudos que contemplam a interseção de influências sociais e pessoais (Hines & Santos, 2017). Assim, tendo em conta as alterações sociais e legais no contexto português, tal como o crescente número de jovens a assumir-se publicamente como trans (ILGA Portugal, 2020), o presente estudo propôs-se a responder à seguinte questão de investigação: “De que forma contribui o atual contexto português para as vivências autênticas de jovens trans?”

Método

Desenho de Investigação



Este estudo caracterizou-se por um desenho descritivo com metodologia qualitativa e corte transversal. O grupo de participantes foi recrutado através de uma amostragem não probabilística por conveniência e por propagação geométrica. Como critérios de inclusão, foi requerido que os/as/es participantes se identificassem como trans e que tivessem idades compreendidas entre os 16 e 26 anos, dado que este foi considerado um período onde ocorrem processos significativos no desenvolvimento da identidade de género.

Participantes

De um total de dezasseis participantes, doze reportaram identificar-se com o género masculino, três com o feminino e um com “género não binário, mas mais no espetro masculino”. Assim, três manifestaram preferência por pronomes femininos e os restantes por masculinos. A média de idades foi de 19.6 anos. Entre os/as participantes, sete tinham completado o ensino básico, oito o ensino secundário e um/a a licenciatura. Quanto à sua ocupação, nove eram estudantes, seis empregados/as e um/a desempregado/a. Todos/as eram portugueses/as, tendo sido recrutados/as através de associações e grupos informais online destinados a jovens LGBTI+ ou exclusivamente trans, assim como através de consultas de psicologia e sexologia.

Instrumentos

Recorreu-se a uma entrevista semiestruturada, com o objetivo de aceder à subjetividade de cada participante. Assim, foi desenvolvido um guião que incluiu questões sobre dados sociodemográficos e sobre vivências pessoais associadas às trajetórias de desenvolvimento da identidade de género.

Procedimentos

Tendo esta investigação obtido o parecer positivo da Comissão de Ética do Ispa – Instituto Universitário, foram recrutados/as os/as participantes. Estes/as facultaram o seu consentimento informado, que garantiu total confidencialidade, anonimato e o cariz voluntário da participação. Posteriormente, realizou-se a entrevista, presencial ou online, que foi gravada por meio de um gravador de áudio, de modo a possibilitar a sua transcrição e tendo sido apagada após este procedimento. Aquando da transcrição, foram alterados os nomes dos/as participantes, de forma a assegurar o seu anonimato. Foi também entregue uma carta de esclarecimento pós-investigação, onde constavam informações pertinentes, como contactos úteis a que os/as participantes poderiam aceder em caso de necessidade.

Plano de Análise

O método usado para a análise das entrevistas foi o de análise temática, que pretende identificar, analisar e reportar padrões num conjunto de dados qualitativos (Braun & Clarke, 2006). Recorreu-se à forma indutiva bottom-up de análise temática, assim como aos níveis semântico e latente, com tendência para este último.

Resultados



Foram identificados dois temas que deram conta da forma como o atual contexto português contribui para e condiciona as vivências autênticas dos/as participantes: 1) Afirmação de género no contexto legal português; 2) Apoio percebido e obstáculos sociais.

Afirmação de Género no Contexto Legal Português

Relativamente a este tema, ficou claro que o panorama legal desempenha um papel importante nas vivências autênticas, uma vez que dá acesso a dois dos processos de afirmação mais referidos pelos/as participantes: médico-cirúrgico e legal. É de salientar que a lei mais recente e a sua importância foram também reconhecidas pelos/as participantes: “*Uma coisa espetacular que aconteceu quando eu tinha 14/15 anos foi o decreto-lei de 2018 saiu e as coisas mudaram todas e foi incrível*” (Júlio, 20 anos).

Sobre os processos médico-cirúrgicos, todos/as os/as participantes referiram, entusiasticamente, ter iniciado ou desejar iniciar algum tipo de procedimento, tendo como objetivo um melhor alinhamento entre a sua expressão de género – a nível físico e corporal – e o seu género de identificação:

(...) Um dos meus objetivos principais é começar testosterona, por todas as mudanças que faz, as mudanças fantásticas que faz, e as oportunidades, mesmo, dando uma voz mais grave e outras coisas (...). É mesmo abrir uma janela para o corpo que eu sempre quis. (João, 17 anos).

As expectativas que os/as jovens demonstraram em relação a estes processos mostraram-se concordantes com os efeitos descritos por participantes que já os tinham iniciado. Neste sentido, verificou-se que este tipo de procedimentos facilitaram o reconhecimento social desejado, levando, assim, a um maior nível de autoconfiança.

Sobre os processos legais de afirmação de género, a mudança do nome e marcadores sexuais no cartão de cidadão foi amplamente referida. Este passo foi descrito como uma oficialização das identidades, associando-se também a entusiasmo e felicidade:

Em dezembro, fiz a alteração dos documentos. Não estás bem a ver a minha euforia... Sentia-me no meu auge dos auge em dezembro. Finalmente eu tinha o meu cartão de cidadão a dizer género feminino, com o nome Daniella. (Daniella, 20 anos).

Apoio Percebido e Obstáculos Sociais

O segundo tema prendeu-se com a ambivalência entre o apoio percebido e os obstáculos sociais enfrentados. Por um lado, os/as participantes apontaram várias fontes de apoio, em particular amigos/as/es que também se identificavam como LGBTI+: “*Com os meus amigos foi a coisa mais natural de sempre... Também ajuda eu estar num grupo de amigos em que somos todos LGBT*” (Tiago, 16 anos). Outra fonte de apoio relevante foram grupos informais online destinados a pessoas trans. Neste contexto, os/as participantes encontraram apoio informativo e emocional, tendo relatado também um sentimento de pertença. Além disso, o contexto online mostrou-se como um espaço de exploração, afirmação e aceitação da identidade, no qual os/as participantes puderam experimentar outros nomes e aceder a recursos que não se encontravam disponíveis no



seu quotidiano. De forma a ilustrar a importância deste tipo de grupos, Tiago (16 anos) referiu: *“Encontrei na net o apoio e o suporte e o conhecimento que eu não tinha e que precisava”*.

É ainda de destacar o contexto escolar, onde foram relatadas atitudes positivas e de aceitação, por parte de colegas e docentes, que contribuíram para uma vivência mais autêntica:

No 12.º ano tive uma professora que apercebeu-se, eu não falei com ela mas ela apercebeu-se, e nunca usava pronomes quando se referia a mim. Ela era uma professora de inglês, chamava-me sempre “love”, nunca me tratava pelo outro nome e, pronto, foi também um bocado com “ok, uma pessoa adulta, que tem tipo 50 e tal anos, aceita-me, se calhar não é assim tão mau quanto isso.” (António, 21 anos).

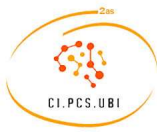
Apesar destas vivências positivas, que promoveram vivências autênticas, os/as jovens referiram também alguns obstáculos sociais. Um destes obstáculos traduziu-se nas experiências de *bullying* no contexto escolar, incluindo violência física e verbal por parte de colegas e docentes, e que resultou em sofrimento psicológico, autoisolamento e mesmo ideação suicida:

“(…) [o preconceito de que era alvo] fez-me duvidar do meu sítio, não, do espaço que eu ocupava na vida das outras pessoas, se era mesmo importante e se devia continuar a existir, neste caso. Também porque houve dois casos de suicídio na minha escola e eu cheguei mesmo a pensar a ser o terceiro (...).” (João, 20 anos).

Um outro obstáculo no contexto escolar, ainda que numa vertente mais institucional, prendeu-se com a resistência por parte da escola em permitir a alteração do nome social dos/as jovens, embora seja um direito destes/as, segundo a Lei n.º 38/2018. O excerto de Teresa (17 anos) ilustrou esta situação:

Eu pedi à escola para mudar o meu nome porque há uma coisa chamada transição social (...). E eu e os meus pais tratámos disso (...). Foi um bocado complicado... Por causa, no início, estavam sempre a dizer “não dá, não dá, não dá” mas depois nós insistimos tanto que eles depois acabaram por mudar.

Por fim, um outro obstáculo que se fez sentir dentro e fora do contexto escolar prendeu-se com o *misgender*, isto é, o uso de linguagem (e.g., nomes e pronomes) que não é concordante com a identidade de género da pessoa e que constitui uma forma de microagressão. Apresentando-se, na sua maioria, de acordo com a sua autoidentificação, algumas pessoas destacaram o desconforto, tristeza e frustração quando confrontadas com a experiência de *misgender*, que partiu de pessoas conhecidas, desconhecidas ou até de serviços de saúde. Os/as participantes reconheceram ainda que, por vezes, esta microagressão era perpetrada de forma intencional mas que nem sempre era este o caso. Ainda que alguns/algumas se esforçassem para corrigir as pessoas, outros/as não se sentiam confortável para tal, como revelou João (17 anos): *“Tenho demasiada vergonha de corrigi-las. É uma coisa que eu ainda preciso de praticar e treinar e... E de fazer com que as pessoas não se enganem porque isso deixa-me mesmo triste”*. Assim, verificou-



se que a prática de *misgender* levou a sentimentos de invalidação, condicionando a vivência autêntica destes/as jovens.

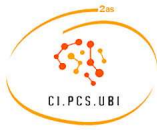
Discussão

Tendo em conta os temas identificados e os processos associados às vivências de autenticidade, importa ter em conta o tempo e local histórico que compõem o contexto português. Atualmente, devido à Leis n.º 7/2011 e, em particular à Lei n.º 38/2018, a juventude trans, apesar de possíveis obstáculos, tem um acesso facilitado à alteração do seu nome e marcadores sexuais em documentos legais, a intervenções médico-cirúrgicas e a medidas que visam protegê-la no ambiente escolar. Além disso, também as tecnologias disponíveis posicionam os/as participantes num momento único, com maior acesso a informações e a outras pessoas trans, facilitando, assim, a tarefa de construção das suas identidades de género.

Em relação aos processos de afirmação e às suas multidimensionalidades, estes revelaram o papel ativo que os/as jovens tomaram na construção das suas próprias narrativas e identidades. Esta agência deve ser percebida à luz do contexto português atual, especialmente em comparação com outros locais ou tempos históricos. Sobre a mudança de nome e marcadores sexuais nos documentos legais, e devido à Lei n.º 38/2018, este processo tornou-se acessível sem necessidade de apresentação de um diagnóstico de disforia de género. Desta forma, os relatos dos/as participantes reforçaram a importância desta medida como meio de afirmação do género. Quanto a intervenções médico-cirúrgicas, é de referir que todos/as os/as participantes revelaram o desejo de realizar algum tipo de procedimento, o que contrasta com a literatura, que indica que cada vez menos pessoas trans procuram este tipo de procedimentos (Merlini, 2019). De modo a justificar esta predominância, colocou-se a hipótese de que, embora em desconstrução, o modelo binário continua ainda dominante em Portugal, perpetuando a associação entre certas características corporais e certas identidades de género.

Quanto ao apoio percebido e aos obstáculos sociais, ficou claro, primeiramente, que os/as participantes encontraram vários agentes promotores de vivências autênticas e de validação das suas identidades. Como estudado previamente, os contextos de amizades LGBTI+ foram as maiores fontes de apoio (Galupo et al., 2014). Adicionalmente, os grupos informais online forneceram suporte emocional e informativo, servindo ainda como espaços de experimentação, expressão autêntica e ponte de contacto com outras pessoas trans, potenciando o sentimento de pertença (Kichler, 2021). Também no contexto escolar foram reportadas vivências de aceitação e apoio, que não se encontraram tão representadas na literatura. Estas vivências, e o facto de não serem tão comuns noutros estudos, podem ser perspetivadas segundo a Lei n.º 38/2018, que propôs a implementação de medidas de prevenção e combate contra a discriminação em função da identidade e/ou expressão de género, promovendo condições para que os/as/es jovens se sintam respeitados/as/es consoante as suas identidades de género.

Apesar disto, os/as jovens relataram alguns obstáculos às suas vivências autênticas no contexto escolar, nomeadamente experiências de bullying e resistência à alteração do nome social. Este tipo de experiências, em particular as de bullying, encontraram-se presentes na literatura (Saleiro, 2017), o que mostra que, apesar de a Lei n.º 38/2018 ter



estipulado medidas que visam proteger jovens trans neste contexto, esta nem sempre foi devidamente aplicada e cumprida, condicionando, assim, o exercício à autodeterminação da identidade de género.

Em relação ao misgender, este foi identificado na literatura como uma microagressão, tendo também sido descrito pelos/as participantes como tal, ao relatarem um consequente sentimento de invalidação (Chang & Chang, 2015). Perante esta situação, vários/as participantes referiram a vontade de corrigir a linguagem, contudo, nem sempre se sentiram confortáveis em fazê-lo. Tal demonstra que prevalecem práticas de discriminação que se encontram tão enraizadas em aspetos quotidianos, como a linguagem, que, por vezes são perpetrados mesmo que não intencionalmente. Por outro lado, o desconforto em corrigir deu conta de alguma insegurança e receio em relação a possíveis respostas negativas, o que levou a uma sobreposição da segurança em relação ao bem-estar psicológico e à afirmação da identidade de género no espaço público.

Conclusão

O presente estudo demonstrou de que forma o atual contexto português contribui para os processos de afirmação de género de jovens trans. Este contributo é facilitado pelo atual quadro legal, que permite um maior acesso a estes processos. Assim, percebeu-se que o cenário legal tem um impacto fundamental no que diz respeito ao bem-estar psicológico de jovens trans e às suas vivências de autenticidade. Decorrente da influência mútua entre as leis existentes e o contexto social, foram identificadas vivências positivas e de autenticidade. Apesar disto, foram também assinalados alguns obstáculos, o que demonstrou que, apesar dos avanços legais e sociais, ainda há um caminho a percorrer no que diz respeito aos direitos e bem-estar de pessoas trans. Neste sentido, tendo em conta que as Leis n.º 7/2011 e, em particular, a Lei n.º 38/2018 visam proteger jovens trans, é importante reforçar e monitorizar a sua aplicação e cumprimento. Em conclusão, nas palavras de Júlio (20 anos):

A transfobia tem um peso grande na minha vida e na vida da maior parte das pessoas trans que eu conheço e eu estou muito feliz por ter feito a transição, de alguma forma, a nível social, a nível médico, porque sinto que já não luto contra o mundo e contra mim. Mas existe sempre esse filtro... Ou seja, por um lado é querer aceitar as coisas como estão porque estão melhor do que na maior parte dos sítios, na maior parte dos tempos e, mesmo assim, não ser suficiente.

Referências

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Chang, T. K., & Chung, Y. B. (2015). Transgender microaggressions: Complexity of the heterogeneity of transgender identities. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 9(3), 217–234. <https://doi.org/10.1080/15538605.2015.1068146>
- Dhejne, C., Van Vlerken, R., Heylens, G., & Arcelus, J. (2016). Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *International Review of Psychiatry*



- (Abingdon, England), 28(1), 44–57.
<https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115753>
- Fontanari, A., Vilanova, F., Schneider, M., Chinazzo, I., Soll, B., Schwarz, K., Lobato, M., & Costa, A. (2020). Gender affirmation is associated with transgender and gender nonbinary youth mental health improvement. *LGBT Health*, 7(4), 1-11.
<https://doi.org/10.1089/lgbt.2019.0046>
- Galupo, M. P., Bauerband, L. A., Gonzalez, K. A., Hagen, D. B., Hether, S. D., & Krum, T. E. (2014). Transgender friendship experiences: benefits and barriers of friendships across gender identity and sexual orientation. *Feminism & Psychology*, 24(2), 193–215. <https://doi.org/10.1177/0959353514526218>
- Hilário, A. P. (2019). (Re) Making gender in the clinical context: A look at how ideologies shape the medical construction of gender dysphoria in Portugal. *Social Theory & Health*, 17(4), 463–480. <https://doi.org/10.1057/s41285-019-00102-3>
- Hines, S., & Santos, A. C. (2017). Trans* policy, politics and research: The UK and Portugal. *Critical Social Policy*, 38(1), 35–56.
<https://doi.org/10.1177/0261018317732880>
- ILGA Portugal. (2020). Relatório anual 2019: Discriminação contra pessoas LGBTI+.
- Observatório da Discriminação contra Pessoas LGBTI+. Retirado de: https://ilga-portugal.pt/ficheiros/pdfs/observatorio/ILGA_Relatorio_Discriminacao_2019.pdf
- Kichler, R. (2021). “What has kept me alive”: Transgender communities and support. *Journal of Homosexuality*, 15(1), 1–20.
<https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1943277>
- Merlini, S. (2019). Género e transgressão: (des)fazendo o masculino e o feminino em Portugal e no Reino Unido [Dissertação de Doutoramento, ICS – Universidade de Lisboa].
https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/39741/1/ULSD733713_td_Sara_Rodrigues.pdf
- Saleiro, S. P. (2017). Diversidade de género na infância e na educação: Contributos para uma escola sensível ao (trans)género. *Ex Aequo*, 36, 149–165.
<https://doi.org/10.22355/exaequo.2017.36.09>



CAPITULO 14

Perceived Social Support and Mental Health in Italian and Spanish LG Youth

Nicola Picone^{1*}, Gaetana Affuso^{1*}, Marta Evelia Aparicio-García²
& Pedro Alexandre Costa³

¹University of Campania “Luigi Vanvitelli”, Italy

²Universidad Complutense de Madrid, Spain

³William James Center for Research, Ispa – Instituto Universitário, Portugal

*These authors contributed equally to this work

Author correspondence: Nicola Picone, e-mail: 31294@alunos.ispa.pt

Abstract: The purpose of the present study was to explore the role of nationality and sexual orientation in the mental health and social support of Italian and Spanish lesbian and gay youth. Of 490 participants, 307 were Italians (Mage = 25.30) and 183 were Spanish (Mage = 27.57). They completed an online questionnaire about perceived social support (family, friends, and significant other), depression, and anxiety. Two MANCOVAs were conducted to test the effects of nationality, sexual orientation, and their interaction controlling for age, cohabitation, employment, and religious background. It was shown that nationality and sexual orientation had significant simple effects. Specifically, Italian youth, compared to Spanish youth, presented lower levels of two dimensions of social support (family and friends) and higher levels of depression. Further, lesbian women, compared to gay men, had lower levels of social support from friends and higher levels of anxiety. Finally, there was not a significant interaction effect between nationality and sexual orientation. Bearing in mind the concepts of macrosystem (Bronfenbrenner, 1977) and social stigma (Frost, 2011), results suggest that social and political contexts should be changed by means of different interventions (for example by providing new laws and policies) to meet sexual minorities’ rights and needs.

Key-Words:

Social support, sexual orientation, anxiety, depression, young, cross-cultural study

Introduction

When compared to heterosexuals, sexual minorities present lower levels of social support (Corliss et al., 2009; Hu, 2020), and this could be accounted for social stigma-related

processes to which minorities are subject (Frost, 2011). Frost et al. (2016) pointed out that among lesbian and bisexual women the source of major support was usually represented by families, while for gay and bisexual men it derived from others. However, there were no differences between gay and lesbian individuals in the levels of social support (Kurdek, 1988). When it comes to mental health, it was shown that LGB individuals had higher rates of mental disorders than heterosexual individuals (King et al., 2008). Specifically, it was found that gay men presented more psychological distress than lesbian women (Skidmore et al., 2006), and this may be related to a potential greater impact of social stigma on gay men because of the relations between male gender roles and homosexuality (Baiocco et al., 2014). For instance, Bettinsoli et al. (2020) demonstrated that across 23 countries it was more likely that people reported negative attitudes against gay men versus lesbian women. In light of this evidence, the objective of the present study was to analyze the impact of nationality and sexual orientation on the mental health and social support of Italian and Spanish gay and lesbian youth.

In contrasting Italy and Spain, it is noteworthy that the Spanish social and political context is more progressive in terms of protective laws and policies for LGBTQ+ individuals (ILGA-Europe, 2022). For example, a new law reinforcing protections of LGBTQ+ people, particularly trans people, has just been approved in Spain (“Trans and LGBTI Law”) whereas in Italy several amendments were presented to vote down a hate crime law (“Zan Bill”) which was proposed to protect LGBTQ+ people. Some studies showed the negative impact of living in highly stigmatizing countries on several psychosocial dimensions such as coming out, life satisfaction, suicidality, and depression among sexual minorities (Pachankis & Bränström, 2018; Pachankis et al., 2021). Bearing in mind the concepts of stigma (Frost, 2011) and macrosystem (Bronfenbrenner, 1977) and the relations between male gender roles and homosexuality (Baiocco et al., 2014) as well as the negative attitudes towards gay men (Bettinsoli et al., 2020), in the present study it was hypothesized that: (1) Italian youth presented lower levels of social support and higher levels of depression and anxiety than Spanish youth; (2) gay youth presented lower levels of social support and higher levels of depression and anxiety than lesbian youth; and (3) Italian gay youth were the subgroup who reported the lowest social support and the highest levels of depression and anxiety.

Method

Participants and Procedure

Of 490 participants, 307 were Italians and 183 were Spanish and their ages ranged from 18 to 35 years. Specifically, Italian youth reported a significantly younger age ($M = 25.30$, $SD = 4.45$) than Spanish youth ($M = 27.57$, $SD = 5.01$), $F(1, 489) = 27.19$, $p < .001$. Regarding their sexual orientation, lesbian participants ($M = 24.64$, $SD = 4.67$) were significantly younger than gay participants ($M = 26.84$, $SD = 4.69$), $F(1, 489) = 23.59$, $p < .001$. Fisher’s exact tests were performed to examine possible differences in other socio-demographic information between Italian and Spanish youth as well as between gay and lesbian people. In Spain there was a lower number of lesbians (24.6%, $p < .01$) and a higher number of youths without employment (10.9%, $p < .05$) and without a religious background (43.2%, $p < .01$). No significant differences were found for cohabitation ($p =$



.52) between the two countries. Relative to sexual orientation, the number of unemployed participants was higher among gay youth (9.3%, $p < .05$), but there were no significant differences regarding religious background between gay and lesbian youth ($p = .84$). Lastly, there was a lower number of lesbian youth living by themselves (10.8%, $p < .05$).

Data was collected both in Italy and in Spain through two online questionnaires (in Italian and in Spanish). Dissemination occurred by contacting social activists and associations or through social media, at universities and at social events. Before asking for their consent, participants were informed about the study and the confidentiality and anonymity of their responses and voluntary participation. The eligibility criteria were: (1) self-identifying as lesbian or gay individual, (2) being 18-35 years old, and (3) being Italian or Spanish nationals and currently living in Italy or in Spain.

Measures

Participants were asked about their age, sexual orientation, cohabitation (0 = living by themselves vs. 1 = living with parents/others), employment (0 = unemployed vs. 1 = other (student, worker, etc.) and religion (1 = religious background vs. 0 = no religious background).

Perceived Social Support

To measure perceived social support, the “Multidimensional Scale of Perceived Social Support” was used (Zimet et al., 1988). This is a 12-item scale including three subscales: family, friends, and significant other. Participants were asked to indicate their agreement on each item on a 7-point Likert-type scale ranging from 1 (“Very strongly disagree”) to 7 (“Very strongly agree”). In the three subscales higher scores indicate higher levels of perceived social support. For the family subscale Cronbach’s Alpha was .93 in Italy and .96 in Spain. For the friends subscale it was .94 in the Italian sample and .95 in the Spanish sample. Finally, the significant other subscale presented a Cronbach’s Alpha of .94 and of .89 in Italy and in Spain, respectively.

Depression and Anxiety

To measure depression and anxiety, the “PROMIS Emotional Distress – Depression/Anxiety – Short Form” was used (Pilkonis et al., 2011). The depression scale comprises 8 items whereas the anxiety scale comprises 7 items. Participants were asked to answer about the occurrence of depressive and anxiety symptoms on a 5-point Likert-type scale ranging from 1 (“Never”) to 5 (“Always”). In both scales higher scores indicate higher levels of anxiety and depression. For depression, Cronbach’s Alpha was .95 in Italy and .96 in Spain. For anxiety, it was .93 in Italy and .95 in Spain.

Results

Data analysis was made through SPSS, version 29. Two MANCOVAs were carried out to explore the effects of nationality, sexual orientation, and their interaction on the three

dimensions of perceived social support and on anxiety and depression. Nationality and sexual orientation were included as independent variables in both MANCOVAs; perceived social support (family, friends, and significant other) was treated as dependent variable in the first MANCOVA; and anxiety and depression were treated as dependent variables in the second MANCOVA. Further, age, cohabitation, employment, and religious background were included as covariates in both analyses given that there were significant differences between Italian and Spanish participants and between gay and lesbian youth. The results from the first MANCOVA showed that there was a significant effect of nationality (Wilks' $\lambda = .92$, $F(3, 481) = 14.25$, $p < .001$, $\eta^2p = .08$, Power = 1.00) and sexual orientation (Wilks' $\lambda = .97$, $F(3, 481) = 5.65$, $p < .001$, $\eta^2p = .03$, Power = .95), but there was no significant interaction effect (Wilks' $\lambda = .99$, $F(3, 481) = 2.00$, $p = .11$, $\eta^2p = .01$, Power = .51). Means and standard deviations for each dependent variable are reported in Table 1. Through post-hoc univariate analysis it was shown that Italian youth reported lower levels of both social support from family and friends than Spanish youth. Further, it was shown that lesbian youth reported lower levels of social support from friends than gay youth.

The results from the second MANCOVA showed that there was a significant effect of nationality (Wilks' $\lambda = .98$, $F(2, 482) = 4.92$, $p < .01$, $\eta^2p = .02$, Power = .81) and sexual orientation (Wilks' $\lambda = .97$, $F(2, 482) = 6.42$, $p < .01$, $\eta^2p = .03$, Power = .90), but there was no significant interaction effect (Wilks' $\lambda = 1.00$, $F(2, 482) = 1.17$, $p = .31$, $\eta^2p = .01$, Power = .26). Means and standard deviations for each dependent variable are reported in Table 1. Post hoc univariate analysis showed that Italian youth reported higher levels of depression than Spanish youth, while lesbian youth reported higher levels of anxiety than gay youth.

Table 1 - Means and standard deviations for each dependent variable.

	Italian youth		Spanish youth		<i>F</i> (1,489)	Gay youth		Lesbian youth		<i>F</i> (1,489)
	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>		<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	
Social support family	4.10	1.70	5.01	1.80	24.59***	4.54	1.81	4.22	1.74	.81
Social support friends	5.56	1.45	5.98	1.35	15.80***	5.84	1.34	5.46	1.56	4.05*
Social support Sign. other	5.63	1.63	5.67	1.56	.22	5.57	1.62	5.80	1.56	1.94
Depression	2.66	1.11	2.48	1.10	4.99*	2.52	1.09	2.75	1.14	1.93
Anxiety	2.75	1.04	2.72	1.10	.08	2.61	1.05	3.01	1.03	10.19**

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Note: Covariates: Age, Cohabitation, Employment and Religious Background.

Discussion

The objective of the present study was to explore the effects of nationality and sexual orientation on the mental health and social support of gay and lesbian youth. After controlling for age, cohabitation, employment, and religious background it was found that nationality influenced two dimensions of social support (family and friends) and depression in that Italian youth presented lower levels of social support and higher levels of depression than Spanish youth. This result is consistent with the first hypothesis. In

fact, Italian lesbian and gay youth are embedded in a particularly stigmatizing context where they cannot benefit from protective laws and policies, which may have an impact on the availability of sources of social support and on the mental health of sexual minorities. Other studies also showed the negative impact of living in highly stigmatizing countries (Pachankis & Bränström, 2018; Pachankis et al., 2021).

Nevertheless, there were no significant differences with respect to social support from significant other and anxiety. Regarding sexual orientation, it was shown that lesbian youth were more likely to suffer from anxiety than gay youth. This result is not line with the second hypothesis, but it could be accounted for the evidence that women are found to present more anxiety disorders than men (Kessler et al., 2005; McLean at al., 2011). Additionally, and also contrary to our second hypothesis, lesbian youth were less likely to report social support from friends. Despite the inconsistency with the literature on the relations between male gender roles and homosexuality (Baiocco et al., 2014) and on the greater negative attitudes towards gay men (Bettinsoli, 2020), this could be related to the fact that the source of major support for lesbians come from family members rather than friends (Frost et al., 2016). Lastly, in both MANCOVAs there was not a significant interaction effect between nationality and sexual orientation.

The study presented some limitations. Indeed, some of the results should be interpreted cautiously due to their reduced effect sizes. Further, our sample may not be representative of the population because the procedures used to collect data were non-probabilistic. Future research should comprise participants belonging to the whole LGBTQ+ community and explore other variables from a comparative perspective. Overall, our results underscore that social and political contexts should be changed to meet sexual minorities' rights and needs, for example by developing new laws and policies, particularly in Italy. This may influence variables such as depression or protective factors like perceived social support from friends and family.

References

- Baiocco, R., Ioverno, S., Cerutti, R., Santamaria, F., Fontanesi, L., Lingiardi, V., Baumgartner, E., & Laghi, F. (2014). Suicidal ideation in Spanish and Italian lesbian and gay young adults: The role of internalized sexual stigma. *Psicothema*, 26(4), 490–496. <https://doi.org/10.7334/psicothema2014.1>
- Bettinsoli, M. L., Suppes, A., & Napier, J. L. (2020). Predictors of attitudes toward gay men and lesbian women in 23 countries. *Social Psychological and Personality Science*, 11(5), 697–708. <https://doi.org/10.1177/1948550619887785>
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513–531. <https://doi.org/10.1037/0003->
- Corliss, H. L., Austin, S. B., Roberts, A. L., & Molnar, B. E. (2009). Sexual risk in "mostly heterosexual" young women: influence of social support and caregiver mental health. *Journal of women's health (2002)*, 18(12), 2005–2010. <https://doi.org/10.1089/jwh.2009.1488>



- Frost, D. M. (2011). Social stigma and its consequences for the socially stigmatized. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(11), 824-839. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00394.x>
- Frost, D. M., Meyer, I. H., & Schwartz, S. (2016). Social support networks among diverse sexual minority populations. *The American journal of orthopsychiatry*, 86(1), 91-102. <https://doi.org/10.1037/ort0000117>
- Hu, J., Tan, L., Huang, G., & Yu, W. (2020). Disparity in depressive symptoms between heterosexual and sexual minority men in China: The role of social support. *PloS one*, 15(1), e0226178. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226178>
- ILGA-Europe (2022). Annual Review of the Human Rights Situation of Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex People in Europe and Central Asia. Brussels: ILGA-Europe.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self-harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC psychiatry*, 8, 70. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-70>
- Kurdek, L. A. (1988). Perceived social support in gays and lesbians in cohabitating relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 504-509. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.3.504>
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of psychiatric research*, 45(8), 1027-1035. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006>
- Pachankis, J. E., & Bränström, R. (2018). Hidden from happiness: Structural stigma, sexual orientation concealment, and life satisfaction across 28 countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(5), 403-415. <https://doi.org/10.1037/ccp0000299>
- Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Bränström, R., Schmidt, A. J., Berg, R. C., Jonas, K., Pitoňák, M., Baros, S., & Weatherburn, P. (2021). Structural stigma and sexual minority men's depression and suicidality: A multilevel examination of mechanisms and mobility across 48 countries. *Journal of abnormal psychology*, 130(7), 713-726. <https://doi.org/10.1037/abn0000693>
- Pilkonis, P. A., Choi, S. W., Reise, S. P., Stover, A. M., Riley, W. T., Cella, D., & PROMIS Cooperative Group (2011). Item banks for measuring emotional distress from the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS®): depression, anxiety, and anger. *Assessment*, 18(3), 263-283. <https://doi.org/10.1177/1073191111411667>
- Skidmore, W. C., Linsenmeier, J. A., & Bailey, J. M. (2006). Gender nonconformity and psychological distress in lesbians and gay men. *Archives of sexual behavior*, 35(6), 685-697. <https://doi.org/10.1007/s10508-006>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2



CAPITULO 15

O Impacto das Motivações para o Cibersexo na Psicossintomatologia em Estudantes do Ensino Superior Português: a Importância das Variáveis Sociodemográficas

Márcia Salvador, Celeste Rosa, Leonor Gama, Ana Morais & Eva Corceiro

Universidade da Beira Interior, Portugal

Autor correspondente: Márcia Salvador, e-mail: marcia.salvador@ubi.pt

Resumo: Nas últimas duas décadas, o número de utilizadores da Internet tem vindo a crescer de forma substancial. Entre as muitas aplicações e atividades disponíveis online, destaca-se o uso da Internet para fins sexuais, surgindo, assim, o conceito de Cibersexo – “o uso da Internet para gratificação sexual” [12]. Assim, propomo-nos (1) avaliar a prevalência das motivações para o Cibersexo, (2) comparar diferenças nas motivações entre grupos (género, vinculação e heterossexualidade/não heterossexualidade), (3) determinar o grau de associação entre as motivações para o Cibersexo e a idade, e (4) determinar o poder preditivo das variáveis sociodemográficas e das motivações para o Cibersexo nos sintomas psicológicos. Para tal, foram analisadas as respostas que 388 estudantes do ensino superior português deram a um questionário sociodemográfico, Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18 (BSI-18) e Questionário de Motivações para o Cibersexo. Os resultados revelaram uma prevalência de motivações para o Cibersexo de 72% na amostra, a existência de diferenças estatisticamente significativas nas motivações para o Cibersexo entre homens e mulheres e entre heterossexuais e não heterossexuais. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre vinculados e desvinculados, nem verificada uma associação entre a idade e as motivações para o Cibersexo nesta amostra. Mulheres, indivíduos não heterossexuais e indivíduos mais motivados para a prática de Cibersexo revelaram níveis mais elevados de psicossintomatologia. Este estudo contribuiu para um melhor entendimento das motivações para o Cibersexo e seu impacto na psicossintomatologia, tendo em conta as variáveis sociodemográficas.

Palavras-Chave: Cibersexo; motivações para o Cibersexo; psicossintomatologia; idade; género; vinculação; heterossexualidade/não heterossexualidade; estudantes do ensino superior; Portugal

Introdução

A Internet tem cada vez mais vindo a assumir um papel fundamental e facilitador na acessibilidade à informação na atualidade [13]. Surge desta forma o conceito de

Cibersexo que, apesar de ter vindo a ser definido de múltiplas formas [19], é entendido, segundo Cooper & Griffin-Shelley (2002), como "o uso da Internet para gratificação sexual" [12]. O Cibersexo pode ser praticado de forma isolada (solitária, em que a pessoa usufrui do mesmo na sua própria companhia) ou social (em que existe uma interação com outros utilizadores a nível sexual ou emocional) [3]. Hartney (2010) identifica três formas distintas de Cibersexo: (1) a pornografia online (i.e., imagens, áudios, vídeos), (2) as interações em tempo real (i.e., participação em conversas de chat de cariz sexual, troca de imagens explícitas, ficheiros de áudio e/ou vídeo) e (3) programas multimédia (i.e., filmes pornográficos, jogos sexuais) [19].

Semelhante à definição de Cibersexo, surge a de ASO (Atividades Sexuais Online), acrónimo definido por Cooper e Griffin-Shelley (2002) como representando quaisquer tipos de atividades online que estejam relacionadas com a sexualidade, sejam elas ligadas a conteúdo gráfico, em texto ou áudio [13], e englobando não só a procura de estimulação sexual ou parceiros sexuais, mas também a procura de apoio ou informação [2]. Assim, e de acordo com Shaughnessy et al. (2011), as ASO podem ser agrupadas em três categorias distintas: (1) atividades não sexuais, como visitar websites educacionais ou a leitura de textos eróticos; (2) atividades sexuais solitárias, como o download e visualização de conteúdo sexualmente explícito; e (3) atividades sexuais conjuntas, como a procura de contatos românticos/sexuais online ou a prática de sexo via webcam [13].

A maioria dos autores parece considerar o Cibersexo como sendo, então, um subtipo ou subcategoria específica das ASO [5] apenas e especificamente relacionada com as atividades online sexualmente gratificantes, como a "participação em chats de cariz sexual, a visualização de conteúdo pornográfico, a participação conjunta em experiências sexuais online (cybering) ou a partilha de imagens/ficheiros de cariz sexual" [2]. Com a crescente prática de Cibersexo [4], as pesquisas em volta desta temática têm vindo a centrar-se na exploração de quais as motivações que antecedem o uso da Internet para fins sexuais [1]. Segundo Wysocki (1998), as 05 motivações básicas por detrás desta prática são: (1) o anonimato; (2) constrangimentos de tempo na vida da pessoa; (3) a partilha de fantasias sexuais; (4) a participação em atividade sexual online, e (5) a possibilidade de conhecer pessoas com os mesmos interesses sexuais [19]. Num outro estudo, Cooper et al (2002) identificaram oito motivações: (1) para distração; (2) para educação; (3) para lidar com o stress; (4) pela fantasia; (5) para se envolver em atividades sexuais nas quais a pessoa não se envolveria na vida real; (6) para socializar com pessoas que partilham os mesmos interesses; (7) para conhecer pessoas para se encontrar na vida real; e (8) para atividades sexuais offline [19].

Mais recentemente, numa revisão de Castro et al. (2018), foram identificadas sete motivações: (1) pelo baixo custo; (2) acessibilidade; (3) anonimato; (4) para satisfazer a curiosidade sexual; (5) por pressão de terceiros; (6) para conhecer alguém para se envolver romanticamente; (7) como uma forma de regulação emocional [11]. De destacar ainda que Franc e colaboradores (2018) referem a existência de catorze motivações essenciais: (1) para entretenimento; (2) para encontrar alguém; (3) por gostar da sensação; (4) para ser sociável e apreciado/a pelos outros; (5) só para ver; (6) para esquecer problemas e preocupações; (7) para fazer trocas com outras pessoas; (8) para confortar quando se está de mau humor; (9) para obter uma sensação de euforia; (10) porque é divertido; (11) porque torna os encontros sociais mais prazerosos; (12) para masturbação; (13) pela excitação; e (14) porque ajuda quando se está deprimido/a ou ansioso/a. Estas



últimas foram as motivações privilegiadas e analisadas no presente estudo.

A prática sexual na Internet parece variar consoante o género, a orientação sexual e o facto de se encontrar ou não numa relação [5]. A maioria da literatura consultada remete para uma maior prevalência e frequência da prática de Cibersexo nos homens [5; 20]. Pesquisas recentes sugerem ainda algumas diferenças entre géneros relativamente à sua prática [15]. Os homens revelam um maior interesse na prática de atividades isoladas, nomeadamente a pornografia [5; 15], frequentemente associada a atividades masturbatórias [18]. As mulheres, por outro lado, revelam práticas de Cibersexo mais sociais, que envolvam a interação com outros, como é exemplo o sexting [5; 22], o qual pode estar associado à curiosidade sexual, preliminares, flirting, satisfação de fantasias do parceiro, vingança contra ex-parceiros sexuais ou exploração de outros [21]. Assim, enquanto os homens parecem ser mais motivados pela obtenção de prazer (i.e., masturbação) [12; 16], as mulheres parecem ser motivadas tanto pela procura de prazer como de informação [12]. A prática de atividades sexuais online parece ser mais prevalente nos homens homossexuais, seguindo-se os homens bissexuais. As motivações por detrás desta prática passam essencialmente pela procura de recursos que lhes permitam expressar-se sexualmente de modo a facilitar a sua satisfação sexual imediata [11]. No caso das mulheres, as conclusões diferem, verificando-se antes uma maior prevalência entre mulheres bissexuais e um uso mais moderado entre mulheres homossexuais. Embora a principal motivação por detrás da sua prática esteja associada à satisfação dos desejos sexuais, tal uso pode ter um papel de regulação emocional [11].

O Cibersexo parece ser mais prevalente em indivíduos solteiros, os quais revelam um envolvimento sexual dissociado de compromisso afetivo [18], procurando essencialmente a satisfação dos seus desejos sexuais. Relativamente a indivíduos que se encontram numa relação, e apesar de o envolvimento neste tipo de práticas poder auxiliar os casais na estimulação sexual ou na exploração de novas práticas sexuais [6], estudos mostram uma tendência a diminuir a quantidade total de consumo de pornografia, por exemplo [14]. No entanto, esta diminuição estará mais associada aos homens. Estudos sugerem que os homens tendem a abandonar a sua atividade sexual online quando estão numa relação por conseguirem satisfazer o seu desejo sexual. Nas mulheres, esse abandono não se verifica de forma tão evidente. A continuação da prática destas atividades pode estar associada ao facto de não conseguirem satisfazer o seu desejo sexual ou emocional dentro da relação em que se encontram. Por outro lado, também se verifica que a continuação da prática deste tipo de atividades por mulheres pode levar ao desenvolvimento de novas práticas sexuais com os parceiros [3].

Associada ao crescente interesse pelo estudo das motivações para o Cibersexo, surge também a preocupação em avaliar o seu impacto na psicossintomatologia. Ainda assim, pouca foi a bibliografia encontrada a respeito desta temática. Porém, no seu estudo O Impacto do Cibersexo na Qualidade de Vida e na Saúde Mental, para além de referir os estudantes do ensino superior como apresentando os maiores índices de utilização da Internet para a visualização de conteúdo pornográfico, Mendes (2011) concluiu que a procura de satisfação sexual na Internet está associada a menores níveis de bem-estar físico e maiores níveis de depressão. A utilização da Internet para visualização de conteúdo pornográfico está associada a menores níveis de bem-estar social, mas não necessariamente associada a depressão [19].



O presente estudo teve como finalidade desenvolver procedimentos metodológicos com vista a avaliar o impacto das motivações para o Cibersexo na psicossintomatologia, numa amostra de estudantes do ensino superior recolhida em Portugal. Os nossos objetivos são: (1) avaliar a prevalência das motivações para o Cibersexo; (2) comparar diferenças nas motivações para o Cibersexo entre grupos (género, vinculação e heterossexualidade/não heterossexualidade); (3) determinar o grau de associação entre as motivações para o Cibersexo e a idade; (4) determinar o poder preditivo das variáveis sociodemográficas e das motivações para o Cibersexo na psicossintomatologia. Assim, e com base na revisão da literatura, foram elaboradas as seguintes hipóteses: (Hipótese 1) A prevalência das motivações para o Cibersexo nesta amostra de estudantes do ensino superior é elevada; (Hipótese 2) Existem diferenças nas motivações para o Cibersexo entre homens e mulheres; (Hipótese 3) Existem diferenças nas motivações para o Cibersexo entre pessoas heterossexuais e pessoas não heterossexuais; (Hipótese 4) Existem diferenças nas motivações para o Cibersexo entre pessoas vinculadas e pessoas desvinculadas; (Hipótese 5) Existe uma associação forte, positiva e significativa entre a idade e as motivações para o Cibersexo; (Hipótese 6) As variáveis sociodemográficas são preditores da psicossintomatologia; (Hipótese 7) As motivações para o Cibersexo são preditores da psicossintomatologia.

Método

Participantes

Os critérios de inclusão a cumprir para a participação na presente investigação foram: (1) ter 18 ou mais anos de idade e (2) ser estudante num estabelecimento de ensino superior. A amostra final do presente estudo era, assim, constituída por 388 estudantes do ensino superior, dos quais 277 mulheres (71.4%), 108 homens (27.8%) e 3 participantes que se identificaram com outras formas de identidade de género (.8%), cujas idades se situavam entre os 18 e os 50 anos ($M=21.37$; $DP=2.84$). Recolhida em Portugal, a grande maioria da amostra era de nacionalidade portuguesa (85%), solteira (73.5%), licenciada ou com o bacharelato (50.5%), vivendo num pequeno meio urbano (47.4%), com um estatuto socioeconómico médio (56.7%) e heterossexual (80.4%). Relativamente ao estado civil, os participantes foram divididos por dois grupos: desvinculado (onde foram incluídos os participantes solteiros) (73.5%) e vinculado (onde foram incluídos os participantes casados, em união de facto, ou numa relação significativa/namoro) (26.5%). Finalmente, relativamente à orientação sexual, os participantes foram divididos por dois grupos: heterossexual (onde foram incluídos os participantes que se identificaram como sendo heterossexuais) (80.4%) e não heterossexual (onde foram incluídos os participantes que se identificaram como sendo bissexuais, homossexuais, assexuais, pansexuais ou de outra orientação sexual) (19.6%).

Instrumentos

Um questionário sociodemográfico foi utilizado para averiguar a idade, género, nacionalidade, estado civil, habilitações académicas, local de residência, estatuto socioeconómico, orientação sexual e situação profissional dos participantes.

O *Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18* (Brief Symptom Inventory) (BSI-18),



desenvolvido por Leonard Derogatis (2001) e validado para Portugal por Bárbara Nazaré, Marco Pereira e Maria Cristina Canavarro (2015), foi utilizado para averiguar o grau em que 18 problemas relacionados com psicossintomatologia haviam incomodado os respondentes na semana anterior. Este inventário é, então, composto por 18 itens, quantificados numa escala tipo Likert de 1 a 5 (1 = Nunca; 5 = Sempre), que podem ser agrupados em 3 subescalas: (1) Somatização; (2) Depressão; e (3) Ansiedade.

O *Questionário de Motivações para o Cibersexo* (Cybersex Motives Questionnaire), desenvolvido por Elisabeth Franc, Yasser Khazaal, Katarzyna Jasiowka, Thibault Lepers, Francesco Bianchi-Demicheli e Stéphane Rothen (2018), é composto por 14 itens, quantificados numa escala tipo Likert de 1 a 5 (1 = Nunca; 5 = Sempre), que podem ser agrupados em 3 fatores: (1) Aprimoramento (enhancement), (2) Motivos de Coping: Fuga (coping motives: escape) e (3) Motivos Sociais (social motives). Todos os fatores da escala revelaram uma boa consistência interna: o fator Aprimoramento ($\alpha = .89$), o fator Motivos de Coping: Fuga ($\alpha = .89$) e o fator Motivos Sociais ($\alpha = .82$).

Procedimentos

Para a recolha de dados, foi elaborado na plataforma Google Forms o inquérito “Comportamento Online e Sintomas Emocionais”, constituído por 10 partes sendo que, para a realização da presente investigação foram apenas tidas em conta as respostas às partes 1 – Dados Sociodemográficos, 2 – Sintomas Emocionais (Brief Symptoms Inventory - Derogatis, 2001; Nazaré, Pereira & Canavarro, 2017) e 7 - Motivações para o Cibersexo (Franc et al., 2018). Este inquérito, de um tempo de resposta estimado de 15/20 minutos, foi divulgado através da partilha de um link online, dirigindo-se apenas a pessoas com acesso à Internet, que possuíssem um telemóvel, e soubessem ler e escrever em português, sendo o seu preenchimento voluntário, anónimo e confidencial. Todos os princípios éticos foram respeitados, incluindo o consentimento informado. Posteriormente à recolha de dados, foi elaborada uma base de dados no programa Microsoft Excel, através da qual foi criada a base de dados no programa IBM SPSS Statistics (versão 28), utilizada para realizar toda a análise estatística necessária para dar resposta aos objetivos da presente investigação.

Análise Estatística

Para averiguar a prevalência das motivações para o Cibersexo na amostra, foi transformada uma variável - somatório das motivações para o Cibersexo - a partir da qual foi realizada uma análise de frequência e percentagem, que permitiu analisar a distribuição dos níveis de intensidade em dois fatores (com menos frequência e com mais frequência), cujo ponto de corte foi a mediana teórica (mediana=42). De seguida, e com vista a averiguar com maior especificidade a prevalência de cada uma das motivações para o Cibersexo na amostra, foi realizada uma outra análise de frequência e percentagem para cada um dos catorze itens correspondentes às motivações para o Cibersexo, isoladamente.

Para analisar as diferenças nas motivações para o Cibersexo entre homens e mulheres, entre pessoas vinculadas e não vinculadas, e entre pessoas heterossexuais e não heterossexuais foi realizado um teste T de Student de Amostras Independentes, em que cada uma das variáveis género, vinculação, e heterossexualidade/não heterossexualidade foi utilizada como variável de agrupamento da variável transformada a teste - média das



motivações para o Cibersexo. De seguida, e com vista a analisar com maior especificidade a prevalência de cada uma das motivações para o Cibersexo consoante o género, a vinculação e a heterossexualidade/não heterossexualidade, foram elaboradas tabelas de referência cruzada para cada uma destas variáveis e tendo em conta os catorze itens correspondentes às motivações para o Cibersexo.

Para determinar o grau de associação entre a idade e as motivações para o Cibersexo foi realizada uma Correlação de Pearson, utilizando a variável idade e a variável transformada – média das motivações para o Cibersexo.

Para avaliar o poder preditivo das variáveis demográficas e das motivações para o Cibersexo na psicossintomatologia foi realizado um modelo de Regressão Linear por etapas, em que a variável transformada correspondente à média do BSI foi considerada como dependente. O Modelo 1 incluiu as variáveis independentes: idade; género; nacionalidade; habilitações académicas; local de residência; estatuto socioeconómico; vinculação; heterossexualidade/não heterossexualidade. O Modelo 2 acrescentou à análise das variáveis independentes anteriores, a variável transformada - média das motivações para o Cibersexo. De seguida, e com vista a averiguar o poder preditivo de potenciais motivações para o Cibersexo em específico, foi realizado um modelo de Regressão Linear por etapas, em que a variável transformada correspondente à média do BSI foi considerada como dependente. O Modelo 1 incluiu novamente as variáveis independentes: idade; género; nacionalidade; habilitações académicas; local de residência; estatuto socioeconómico; vinculação; heterossexualidade/não heterossexualidade. O Modelo 2 acrescentou à análise das variáveis independentes anteriores, os catorze itens correspondentes às motivações para o Cibersexo.

Resultados

A prevalência de motivações para o Cibersexo na amostra foi de 72% (n=278), distribuídos da seguinte forma: 28% (n=110) dos participantes responderam “nunca”; 66% (n=255) “raramente” ou “às vezes”, e 6% (n=23) “muitas vezes” ou “sempre”.

Os resultados confirmaram a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p < .05$) nas motivações para o Cibersexo entre homens e mulheres ($t(383) = -4.725$; $p < .001$) e entre heterossexuais e não heterossexuais ($t(385) = -3.360$; $p < .001$). Por outro lado, e contrário às expectativas, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas ($p < .05$) nas motivações para o Cibersexo entre pessoas vinculadas e não vinculadas ($t(386) = 1.335$; $p = .183$). Os resultados da correlação entre a idade e as motivações para o Cibersexo, indicaram a existência de uma associação fraca, negativa e não significativa entre estas variáveis ($r = -.033$; $p = .513$). Após a realização do Modelo Hierárquico de Regressão Linear para avaliar o poder preditivo das variáveis sociodemográficas e das motivações para o Cibersexo na psicossintomatologia, verificaram-se os seguintes resultados: o primeiro modelo, que incluiu as variáveis sociodemográficas idade, género, nacionalidade, habilitações académicas, local de residência, estatuto socioeconómico, vinculação e heterossexualidade/não heterossexualidade, explicou 13.6% da variância total da psicossintomatologia; o segundo modelo, que incluiu as mesmas variáveis sociodemográficas e no qual se introduziram as Motivações para o Cibersexo, explicou 18.1% da variância total da



psicossintomatologia. Após a realização do Modelo Hierárquico de Regressão Linear para avaliar o poder preditivo das variáveis sociodemográficas e de cada uma das motivações para o Cibersexo na psicossintomatologia, verificaram-se os seguintes resultados: o primeiro modelo, que incluiu as variáveis sociodemográficas idade, género, nacionalidade, habilitações académicas, local de residência, estatuto socioeconómico, vinculação e heterossexualidade/não heterossexualidade, explicou 13.3% da variância total da psicossintomatologia; o segundo modelo, que incluiu as mesmas variáveis sociodemográficas e no qual foram introduzidas as catorze motivações para o Cibersexo, explicou 27.6% da variância total da psicossintomatologia.

Discussão

O presente estudo teve como finalidade avaliar o impacto das motivações para o Cibersexo na psicossintomatologia, numa amostra de estudantes do ensino superior recolhida em Portugal, tendo ainda em conta as variáveis sociodemográficas. Para tal, foram analisadas as respostas de 388 estudantes do ensino superior.

A prevalência de motivações para o Cibersexo na amostra foi elevada (72%), corroborando a Hipótese 1. Este achado apoia em parte os achados da literatura acerca desta temática, que remetem para uma prevalência elevada de Cibersexo entre estudantes do ensino superior [2]. No entanto, a frequência com que essa prática acontece é reduzida na nossa amostra. 66% dos participantes responderam “raramente” ou “às vezes” e apenas 6% responderam “muitas vezes” ou “sempre”. Tal não vai ao encontro da literatura encontrada, que remete para um consumo de Cibersexo frequente em estudantes do ensino superior [2; 5; 10; 22]. Consideramos a possibilidade de as respostas a este questionário terem sido influenciadas pela desejabilidade social e, por isso, não refletirem a realidade. As motivações para o Cibersexo mais prevalentes na amostra foram: “só para ver” (51.6%), “para me masturbar” (48.3%) e “para me entreter” (47.4%).

Verificou-se a existência de diferenças significativas nas motivações para o Cibersexo entre homens e mulheres, corroborando a Hipótese 2. Mais especificamente, os homens referiram praticar Cibersexo mais frequentemente que as mulheres, apresentando como principais motivações, “para me masturbar” (72.4%), “porque é excitante” (67.3%), “só para ver” (65.8%) e “para me entreter” (64.8%). As mulheres apresentaram como principais motivações, “só para ver” (45.8%), “para me entreter” (40.1%), “para me masturbar” (38.6%) e “simplesmente porque é divertido” (37.7%). Estes achados estão de acordo com a literatura [9; 12; 15; 16; 18; 20]. Foram também encontradas diferenças significativas nas motivações para o Cibersexo entre indivíduos heterossexuais e não heterossexuais, corroborando a Hipótese 3. Os não heterossexuais referiram praticar Cibersexo mais frequentemente que os heterossexuais. Este achado é corroborado por outros estudos [2; 10; 11] e pode ser explicado pelo facto de a Internet ser um espaço seguro para experimentar com a sexualidade sem preconceito. Os não heterossexuais apresentaram como principais motivações para o Cibersexo, “para me entreter” (63.2%), “para me masturbar” (59.2%), “só para ver” (58.1%), “simplesmente porque é divertido” (53.9%) e “porque é excitante” (52.7%). Já os heterossexuais apresentaram como principais motivações, “só para ver” (50.4%), “para me masturbar” (45.7%), “para me entreter” (43.7%) e “simplesmente porque é divertido” (41.8%).



Não foram, no entanto, identificadas diferenças significativas nas motivações para o Cibersexo entre pessoas vinculadas e desvinculadas, refutando a Hipótese 4. Este resultado não vai ao encontro da literatura consultada, a qual remete para um abandono significativo da prática de Cibersexo, ou ainda uma alteração nas motivações que levam à sua prática, remetendo para atividades que auxiliam os casais na estimulação sexual ou na exploração de novas práticas [3; 6; 7]. Os indivíduos desvinculados apresentaram como principais motivações “só para ver” (51.6%), “para me masturbar” (51%), “para me entreter” (48.4%), “simplesmente porque é divertido” (45.1%) e “porque é excitante” (44%). Os indivíduos vinculados apresentaram motivações semelhantes, “só para ver” (52%), “simplesmente porque é divertido” (41.1%), “para me masturbar” (40.7%) e “porque gosto da sensação” (40.1%). No entanto, podem ser observadas diferenças noutras motivações que não as mais prevalentes. Verificou-se que os indivíduos desvinculados estavam mais motivados “para encontrar alguém” (31.3%) e “para ser sociável e ser apreciado/a pelos outros” (34,2%) que os indivíduos vinculados (13.5% e 20.4%, respetivamente). A potencial procura de algum tipo de conexão por parte dos indivíduos desvinculados pode justificar estes resultados.

Os resultados não revelaram a existência de uma associação entre a idade e as motivações para o Cibersexo, refutando a Hipótese 5. Acreditamos que tal poderá ser explicado pela falta de representatividade de um espectro mais alargado de idades na amostra.

Os resultados refutam a Hipótese 6, na medida em que nem todas as variáveis sociodemográficas são preditores da psicossintomatologia. No entanto, as mulheres e os indivíduos não heterossexuais deste estudo têm níveis mais elevados de psicossintomatologia.

Por outro lado, a Hipótese 7 é corroborada, os indivíduos mais motivados para a prática de Cibersexo tendo níveis mais elevados de psicossintomatologia. Mais especificamente, os indivíduos que praticam Cibersexo para se esquecerem dos seus problemas ou preocupações, para obterem uma sensação de euforia, simplesmente porque é divertido e/ou porque os ajuda quando estão deprimidos ou ansiosos, apresentam níveis mais elevados de psicossintomatologia. Duas destas motivações, “obter uma sensação de euforia” e “simplesmente porque é divertido” pertencem ao Fator Aprimoramento, relacionado com o prazer retirado desta prática.

Por estarem associadas a sentimentos e sensações prazerosas, este tipo de motivações poderá levar a um consumo excessivo/problemático e potencialmente ao desenvolvimento de uma dependência. As motivações “para me esquecer dos meus problemas ou preocupações” e “porque me ajuda quando estou deprimido/a ou ansioso/a” pertencem ao Fator Motivos de Coping: Fuga. Existe a possibilidade de alguns indivíduos utilizarem o Cibersexo como uma forma de fugir às suas preocupações e/ou se regularem emocionalmente, levando ao desenvolvimento de estratégias de coping desadaptativas.

Algumas das limitações encontradas aquando da realização do estudo foram: (1) a influência da amostra nos resultados, uma vez que esta era pouco homogénea, pelo que os resultados não serão representativos ou generalizáveis; (2) a utilização de um instrumento com apenas três fatores que explicam as motivações para o Cibersexo revelou-se muito redutora, pelo que o grupo optou pela análise individual de cada uma das catorze motivações listadas no instrumento; (3) a dificuldade em encontrar e



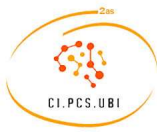
comparar os achados com bibliografia atualizada relacionada com o tema, particularmente estudos portugueses e/ou abordando o impacto das motivações para o Cibersexo na psicossintomatologia.

Conclusão

Este estudo permitiu melhorar a compreensão das motivações para o Cibersexo. Os resultados demonstram níveis de psicossintomatologia mais elevados nos indivíduos mais motivados para a prática do Cibersexo, assim como em mulheres e indivíduos não heterossexuais. Desta forma, destacamos a necessidade de alertar para as consequências nefastas deste consumo na saúde mental, assim como o desenvolvimento de intervenções psicológicas que promovam um consumo mais moderado do Cibersexo.

Referências Bibliográficas

1. Albelda, J. S., & Paredes, R. C. (2019). I Congreso internacional sobre masculinidades e igualdad: en busca de buenas prácticas de masculinidades igualitarias desde el ámbito de la Universidad. Universidad Miguel Hernández.
2. Ballester-Arnal, R., Castro Calvo, J., Gil-Llario, M. D., & Gil-Julia, B. (2017). Cybersex Addiction: A Study on Spanish College Students. *Journal of sex & marital therapy*, 43(6), 567–585. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1208700>
3. Ballester-Arnal, R., Castro-Calvo, J., Gil-Llario, M. D., & Giménez-García, C. (2014). Relationship status as an influence on cybersex activity: cybersex, youth, and steady partner. *Journal of sex & marital therapy*, 40(5), 444–456. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2013.772549>
4. Banerjee, D., & Rao, T. S. S. (2021). “#Intimacy” at Times of COVID-19: The Renewed Impetus Behind Cybersex. *Journal of Psychosexual Health*, 3(1), 13–17. <https://doi.org/10.1177/26318318211004397>
5. Barrada, J. R., Ruiz-Gómez, P., Correa, A. B., & Castro, Á. (2019). Not all Online Sexual Activities Are the Same. *Frontiers in psychology*, 10, 339. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00339>
6. Brahim, F. B., Rothen, S., Bianchi-Demicheli, F., Courtois, R., & Khazaal, Y. (2019). Contribution of sexual desire and motives to the compulsive use of cybersex. *Journal of Behavioral Addictions*, 8(3), 442–450. <https://doi.org/10.1556/2006.8.2019.47>
7. Cabrales Pinto, G. (2019). El cibersexo, fenómeno contemporáneo de la cibercultura en jóvenes universitarios. Universidad de la Costa.
8. Canavarro, M. C., Nazaré, B., & Pereira, M. (2017). Inventário de sintomas psicopatológicos 18 (BSI-18). *Psicologia clínica e da saúde: Instrumentos de avaliação*, 115-130. 2
9. Carvalheira, A., & Gomes, F. A. (2003). Cybersex in Portuguese chatrooms: a study of sexual behaviors related to online sex. *Journal of sex & marital therapy*, 29(5), 345–360. <https://doi.org/10.1080/00926230390224729>
10. Castro-Calvo, J., Arnal, R. B., & Barba, M. G. (2020). Adicción al cibersexo en función de la orientación sexual: prevalencia y predictores. *Informació psicològica*, (120), 65- 79.
11. Castro Calvo, J., Ballester Arnal, R., Gil Llario, M. D., García Barba, M., & Cervigón



- Carrasco, V. (2020). Conductas sexuales online y sus motivaciones: una aproximación desde la diversidad sexual. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 1(1), 293–302. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2020.n1.v1.1785>
12. Castro-Calvo, J., García-Barba, M., Gil Juliá, B., Morell-Mengual, V., & Ballester Arnal, R. (2018). Motivos para el consumo de cibersexo y su relación con el grado de severidad.
13. Castro-Calvo, J., Giménez-García, C., Gil-Llario, M. D., & Ballester-Arnal, R. (2018, December 1). Motives to Engage in Online Sexual Activities and Their Links to Excessive and Problematic Use: a Systematic Review. *Current Addiction Reports*. Springer. <https://doi.org/10.1007/s40429-018-0230-y>
14. da Silva, J. M. S. (2018). O impacto do consumo de pornografia nas relações de intimidade: Uma revisão teórica.
15. Döring, N., Daneback, K., Shaughnessy, K., Grov, C., & Byers, E. S. (2017). Online Sexual Activity Experiences Among College Students: A Four-Country Comparison. *Archives of sexual behavior*, 46(6), 1641–1652. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0656-4>
16. Esplin, C. R., Hatch, S. G., Hatch, H. D., Deichman, C. L., & Braithwaite, S. R. (2021). What Motives Drive Pornography Use? *Family Journal*, 29(2), 161–174. <https://doi.org/10.1177/1066480720956640>
17. Franc, E., Khazaal, Y., Jasiowka, K., Lepers, T., Bianchi-Demicheli, F., & Rothen, S. (2018). Factor structure of the Cybersex Motives Questionnaire. *Journal of behavioral addictions*, 7(3), 601–609. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.672>
18. Gomes, A., Fernandes, A., Ribeiro, R., & Cardoso, J. (2018, January). Ciberpornografia e atitudes sexuais em estudantes universitários: Estudo exploratório. In *Actas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Promover e inovar em Psicologia da Saúde*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
19. Mendes, N. M. S. (2011). O impacto do cibersexo na qualidade de vida e na saúde mental.
20. Nebot-Garcia, J. E., Elipe Miravet, M., García-Barba, M., Antelo García, A., & Ballester Arnal, R. (2020). Consumo de pornografia y malestar asociado: diferencias entre hombres y mujeres.
21. Nuna, A., & Penido, M. A. (2020). *Relacionamentos amorosos na era digital*. Editora dos Editores.
22. Suciati & Amalia, A. (2020). Cybersex Online Activities Among Students in Yogyakarta. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 24(9), 2543-2556. <https://doi.org/10.37200/IJPR/V24I9/PR290286>



CAPITULO 16

Morte por cancro na infância: O luto patológico dos pais

Sofia Coutinho

Serviço de Psicologia da U.L.S. Guarda, E.P.E., Portugal

Autor correspondente: Sofia Coutinho, e-mail: sofiacoutinho84@gmail.com

Resumo: Em 2020, em todo o mundo, faleceram 107 833 crianças por doença oncológica. Em Portugal, no mesmo ano, faleceram 58 crianças por doença oncológica. A perda de um filho é considerada uma das experiências mais devastadoras, associada a um processo de luto especialmente difícil. O luto patológico (LP) caracteriza-se pela vivência de uma experiência de perda, geradora de sofrimento emocional intenso, profundas saudades e anseio pelo falecido, que se estende por mais de 6 meses, com evidência de alterações emocionais, cognitivas e comportamentais, bem como, significativa disfunção da vida social e ocupacional. Este trabalho pretende apresentar uma revisão da literatura, sobre o LP, de pais que perderam um filho por doença oncológica. **MÉTODOS:** Revisão não sistemática da literatura. **RESULTADOS:** A literatura relativa ao luto dos pais que perderam um filho por doença oncológica é escassa. De acordo com a investigação, estima-se que a prevalência de LP nesta população seja de 10-26%, sendo as mães mais estudadas, em detrimento dos pais. Pais em LP apresentavam pior saúde física e mental e necessidade de apoio, bem como dificuldades ao nível da dinâmica conjugal. Dificuldades económicas, escasso suporte social, a vivência de lutos anteriores, difíceis, a existência de sintomatologia ansiosa e depressiva prévia, a insatisfação com os cuidados de saúde prestados ao filho, a perceção do sofrimento do filho e redução da qualidade de vida e o sentimento de culpa e/ou arrependimento, com escolhas relacionadas com o processo de doença, foram identificados como fatores preditores de luto patológico. Na pesquisa realizada foram encontrados fatores protetores, relativamente ao Luto Patológico, como a existência de outros filhos, não obstante as dificuldades evidenciadas, ao nível da parentalidade e um maior nível de resiliência, associado à existência de suporte social e a estratégias de coping adequadas. Nesta população, tem surgido a evidência que a Meaning-Centered Grief Therapy e o Legacy Artwork parecem contribuir para melhores resultados em casos de Luto Patológico. **CONCLUSÃO:** O luto nos pais de crianças falecidas por doença oncológica tem um impacto, significativo, a nível psicológico, social, familiar e laboral, que carece de investigação mais aprofundada. É necessário explorar, mais detalhadamente, os fatores de risco para desenvolvimento de LP, caracterizar, melhor, o processo de luto, sobretudo da figura paterna e implementar estratégias de identificação e acompanhamento dos pais em risco, nas várias etapas do processo de doença oncológica dos filhos e, também, no caso de posterior falecimento.

Introdução



Em 2020 faleceram 107 833 crianças por doença oncológica, em todo o mundo. No mesmo ano, em Portugal, faleceram 58 crianças por doença oncológica (International Agency for Research on Cancer, 2020). A morte de um filho é considerada uma das experiências mais devastadoras que os pais podem viver, na medida em que contraria a ordem natural da vida e destrói os sonhos e esperanças, associados ao sentido de continuidade, que os pais atribuem aos seus filhos (Alam et al., 2012). O luto parental provoca reações emocionais intensas, pode prevalecer muito tempo, após o falecimento e associa-se a problemas psicológicos, como depressão e ansiedade, a sintomas somáticos, como perda de apetite, distúrbios no padrão de sono e fadiga, a uma maior vulnerabilidade a problemas orgânicos e a um risco aumentado de mortalidade (Alam et al., 2012; Albuquerque et al., 2018). Pais enlutados apresentam um risco aumentado para o desenvolvimento de Luto Patológico (Lichtental et al., 2019). Este caracteriza-se pela vivência de uma experiência de perda, geradora de sofrimento emocional intenso, profundas saudades e anseio pelo falecido, com sintomatologia emocional, cognitiva e comportamental, bem como, significativa disfunção da vida social e ocupacional. Estende-se por um período superior ao esperado para o contexto sociocultural (superior a 6 meses) (World Health Organization, 2018).

Considerando os aspetos, previamente descritos, realizou-se uma revisão não sistemática de literatura, com os objetivos: descrever a prevalência de Luto Patológico nos pais a quem morreram crianças, por doença oncológica; identificar os fatores preditores e protetores para Luto Patológico; descrever o impacto do luto na saúde e outros aspetos da vida dos pais e averiguar o impacto das intervenções dirigidas a pais enlutados, na prevenção do Luto Patológico.

Método

Revisão não sistemática de literatura científica, publicada em língua inglesa, constante na base de dados PubMed®, no período compreendido entre Janeiro de 2012 e Dezembro de 2022. Foram usadas as expressões de pesquisa "parental grief cancer child", "parental complicated grief", "parental traumatic grief" e "parental prolonged grief disorder". Foram identificados 318 estudos, dos quais 297 foram excluídos por não se enquadrarem nos objetivos do estudo e 1 por impossibilidade de acesso. Foram incluídos para revisão, um total de 18 artigos. Considerou-se, ainda, a integração de 2 artigos e 2 documentos, provenientes de outras fontes.

Resultados

Prevalência De Luto Patológico

Um estudo (Lannen et al., 2009) que avaliou o luto parental não resolvido e o impacto desta situação, a longo prazo, na saúde física e psicológica, concluiu que 26% dos pais consideram não ter resolvido o luto, até 4 a 9 anos após o falecimento da criança, evidenciando pior saúde física e psicológica, em comparação com pais que consideravam ter elaborado o luto. Outra investigação, cujo objetivo foi avaliar o recurso aos Serviços de Saúde Mental, em situação de luto, concluiu que 10 a 12% dos pais apresentavam



critérios clínicos para Luto Patológico e 77% mantinham intensas saudades do filho após o seu falecimento (Lichtenthal et al., 2015).

Fatores Preditores

Na população em análise, os fatores preditores de Luto Patológico, encontrados na literatura, são vários e relacionam-se com diversos aspetos. As características, únicas, de pais e filhos (aspetos da personalidade, características demográficas, diferenças de género), associadas à vivência do processo de doença oncológica, podem influenciar, significativamente, a experiência parental de luto (Donovan et al., 2021). A vivência de lutos anteriores, difíceis, e a manifestação de sintomatologia ansiosa/depressiva, prévia, foram identificados como preditores de Luto Patológico, com impacto negativo, ao nível da qualidade de vida, em pais enlutados, com maior expressão no caso das mães (Dumont et al., 2022). A perceção do sofrimento do filho e a redução da qualidade de vida, ao longo do processo de doença oncológica e no fim de vida, bem como o sentimento de culpa/arrependimento, associado à escolha de determinados tratamentos, foram apontados como importantes fatores preditores de Luto Patológico em pais de crianças falecidas por doença oncológica (Donovan et al., 2021; Lichtenthal et al., 2015; McCarty et al., 2010). A insatisfação com os cuidados de saúde, prestados ao filho, por parte da equipa de saúde, as dificuldades económicas e a escassez de suporte social, foram também identificados como fatores preditores de Luto Patológico (Donovan et al., 2021; Lichtenthal et al., 2015).

Fatores Protetores

A vivência do luto parental implica a assimilação da experiência, traumática, da morte de um filho e implica ajustes ao nível da identidade e perspetiva de vida. Estes ajustes variam, nas suas características, duração, intensidade e prevalência. Os pais enlutados experienciam uma nova vivência emocional, psicológica, física e espiritual (Haylett et al., 2018). A existência de filhos sobreviventes foi apontada como um fator protetor de Luto Patológico, não obstante as dificuldades manifestadas, ao nível da parentalidade, visto que esta passa a caracterizar-se pela dualidade entre a vivência do luto pelo filho falecido e a necessidade de investimento nos filhos sobreviventes (Haylett et al., 2018). Um estudo realizado na Noruega (Vegsund et al., 2019) concluiu que um bom suporte social e estratégias de coping, adequadas, se relacionam com maior nível de resiliência. Assim, a capacidade dos pais para lidar com um acontecimento de vida adverso é um fator, importante, para que possam desenvolver uma adaptação saudável ao luto.

Impacto do Luto Patológico

O luto pela perda de um filho relaciona-se com sintomatologia ansiosa e depressiva, mais significativa, quando comparada com a perda de outras pessoas amadas (Bauman et al., 2022). Os estudos realizados focam, sobretudo, o luto das mães, em detrimento do luto dos pais e outros elementos da família. A investigação realizada destacou a natureza, complexa e multifacetada, das respostas de luto, adaptativas e complicadas das mães (Gerrish et al., 2020) e concluiu que, em comparação aos pais, as mães apresentam sintomas de Luto Patológico, depressão e stress pós-traumático, mais elevados (Bauman et al., 2022; Pohlkamp et al., 2019), que os sintomas de luto permanecem, intensos, anos após a morte dos filhos (Dumont et al., 2022) e que as mães com sintomas de Luto Patológico relatam pior saúde física e mental, recorrendo, frequentemente, a baixas



médicas (Albuquerque et al., 2018). A investigação destaca, ainda, perturbações, frequentes, ao nível do padrão de sono, nos pais enlutados (Pohlkamp et al., 2019) e um impacto negativo, ao nível conjugal (Albuquerque et al., 2018; Polita et al., 2020).

Impacto das Intervenções Dirigidas

Com o objetivo de analisar o recurso a Serviços de Saúde Mental, por pais enlutados, um estudo (Lichtenthal et al., 2015) concluiu que 56% dos pais recorreram a cuidados de saúde mental, 33% referiram sentir-se melhor, 2 a 4 anos após o falecimento do filho e 47% expressaram necessidade de apoio. Os programas de acompanhamento ao luto são escassos, mas evidenciam um impacto positivo e são desejados pelos pais. De acordo com (Jonas et al., 2018), o acompanhamento individual e familiar revela ser um recurso benéfico e útil para as famílias enlutadas. O apoio prestado por pares, em que pais enlutados há mais tempo oferecem apoio a pais recém-enlutados, permite a partilha de experiências, a normalização do luto e a transmissão de informações úteis, podendo ter um impacto positivo, ao nível da resiliência e bem-estar dos pais (McNeil et al., 2022). Relativamente à possibilidade de implementação de uma visita domiciliária aos pais, após o falecimento da criança, por parte da equipa de saúde que a acompanhou, foi considerada desejável por 84% dos pais, o que evidencia as múltiplas necessidades, não resolvidas, relativamente aos seus lutos (Wech et al., 2012).

A *Meaning-Centered Grief Therapy*, ajudando os pais a reconhecer que têm a capacidade de escolher a sua atitude, perante o sofrimento, a capacidade de encontrar significados para a sua vida, a capacidade para escolher como constroem significados sobre os acontecimentos, incluindo a morte, e a capacidade para manter uma ligação ao filho e manter o seu papel parental, contribui para melhores resultados, em casos de Luto Patológico, ao nível da dimensão do significado, alívio dos sintomas depressivos, diminuição do sentimento de desesperança, manutenção do vínculo com o filho, evolução pós-traumática, aumento do afeto positivo e melhoria em vários domínios da qualidade de vida, relacionados com a saúde (Lichtenthal et al., 2019).

A realização de *Legacy Artwork*, ou seja, uma forma de as pessoas, com doenças terminais, criarem ou fazerem algo pelos outros, como forma de lembrança, associou-se a menos sintomas de Luto Patológico em pais enlutados que elaboraram esta atividade com os seus filhos, antes do falecimento (Schaefer et al., 2019; Schaefer et al., 2020).

Discussão/Conclusão

O luto nos pais de crianças, falecidas por doença oncológica, carece de investigação mais aprofundada. A escassa literatura existente, sobre esta temática e população, indica uma prevalência de luto patológico de 10-26%, com impacto negativo ao nível psicológico, social, familiar e laboral (Lannen et al., 2019; Lichtenthal et al., 2015; Bauman et al., 2022; Pohlkamp et al., 2019; Albuquerque et al., 2018). A existência de filhos sobreviventes, suporte social, estratégias de coping adequadas e resiliência são fatores protetores para luto patológico (Haylett et al., 2018; Vegsund et al., 2019).

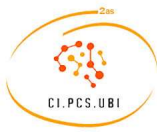
É necessário explorar, mais detalhadamente, os fatores de risco para o desenvolvimento de luto patológico, caracterizar, melhor, o processo de luto, sobretudo, da figura paterna



e implementar estratégias de identificação e acompanhamento dos pais em risco, nas várias etapas do processo de doença oncológica dos filhos e, também, no caso de posterior falecimento.

Referências Bibliográficas

- Alam, R., Barrera, M., D'Agostino, N., Nicholas, D. B., & Schneiderman, G. (2012). Bereavement Experiences of Mothers and Fathers over Time After the Death of a Child Due to Cancer. *Death Studies*, 36(1), 1-22. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.553312>
- Albuquerque, S., Narciso, I., & Pereira, M. (2018). Dyadic coping mediates the relationship between parents' grief and dyadic adjustment following the loss of a child. *Anxiety, Stress, & Coping*, 31(1), 93-106. <https://doi.org/10.1080/10615806.2017.1363390>
- Bauman, I., Künzel, J., Goldbeck, L., Tutus, D., & Niemitz, M. (2022). Prolonged Grief Posttraumatic Stress and Depression Among Bereaved Parents: Prevalence and Response to an Intervention Program. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 84(3), 837-855. <https://doi.org/10.1177/0030222820918674>
- Donovan, L. A., Wakefield, C. E., Russel, V., Fardell, J., Mallitt, K-A., Hetherington, K., & Cohn, R. (2021). Variables associated with grief and personal growth following the death of a child from cancer: A mixed method analysis. *Death Studies*, 45(9), 702-713. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1682087>
- Dumont, E., Bourque, C. J., Duval, M., Payot, A., Sultan, S., & Research Team, B. P. (2022). A Portrait of Self-Reported Health and Distress in Parents whose Child Did of Cancer. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 85(4), 958-973. <https://doi.org/10.1177/0030222820959943>
- Gerrish, N., & Bailey, S. (2020). Maternal Grief: A Qualitative Investigation of Mothers' Responses to the Death of a Child From Cancer. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 81(2), 197-241. <https://doi.org/10.1177/0030222818762190>
- Haylett, W., & Tilley, D. S. (2018). The Phenomenon of Bereaved Parenting: An Integrative Review of Literature. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 0, 1-22. <https://doi.org/10.1177/0030222818819350>
- International Agency for Research on Cancer (2020). Estimated age-standardized mortality rates (world) in 2020, all cancers, both sexes, ages 0-19. Retrieved from <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2020>
- Jonas, D., Scanlon, C., Rusch, R., Ito, J., & Joselow, M. (2018). Bereavement After a Child's Death. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, 27, 579-590. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2018.05.010>
- Lannen, P. K., Wolfe, J., Prigerson, H. G., Onelov, E., & Kreicbergs, U. C. (2009). Unresolved Grief in a National Sample of Bereaved Parents: Impaired Mental and Physical Health 4 to 9 Years Later. *Journal of Clinical Oncology*, 26(36), 5870-5876. <https://doi.org/10.1200/JCO.2007.14.6738>
- Lichtenthal, W. G., Corner, G. W., Sweeney, C. R., Wiener, L., Roberts, K. E., Baser, R. E., Li, Y., Breitbart, W., Kissane, D. W., & Prigerson, H. G. (2015). Mental Health Services for Parents Who Lost a Child to Cancer: If We Build Them, Will They Come?. *Journal of Clinical Oncology*, 33(20), 2246-2253. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.59.0406>



- Lichtenthal, W. G., Sweeney, C. R., Roberts, K. E., Corner, G. W., Dunovan, L. A., Prigerson, H. G., & Wiener, L. (2015). Bereavement Follow-Up After the Death of a Child as a Standard of Care in Pediatric Oncology. *Pediatric Blood Cancer*, 62 Suppl 5, S834-869. <https://doi.org/10.1002/pbc.25700>
- Lichtenthal, W. G., Catarozoli, C., Masterson, M., Slivgak, E., Schofield, R., Roberts, K. E., Neimeyer, R. A., Wiener, L., Prigerson, H. G., Kissane, D. W., Li, Y., & Breitbart, W. (2019). An Open Trial of Meaning-Centered Grief Therapy: Rationale and Preliminary Evaluation. *Palliat Support Care*, 17(1), 2-12. <https://doi.org/10.1017/S1478951518000925>
- McCarty, M. C., Clarke, N. E., Ting, C. L., Conroy, R., Anderson, V. A., & Heath, J. A. (2010). Prevalence and predictors of parental grief and depression after the death of a child from cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 13(11), 1321-1326. <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0037>
- McNeil, M. J., Kiefer, A., Woods, C., Barnett, B., Berry-Carter, K., Clark, L., Mandrell, B. N., Snaman, J., Kaye, E. C., & Baker, J. N. (2022). “You are not anole”: Connecting through a bereaved parent mentor program for parents whose child died of cancer. *Cancer Medicine*, 11, 3332-3341. <https://doi.org/10.1002/cam4.4696>
- Pohlkamp, L., Kreichbergs, V., & Sveen, J. (2019). Bereaved mothers’ and fathers’ prolonged grief and psychological health 1 to 5 years after loss – A nationwide study. *Psycho-Oncology*, 28, 1530-1536. <https://doi.org/10.1002/pon.5112>
- Polita, N. B., Montigny, F., Neris, R. R., Alavarenga, W. A., Silva-Rodrigues, F. M., Leite, A. C., & Nascimento, L.C. (2020). The Experiences of Bereaved Parents After the loss of a child to cancer: A Qualitative Matasynthesis. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 37(6), 444-457. <https://doi.org/10.1177/1043454220944059>
- Schaefer, M. R., Spencer, S. K., Barnett, M., Reynolds, N. C., & Madan-Swain, A. (2019). Legacy Artwork in Pediatric Oncology: The Impact on Bereaved Caregivers’ Psychological Functioning and Grief. *Journal of Palliative Medicine*, 22(9), 1124-1128. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0329>
- Schaefer, M. R., Wagner, S. T., Young, M. E., Madan-Swain, A., Barnett, M., & Gray, W. N. (2020). Healing the Hearts of Bereaved Parents: Impact of Legacy Artwork on Grief in Pediatric Oncology. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(4), 790-800. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.018>
- Vegsund, H. K., Reinfjell, T., Moksnes, U. K., Wallin, A. E., Hjemdal, O., & Eilertsen, M-E. B. (2019). Resilience as a predictive factor towards a healthy adjustment to grief after the loss of a child to cancer. *PLoS One*, 14(3), e0214138. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214138>
- Welch, J. G., Mamix, M. M., Boergers, J., Jelalian, E., Barbosa, F., Fujii-Rios, H., & Forman, E. N. (2012). Parental interest in a bereavement support visit when a child dies from cancer. *Omega (Westport)*, 65(4), 335-346. <https://doi.org/10.2190/OM.65.4.f>
- World Health Organization (2018). International Statistical Classification of Diseases and related health problems. (11th Revision). Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>



CAPITULO 17

Avaliação da Relação entre a Nomofobia e a Psicossintomatologia: A importância das Variáveis Sociodemográficas

Renata Reis Della Torre, Maria Clara D. de Oliveira, Thais Cavalcanti de Albuquerque Sá Souza, Ana Beatriz Caldas Nepomuceno de Aragão & Henrique Pereira

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

Autor Correspondente: Renata Reis Della Torre. E-mail; renata.torre@ubi.pt

Resumo: Nomofobia advém da junção de “no mobile” e “fobia” e traduz a psicossintomatologia devido à falta de acesso ao telemóvel. Este projeto foi realizado visando avaliar os níveis e a relação entre a nomofobia e de psicossintomatologia, por meio de tipologias: descritiva, explicativa e correlacional. Método: A amostra por conveniência contou com 755 participantes que responderam ao “NMP-Q” e “BSI 18”. Os dados foram analisados pelo IBM SPSS Statistics 28 por meio de análise descritiva, regressão linear, T Student, One Way ANOVA e correlação de Pearson. Resultados: Os níveis de nomofobia ($M=72.76; DP=25.26$) e psicossintomatologia ($M=1.01; DP=.652$) ficaram abaixo da média. Os níveis de nomofobia foram mais altos nos não-binários ($M=108.00; DP=21.15$), mulheres ($M=74.26; DP=25.16$), estrangeiros ($M=79.46; DP=26.31$) e solteiros ($M=76.67; DP=24.86$). Há correlação moderada e positiva entre a nomofobia e a psicossintomatologia ($r=.255; p<.001$), há correlação moderada e negativa entre a nomofobia e a idade ($r=-.243; p<.001$) e há correlação fraca e negativa entre psicossintomatologia e a idade ($r=-.152; p<.001$), todas significativas. Discussão: Supõem-se que indivíduos que pertencem a minorias sexuais, estrangeiros e solteiros tendem a passar por maiores dificuldades sociais, enquanto os mais novos tendem a possuir menos habilidades de enfrentamento positivas, logo os indivíduos acabam por utilizar o telemóvel como objeto transacional, a modo de compensar suas vulnerabilidades.

Introdução

Foi visado, no presente estudo, investigar a relação entre a Nomofobia, os sintomas psicológicos e as variáveis sociodemográficas através do desenvolvimento de procedimentos metodológicos sistemáticos.



A nomofobia remete à uma fobia situacional pelo medo de não ter um telemóvel ou não conseguir utilizá-lo e nem a internet (Galhardo et al., 2020). Os impactos da nomofobia demonstraram ainda ser pouco consistentes e contraditórios, porém resultados de estudos prévios que apontaram para importantes diferenças da presença de nomofobia conforme o género, idade e autoestima, havendo uma carência de investigações sobre as diferenças da nomofobia entre nacionalidades, orientação sexual e participação da comunidade LGBTQIA+.

Logo, foram desenvolvidas as seguintes hipóteses para a verificação: hipótese 1 “pessoas com maiores níveis de nomofobia estão mais predisponentes a apresentar níveis mais elevados de sintomas psicológicos negativos”; hipótese 2 “as mulheres apresentam níveis mais elevados de nomofobia do que os homens”; hipótese 3 “os níveis mais altos de nomofobia centram-se nos estudantes”; hipótese 4 “os indivíduos estrangeiros apresentam níveis mais altos de nomofobia em relação aos portugueses”; hipótese 5 “os níveis de nomofobia diminuem com a idade”; e hipótese 6 “indivíduos que não estão engajados em relacionamentos significativos apresentam maiores níveis de nomofobia”.

A tipologia adotada para concretizar este estudo foi descritiva, porque recolhemos informação para descrever a relação entre as variáveis; explicativa, porque manipulamos as variáveis no sentido de explicar quais as relações entre umas e outras; e correlacional, porque o estudo se dá em apenas um momento, sem a divisão em condições experimentais.

Estado da Arte

O conceito “nomofobia” advém de uma junção de “no mobile” e “fobia” e refere-se ao desconforto, ansiedade, nervosismo ou angústia por não ter acesso ao telemóvel (Bragazzi & Del Puente, 2014) geralmente devido a necessidade de se envolver em conexões sociais e a uma preferência pela interação social online (Kuss & Griffiths, 2017). Este comportamento pode afetar a dimensão afetiva e ser utilizado como aliviador do estresse e gerador de conforto emocional (Diefenbach & Borrmann, 2019; Musetti et al., 2022, as cited in Tai & Dai, 2022), considerada como uma “desordem do mundo moderno” (King et al., 2013, as cited in Arpaci, 2022).

Estudos apontaram que os impactos mais comuns da nomofobia são: insônia, conflitos familiares, direção perigosa, ansiedade, depressão, gestão ineficiente de tempo e problemas financeiros (Hartanto & Yang, 2016; Harwood et al., 2014; Lapointe et al., 2013; Ofir Turel et al., 2008; Tanis et al., 2015; Chen et al., 2016; Soror et al., 2012, as cited in Busch & McCarthy, 2021). Ainda, foram apontados como possíveis preditores a idade mais jovem, baixa autoestima, baixa autoeficácia, arousal desregulado (como alta introversão ou extroversão) e impulsividade (Bianchi & Phillips, 2005, as cited in Bragazzi & Del Puente, 2014), porém outros investigadores constataram que a associação com a depressão obteve resultados inconclusivos (Nahas et al., 2018, as cited in Busch & McCarthy, 2021).

Métodos



A tipologia de estudo adotada para concretizar este estudo foi: descritiva, uma vez que recolhemos informação para descrever a relação entre as variáveis; explicativo, pois manipulamos as variáveis no sentido de explicar, ou melhor, compreender quais as relações entre umas e outras neste fenómeno; e correlacional, porque o estudo se dá em apenas um momento, sem a divisão em condições experimentais.

Participantes

A amostragem por conveniência contou com 755 participantes, sendo 251 homens (33.2%), 500 mulheres (66.2%) e 4 não-binários (0.5%), com uma média de idade de 27 anos e mediana de 22 anos. A maioria afirmou ser estudante (52.9%) e a grande maioria dos participantes possui nacionalidade portuguesa (86.7%), havendo apenas 100 estrangeiros (13.3%). A maior parte da amostra possui o 12º ano completo (45.7%), seguido dos licenciados (41.7%), grau de mestre (11.5%) e por fim os doutores (1.1%). Em relação a orientação sexual, a maior parte se designou como heterossexual (85.9%), seguido por bissexual (7.5%), homossexual (3.2%), pansexual (2.5%) e assexual (0.4%). No que se refere ao estado marital a maioria relata estar solteira (54.5%), seguido dos que estão em uma relação significativa (22.3%), os casados (15.2%), os que estão em uma união de facto (4.4%), os separados (3.3%) e por fim viúvos (0.1%) e solteiros (0.1%).

Instrumentos

O primeiro instrumento utilizado foi “Nomophobia Questionnaire to European Portuguese” (NMP-Q-PT) de Galhardo e colaboradores (2020) com o objetivo de avaliar os níveis de nomofobia através de autorrelato numa escala de likert de 7 pontos, composto por 20 itens. E o segundo instrumento foi o Brief Symptom Inventory 18 (BSI 18) validado para a população portuguesa por Canavarro e colaboradores (2017), como objetivo avaliar a intensidade de dezoito manifestações de psicossintomatologia como ansiedade, depressão e somatização através de uma escala de likert de 4 pontos.

Procedimentos

A recolha de respostas foi feita a partir do dia 29 de setembro de 2022 até 17 de outubro de 2022, obtendo uma recolha de 755 participantes sendo que os menores de 18 anos tiveram suas respostas excluídas. Os participantes responderam a um questionário sobre Comportamentos Online e os Sintomas Emocionais, este foi realizado pelo Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior.

A divulgação do questionário foi feita através de e-mail e outros meios de comunicação pelos estudantes de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde do 1º ano, na mensagem foi apresentado um convite para participação de pessoas que possuíam telemóvel, juntamente com uma breve descrição do estudo e com um link que direcionada para o questionário online alojado na plataforma “Microsoft Forms”. Todos os participantes foram informados que as respostas coletadas eram anónimas, que tinham como objetivo tratamento estatístico para publicação de artigos, dissertações e ou trabalhos académicos e concordaram com o consentimento informado, antes de avançarem com as respostas pessoais.

Análise Estatística

A base de dados foi analisada com o programa IBM SPSS Statistics, versão 28. O alfa de Cronbach do NMP-Q-PT demonstrou-se ótima consistência interna ($\alpha = .95$) e as médias foram calculadas por somatório. Enquanto no BSI 18, obtivemos os valores do alfa de Cronbach de ($\alpha = .92$) também apresentando uma ótima consistência interna.

Verificamos as médias dos níveis de nomofobia na amostra inteira e então realizamos o teste One Way ANOVA, comparando as médias de nomofobia dos grupos das variáveis independentes: gênero, sexualidade, estado marital e nível de escolaridade. Sendo necessário a criação de duas variáveis: “estudantes” e “não estudantes” e “indivíduos em um relacionamento significado”, composto pelos que namoram, os casados e os que estão em união de facto, e “indivíduos que não estão em um relacionamento significativo” composto pelos viúvos, solteiros e divorciados onde utilizamos o teste T-Student. Ainda, realizamos a correlação de Pearson entre a idade, os níveis totais de nomofobia e os níveis totais de psicossintomatologia.

Resultados

Os níveis médios de nomofobia na amostra ($M=72.76; DP=25.26$), sendo assim a amostra apresentou níveis abaixo da média, se distanciando de um grupo clínico, uma vez que a mediana teórica calculada é de 80, enquanto que a média do BSI-18 também foi baixa ($M=1.01; DP=.652$), se distanciando de um grupo clínico.

Através da regressão linear entre as variáveis independentes: idade; gênero; nacionalidade; estado matrimonial; habilitações académicas; local de residência; estatuto socioeconómico; orientação sexual e situação profissional, juntamente com a variável dependente: os níveis totais de psicossintomatologia, relativos ao primeiro modelo. E em seguida, no segundo modelo, adicionamos os níveis totais de nomofobia. Assim, foi possível observar que o modelo 1 ($F(9;702)=10.758; p<.001$) explica apenas 12% dos níveis totais de psicossintomatologia, enquanto o modelo 2 explica 15% dos níveis totais de psicossintomatologia, assim a variável nomofobia detém 3% de explicação dos sintomas psicológicos. No modelo 2 ($F(10;701)=12.771; p<.001$) as únicas variáveis as variáveis que demonstraram-se significativa ($p<.005$) com os níveis de psicossintomatologia foram: orientação sexual ($\beta=.209; p<.001$); nomofobia ($\beta=.191; p<.001$); gênero ($\beta=-.142; p<.001$); nacionalidade ($\beta=.103; p=.005$); e habilitações académicas ($\beta=-.095; p=.008$).

Através do teste paramétrico One Way ANOVA avaliamos os níveis de nomofobia e de psicossintomatologia entre os homens ($M=69.30; DP=24.83$), mulheres ($M=74.26; DP=25.16$) e não binários ($M=108.00; DP=21.15$) sendo que todos apresentaram baixos níveis de psicossintomatologia menores ou iguais a 1.71 ($M\leq 1.71; p<.001$), sendo possível, ainda, verificar que os assexuais apresentaram os níveis mais altos de nomofobia ($M=89; DP=7$), seguido pelos bissexuais ($M=86.62; DP=17.10$), pansexuais ($M=73.10; DP=26.05$), homossexuais ($M=80.25; DP=30.79$), outros ($M=73; DP=23.45$) e heterossexuais ($M=71.29; DP=25.19$).

Através do teste T-student, verificamos que os estrangeiros ($M=79.46; DP=26.31$), obtiveram uma média significativamente superior de nomofobia comparada aos portugueses ($M=71.75; DP=24.95$). Verificamos ainda que o grupo composto pelos “não



está em um relacionamento” ($M=76.67;DP=24.86$) obteve médias mais altas de nomofobia em relação ao grupo “está em um relacionamento” ($M=70.15;DP=25.69$). Constatamos ainda que os estudantes ($M=77.56;DP=23.60$) obtiveram uma média significativamente superior aos não estudantes ($M=67.15;DP=26.06$).

Em seguida verificamos as correlações existentes entre os níveis de nomofobia e de psicossintomatologia, verificando que há uma correlação moderada, positiva e significativa ($r=.255;p<.001$). Enquanto que a correlação entre a nomofobia e a idade demonstrou-se de força moderada, negativa e significativa ($r=-.243;p<.001$) e a correlação entre a psicossintomatologia e a idade, verificou-se que é significativa, fraca e negativa ($r=-.152;p<.001$).

Discussão

Através do resultado da correlação positiva entre os níveis de nomofobia e de psicossintomatologia, é possível constatar que indivíduos com altos os níveis de nomofobia apresentam maior a probabilidade de apresentarem níveis mais altos de psicossintomatologia como ansiedade, depressão e stress, como esperado.

Logo, podemos afirmar que os resultados são concordantes com o artigo do instrumento do NMP-Q-PT de Galhardo e colaboradores (2020), em que constataram que existem correlações positivas encontradas entre NMP-Q-PT e sintomas de depressão, ansiedade e estresse.

Assim, apesar de não ter sido encontrado um artigo em que continha indivíduos não binários, podemos afirmar que os resultados obtidos vêm a reafirmar o que já foi observado por Galhardo e colaboradores (2020), uma vez que as mulheres apresentaram pontuações mais altas ($M = 66.34;DP = 25.03$) do que os homens ($M = 57.95;DP = 24.11$) em relação à pontuação total de nomofobia. Pesquisas apontam que as mulheres podem ter uma chance maior de desenvolver nomofobia do que homens, dado que utilizam de forma a manter maior interação social através dos smartphones, enquanto os homens têm uma visão mais instrumental do mesmo (Van Deursen et al., 2015, as cited in Bush & McCarthy, 2021).

A correlação entre idade, nomofobia total e psicossintomatologia, é possível afirmar que quanto mais novos os indivíduos, maior a probabilidade de apresentar níveis mais altos de nomofobia e de apresentar níveis mais altos de psicossintomatologia. Diferente do que encontrado nos estudos de Galhardo e colaboradores (2020), onde não houve associação significativa entre o escore total do NMP-QPT e a idade, porém congruente com os achados de Bianchi e Phillips (2005, as cited in Bragazzi & Del Puente, 2014) no que se diz a respeito a correlação entre idade e nomofobia, onde demonstrava-se ter incidência maior na utilização fóbica do celular na idade considerada mais jovem.

Através dos resultados constatamos que os estrangeiros têm maior probabilidade de apresentarem níveis mais altos de psicossintomatologia e níveis de nomofobia em relação à população portuguesa que pode se dar devido às complicações experienciadas por estes indivíduos, uma vez que tendem a vivenciar eventos negativos da vida no local para onde imigraram, tais como discriminação, adaptação, estresse aculturativo e baixa qualidade



interacional, bem como solidão que podem experienciar uma vez que outros estudos demonstraram que este sentimento apresenta uma propensão confirmada para nomofobia (Bian & Leung, 2015; Kim, 2017; Lapointe et al., 2013, as cited in Busch & McCarthy, 2021).

Verificou-se que indivíduos que pertencem a minorias sexuais, tais como os homossexuais, bissexuais, assexuais e pansexuais apresentaram níveis mais altos de nomofobia e de psicossomatologia, podemos supor que isso deve-se uma vez que a comunidade LGBTQIA+ apresenta probabilidades mais altas de apresentar altos níveis de psicossomatologia, sintomas depressivos, ideação suicida e cometer suicídio devido ao estigma social generalizado, fraca rede de suporte social, discriminação e violência verbal e física (Remafedi et al. 1998; Russell & Joyner 2001; Safren & Heimberg 1999; Rosario et al. 2002; Lombardi et al. 2001; Savin-Williams 1994; Wyss 2004; as cited in Almeida et al., 2009) e acabam por fazer o uso excessivo do telemóvel como objetivo de evitar e aliviar tais adversidades, utilizando-o como um objeto transacional a modo de compensar suas vulnerabilidades.

Ainda, podemos supor que os indivíduos que não estão atualmente envolvidos em um relacionamento apresentam médias mais altas de nomofobia, pois despendem mais tempo no telemóvel com o objetivo de procurar vínculos afetivos com os usuários (Tai & Dai, 2022) e por conseguinte apresentar níveis mais altos de nomofobia.

No que tange às limitações presentes, cabe enfatizar a limitação instrumental do questionário aplicado, onde a amostragem ocorreu de forma não probabilística na qual participantes selecionados convidaram outros conhecidos para participarem do estudo, característico da amostra por conveniência. A característica da amostra pouco heterogênea e com base não probabilística poderá ainda ter provocado algum efeito de desejabilidade de resposta aos itens.

Conclusões

A revisão de literatura feita poderá vir a fornecer uma reunião de aspetos fundamentais da definição da nomofobia e suas consequências. Posto isto, e tendo em vista a confirmação de todas as nossas hipóteses de investigação, também convergente com a maior parte dos estudos, consideramos relevante a consideração do reconhecimento de possíveis preditores para a Nomofobia. A investigação neste âmbito denota um aspeto relevante de modo a contribuir com a evidência da importância de continuar a investigar a nomofobia, seus impactos na saúde mental e física e quais populações poderão ser mais vulneráveis.

Sendo assim, segundo Busch e McCarthy (2021), são necessárias estratégias para lidar com a nomofobia, sendo elas: aumento de conhecimento e informações, habilidades de autodisciplina e gestão racional. Esta primeira estratégia mostra-se eficaz principalmente no caráter preventivo, enquanto a segunda e a terceira estratégia visam reforçar habilidades de autodisciplina e gestão racional para indivíduos aplicadas em forma de ferramentas e tratamentos para alertar o usuário com baixa autorregulação emocional e que busca a constante gratificação.



Referências Bibliográficas

- Almeida, J., Johnson, R. M., Corliss, H. L., Molnar, B. E., & Azrael, D. (2009). Emotional distress among lgbt youth: The influence of perceived discrimination based on sexual orientation. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(7), 1001–1014. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9397-9>
- Arpaci, I., Baloolu, M., Kozan, H. I. Ö., & Kesici, S. (2017). Individual differences in the relationship between attachment and nomophobia among college students: The mediating role of mindfulness. *Journal of Medical Internet Research*, 19(12). <https://doi.org/10.2196/jmir.8847>
- 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/10.2147/PRBM.S41386>
- Busch, P. A., & McCarthy, S. (2021). Antecedents and consequences of problematic smartphone use: A systematic literature review of an emerging research area. *Computers in Human Behavior*. Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106414>
- Canavarro, M. C., Nazaré, B., & Pereira, M. (2017). Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18 (BSI-18). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, & L. Almeida (Orgs.), *Psicologia clínica e da saúde: Instrumentos de avaliação* (pp. 115-130). Editora Pactor.
- 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>
- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2017). Social networking sites and addiction: Ten lessons learned. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. MDPI. <https://doi.org/10.3390/ijerph14030311>
- Tai, Z. & Dai, C. (2022). College students' attachment to their smartphones: a subjective operant approach. *BCM Psychology*, 10 (1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00857-x>



CAPITULO 18

Experiências de vitimização de Cyberbullying em Estudantes do Ensino Superior: a importância das variáveis Sociodemográficas e Psicossintomatologia

Rita Fernandes, Andreia Carrança, Beatriz Oliveira, Inês Azevedo, Hugo Henriques & Henrique Pereira

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

Autor Correspondente: Andreia Carrança. E-mail; andreia.carranca@ubi.pt

Resumo:

Este estudo teve como objetivo avaliar a prevalência do cyberbullying em estudantes universitários, tendo em conta variáveis como o género, idade, orientação sexual, estatuto socioeconómico e níveis de psicossintomatologia. Consoante estes objetivos, foi recolhida uma amostra composta por 395 estudantes universitários, com idade mínima de 18 anos. A amostra respondeu a um questionário que integrava três instrumentos, um questionário sociodemográfico, outro sobre experiências de cyberbullying e o BSI-18. Com este estudo, obteve-se que existe uma maior presença do fenómeno de vitimização em comparação ao fenómeno de agressão. Em relação à vitimização, obteve-se que homens apresentam níveis mais altos de vitimização em comparação com as mulheres. Em relação à orientação sexual, indivíduos homossexuais relatam maiores níveis de vitimização, em comparação com as restantes orientações. Com base na informação recolhida e na análise dos dados, realçamos a necessidade deste tema continuar a ser alvo de investigação, especialmente ao nível do estudo do cyberbullying em estudantes universitários, visto que, este é um campo ainda pouco explorado, no entanto, ao contrário do que se acredita, está bastante presente nesta população.

Introdução

Cyberbullying

Da mesma forma que as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) trouxeram uma facilidade incomparável ao nosso dia-a-dia, criaram também espaço para novos acontecimentos indesejados, como o cyberbullying, uma extensão do bullying articulado através das TIC (Li, 2006 as cited in Shaikh et al., 2020), não estando limitada a um espaço físico e temporal (António et al., 2020), perpetuada por um indivíduo ou grupos



(Kowalski et al., 2014; Tokunaga, 2010 as cited in Eyuboglu et al., 2021). Assim o cyberbullying é considerado um dos potenciais riscos de confiar nas tecnologias online (Abaido, 2020).

Uma especificidade deste fenómeno assenta na capacidade de os agressores esconderem as suas identidades, usando nomes falsos, tornando-o mais atrativo e prevalente (Sampasa-Kanyinga et al., 2014 as cited in Eyuboglu et al., 2021). Segundo Pinheiro (2009) as características do cyberbullying assentam em quatro fatores: 1) persistência, sendo que tudo o que é dito ou colocado online fica para sempre registado; 2) acessibilidade, devido ao fácil acesso que qualquer um tem para encontrar e aceder à informação colocada online; 3) replicabilidade, que consiste na capacidade de reproduzir toda a informação colocada online e as 4) audiências invisíveis, visto que, não é possível saber nem controlar quem tem acesso ao que é publicado (Pinheiro, 2009 as cited in Tavares, 2013).

Consequências

O cyberbullying exerce efeitos negativos em vários domínios da vida dos indivíduos, abrangendo o possível desenvolvimento de distúrbios psicológicos e uma invasão da privacidade pessoal. As vítimas desta prática apresentam elevados níveis de depressão, ansiedade, solidão, problemas de autoestima, absentismo escolar, redução da segurança e maior infelicidade (Zhu, Huang, Evans, & Zhang, 2021). No cyberbullying, os indivíduos podem assumir o papel de vítimas, agressores ou de vítimas-agressores (Eyuboglu et al., 2021), um novo grupo que surge nesta prática violenta, marcado pelo facto de ser o mais perigoso, englobando jovens que experienciam e praticam cyberbullying em simultâneo (Salmivalli & Nieminen, 2002 as cited in Tavares, 2013).

No tocante às causas deste fenómeno, é ainda incerto apontar um conjunto de fatores que o expliquem de forma rigorosa, havendo apenas aspetos considerados predisponentes para tal, como uma autoestima reduzida, que proporciona reações excessivas e desproporcionais, a necessidade de exercer o mesmo tipo de controlo a que foi sujeito, entre outros (Melim, 2011 as cited in Tavares, 2013).

Prevalência

Em relação à prevalência, a percentagem de envolvimento no cyberbullying é de 22.2%, segundo um estudo realizado por Eyuboglu et al., (2021), sendo que a prevalência de vítimas no cyberbullying foi de 17% e de agressores foi de 10.4%. Segundo Wang et al., (2019) jovens adultos dos 18 aos 25 anos, experienciaram níveis mais altos de cyberbullying, com 40.5%, relatando que já tinham sofrido cyberbullying no passado. Já em relação ao género, o autor conclui que indivíduos do sexo feminino relataram níveis ligeiramente mais altos de cyberbullying (15.8%). Por outro lado, António et al., (2020), concluíram que alunos do sexo masculino apresentam altos níveis de vitimização e agressão desta prática. Estes mesmo autores relataram que alunos homossexuais apresentam maiores níveis de vitimização e observação de cyberbullying.

Considerando o elevado uso e consumo das TIC por parte dos estudantes de ensino superior é possível que este fator seja um explicador da grande expressão de comportamentos de vitimização nesta população (Shaikh et al., 2020). No contexto universitário descobriu-se que indivíduos do sexo masculino pontuavam mais que



indivíduos do sexo feminino na cyberagressão e cybervitimização (Kokkinos et al., 2014 as cited in Souza et al., 2022).

Em contexto português

Em Portugal, a informação sobre o tema é ainda escassa, contudo esta é uma área que está a ganhar interesse científico. Segundo Matos et al., (2018), ao questionarem estudantes portugueses sobre se já tinham sido vítimas de cyberbullying no último ano, 7.6% responderam que sim, sendo que metade (3.6%) também admitiu a sua participação em atos de cyberbullying, numa perspetiva de agressor (Matos et al., 2018 as cited in Wendt & Lisboa, 2020).

Num estudo, que contou com 118 participantes estudantes universitários, Souza (2011), verificou que 59.3% dos participantes haviam sido vítimas e 18.6% observadores (Souza, 2011 as cited in Francisco et al., 2015). Martins et al., (2014), verificaram com base numa amostra de 170 estudantes do ensino superior, que 30.6% tinham sido vítimas e 8.2% tinham sido agressores.

Variáveis relacionadas

O nível socioeconómico demonstra estar relacionado com o cyberbullying (Secretaría Distrital de Planeación, 2015), apresentando uma relação entre altos níveis de renda familiar e o envolvimento em comportamentos de cyberbullying (Tastekin & Bayhan, 2018 as cited in Akarsu et al., 2022), assim como assinala uma relação entre um baixo estatuto socioeconómico e o papel de vítima (Guerrero et al., 2015; Santoyo & Frías, 2014 as cited in Portilla et al., 2018). Em relação à idade, num estudo realizado por Ortega et al., (2008), não foram relatadas relações significativas entre esta e ser-se vítima ou agressor (Ortega et al., 2008 as cited in Portilla et al., 2018).

Em relação à variável sexo, a investigação tem demonstrado algumas inconsistências, com estudos a revelar que homens praticam mais cyberbullying que mulheres (Arslan et al. 2012; Dilmac 2009; EL-Shenawy 2014; Floros et al. 2013; Khamis 2015; Wong et al. 2014; Zhou et al. 2013 as cited in Qudah et al., 2019), no entanto, outros estudos apresentam valores contraditórios, não relatando diferenças entre sexos (Alasdair e Philips 2011; Hinduja e Patchin 2010; Campbell 2005; GSMA 2011 as cited in Qudah et al., 2019). Em relação à orientação sexual e identidade de género, indivíduos que assumem uma orientação sexual e identidade não-normativa constituem uma população vulnerável (Poteat & Espelage, 2005), às práticas de cyberbullying e comportamentos LGBT-fóbicos agressivos com maior frequência (Poteat & Espelage, 2005 as cited in Garaigordobil & Larrain, 2020).

Cyberbullying e saúde mental

Vítimas de cyberbullying estão mais propensas a apresentar uma baixa autoestima, um menor bem-estar, altos níveis de ansiedade, depressão e dificuldades psicossociais (Eyuboglu et al., 2021). O cyberbullying poderá acarretar sintomas característicos de uma perturbação de stress pós-traumático, podendo levar ao suicídio. Estes indivíduos estão mais propensos a envolverem-se em comportamentos de risco, entre os quais, o uso de substâncias psicotrópicas e álcool. O facto de não saberem quem as está a intimidar, aumenta o impacto negativo da situação sobre a vítima (Ali & Shahbuddin, 2022).



Assim, o presente estudo tem como objetivo geral avaliar a prevalência do cyberbullying em estudantes universitários, mais especificamente comparar as experiências de vitimização de cyberbullying entre homens e mulheres; comparar as experiências de vitimização de cyberbullying consoante o estatuto socioeconómico; correlacionar a as experiências de vitimização de cyberbullying com a idade; determinar o impacto da variáveis sociodemográficas e cyberbullying nos sintomas psicológicos; comparar as experiências de vitimização de cyberbullying consoante a orientação sexual.

Nesta linha foram formuladas as seguintes hipóteses:

H1: A prevalência de vítimas de cyberbullying em estudantes de ensino superior é alta;

H2: As mulheres apresentam mais experiências de vitimização de cyberbullying, quando comparadas aos homens;

H3: Indivíduos com um estatuto socioeconómico mais baixo têm uma maior probabilidade de ser vítimas de cyberbullying;

H4: Indivíduos homossexuais apresentam mais experiências de vitimização de cyberbullying que indivíduos heterossexuais;

H5: Existe uma correlação forte entre a prevalência das vítimas de cyberbullying e a idade;

H6: Os preditores de ocorrência de sintomas psicológicos são a vitimização, o género, o estatuto socioeconómico e a orientação sexual.

Métodos

Tipo de estudo

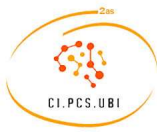
Ao nível da dimensão temporal da colheita dos dados, este é um estudo transversal, uma vez que esta ocorre num único momento. O presente estudo assume um tipo descritivo, uma vez que com base na informação recolhida será descrita a forma como a variável vitimização se comporta na amostra e explicativo, visto que as variáveis são manipuladas de forma a explicar as relações entre elas visando estabelecer relações causais.

Participantes

A amostra inicial do presente estudo, contava com 700 indivíduos, ficando após a aplicação dos critérios de exclusão reduzida a 395 indivíduos. Assim, esta representa uma amostra de conveniência visto que foram excluídos indivíduos de forma a satisfazer os requisitos do estudo. Os participantes do presente estudo encontram-se entre os 18 e os 50 anos de idade ($M_{idade} = 21.39$; $DP = 2.861$). A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas da amostra de forma mais detalhada.

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra

		n	%	Média	D.P.
Idade				21.39	2.861
Género	Mulher	282	71.4		
	Homem	110	27.8		



Nacionalidade	Outro	3	.8
	Portuguesa	335	85
	Outro	59	15
Estado marital	Omisso	1	.3
	Solteiro/a	291	73.7
	Casado/a	2	.5
	União de facto	3	.8
	Relação significativa/namoro	99	25.1
Habilitações académicas	Até ao 12º ano	176	44.8
	Licenciatura/bacharelato	197	50.1
	Pós-graduação/mestrado	17	4.3
	Doutoramento/pós-doutoramento	1	.3
		2	.5
	Outro	2	.5
Local de residência	Omisso		
	Um pequeno meio rural	100	25.3
	Um grande meio rural	38	9.6
	Um pequeno meio urbano	187	47.3
	Um grande meio urbano	70	17.7
Estatuto socioeconómico	Baixo	12	3.1
	Baixo-médio	107	27.2
	Médio	222	56.5
	Médio-alto	51	13
	Alto	1	.3
	Omisso	2	.5
Orientação sexual	Heterossexual	318	80.7
	Bissexual	47	11.9
	Homossexual (gay/lésbica)	13	3.3
	Assexual	3	.8
	Pansexual	11	2.8
	Outro	2	.5
	Omisso	1	.3
Situação profissional	Estudante	394	99.7
	Omisso	1	.3

Instrumentos de medida

Questionário sociodemográfico

Questionário de autorresposta que permitiu avaliar as características sociodemográficas de interesse para o presente estudo, sendo elas a “idade”, “género”, “nacionalidade”, “estado marital”, “habilitações académicas”, “local de residência”, “estatuto socioeconómico”, “orientação sexual” e “profissão atual”.

Experiências de Cyberbullying

O questionário de comportamentos de bullying e cyberbullying, da autoria de Coelho, et al., 2016, consiste numa validação do Bully/Victim Questionnaire (Olweus, 1996) para estudantes universitários, com uma adição de itens dedicados à avaliação dos níveis de



prevalência de cyberbullying, não presentes no questionário original (Olweus, 1996 as cited in Coelho et al., 2016). A versão portuguesa é um instrumento de autorresposta constituído por 36 itens que incluem uma adaptação portuguesa em relação às escalas de vítima e bullying da revisão BQV, assim como 6 itens sobre envolvimento no cyberbullying (denigration, flaming, cyberstalking e outing) o que representa uma inovação para este questionário (Coelho et al., 2016).

A escala de resposta é de tipo Likert com 5 pontos, sendo 1 “nunca me aconteceu” e 5 “acontece várias vezes por semana”, permitindo a estimação da prevalência de bullying (Coelho et al., 2016). Segundo os dados estatísticos, a escala de agressão apresenta uma consistência interna adequada ($\alpha = .081$), exigindo a reformulação da escala de vitimização pois não apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = 0.56$) (Coelho et al., 2016).

Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18)

Instrumento desenvolvido por Derogatis (2001), pretende avaliar a psicossomatologia experienciada por indivíduos em relação aos últimos sete dias. Constitui um questionário breve composto por 18 itens (Derogatis, 2001 as cited in Nazaré, Pereira & Canavarro, 2017). Composto por três subescalas representadas de forma equitativa: somatização, depressão e ansiedade com seis itens cada. A escala de somatização avalia o distress associado a manifestações dos sistemas regulados automaticamente; a escala de depressão foca-se nos sintomas nucleares das perturbações depressivas e por fim, a escala de ansiedade inclui sintomas indicativos de estados de pânico. O formato de resposta apresenta 5 alternativas variando 0 (nada) a 4 (extremamente), sendo que pontuações mais elevadas refletem psicossomatologia mais intensa (Nazaré et al., 2017).

Ao nível da fidelidade do BSI-18, considerando a sua consistência interna (subescalas e total) esta tem vindo a ser comprovada com as investigações compostas por amostras diversificadas ao nível do estado de saúde física e mental, ultrapassando na maioria das investigações o valor minimamente recomendado de .65 (Nazaré et al., 2017). Nazaré et al., (2017), adaptaram o BSI-18 para a população portuguesa, através de uma amostra constituída por dois grupos, um comunitário e um clínico. A versão portuguesa deste instrumento apresenta bons níveis de validade e fidelidade, permitindo uma utilização adequada em contexto clínico e de investigação (Nazaré et al., 2017).

Procedimentos

A recolha dos dados foi feita por meio de um questionário elaborado na plataforma Microsoft Forms, constituído por 9 itens relativos a tópicos sociodemográficos, 19 itens relativos a sintomas emocionais e 6 itens relativos a experiências de cyberbullying. Este tinha um tempo de realização estimado de 15 a 20 minutos, de preenchimento individual. Este questionário disseminado via Internet com o objetivo de alcançar um maior número de pessoas, estando este disponível de 29 de setembro de 2022 a 17 de outubro de 2022

O questionário usado para a recolha de dados, de título “Comportamento Online e Sintomas Emocionais”, da autoria de Henrique Pereira (2022), respeita todos os princípios éticos da investigação em psicologia, dos quais, o princípio da beneficência, o respeito e salvaguarda do bem-estar físico e psicológico do indivíduo, confidencialidade

dos dados, consentimento informado, sendo que, antes do início da resposta ao questionário, os participantes deveriam declarar o mesmo.

Análise de dados

De forma a testar as hipóteses postuladas, os dados foram introduzidos e analisados utilizando o programa SPSS, versão 28, com a ajuda de diferentes técnicas estatísticas como, frequências, Correlação de Pearson, Teste T-Student, ANOVA e um Modelo de Regressão Linear.

Resultados

Para avaliar a presença de diferenças estatisticamente significativas, foi usado o valor de 95% para o intervalo de confiança ($p < .05$). Em relação à existência de fenómenos de vitimização e agressão (Ver Tabela 2), obteve-se que existe uma maior presença de fenómenos de vitimização, comparativamente a fenómenos de agressão na amostra estudada.

Tabela 2. Resultados da presença de fenómenos de vitimização.

	M (DP)
Vitimização	1.13(.31)
Agressão	1.06(.23)

* $p < .05$

No tocante à presença dos fenómenos de vitimização consoante o “Género” (Ver tabela 3) obteve-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($t(390) = -2.278$; $p = .023$), sendo que, “Homem” apresentam uma maior média ao nível da vitimização, do que “Mulher”.

Tabela 3. Resultados de vitimização por género.

	Género	M (DP)	T (df)	p
Vitimizção	Homem	1.19(.40)	-2.278(390)	.023*
	Mulher	1.11(.27)		

* $p < .05$

Relativamente à presença de fenómenos de vitimização segundo a variável “Estatuto Socioeconómico” (Ver Tabela 4) não foram registadas diferenças estatisticamente significativas ($F(4; 388) = 1.530$; $p = .193$).

Tabela 4. Resultados de vitimização consoante o estatuto socioeconómico.

	Estatuto Socioeconómico	M (DP)	F (df)	p
Vitimizção	Baixo	1.08 (.21)	1.530 (4; 388)	.193
	Baixo-Médio	1.12 (.25)		
	Médio	1.12 (.29)		

Médio-Alto	1.23(.50)
Alto	1

* $p < .05$

Em relação à correlação entre as variáveis “vitimização” e “idade”, (Ver Tabela 5) obteve-se que não foi registada uma correlação estatisticamente significativa ((Vitimização * Idade) = -.004; $p = .933$) e o próprio valor da correlação de Pearson demonstrou-se como negativo e fraco.

Tabela 5. Valores de correlação entre variáveis.

	1	2
1-Idade	-	.004*
2-Vitimização	-.004*	-

* $p < .05$

Com a realização de um modelo de regressão linear, constituído por 2 etapas (Ver Tabela 6), sendo a 1ª etapa constituída pelas variáveis “Idade”, “Género”, “Estatuto Socioeconómico” e “Orientação Sexual” e a 2ª, que para além das variáveis já mencionadas, integra a variável “Vitimização”. Assim, o primeiro modelo explica 9.5 % da variância, sendo estatisticamente significativo ($F(4;387) = 10.189$; $p < .001$) e apresenta enquanto variáveis preditoras de sintomas psicológicos o “Género” e “Orientação-Sexual”. Já o modelo 2, passa a explicar 12.7 % da variância, sendo estatisticamente significativo ($F(5; 386) = 11.271$; $p < .001$), apresentando 3 variáveis preditoras de sintomas psicológicos sendo elas, “Género”, “Orientação Sexual” e “Vitimização”.

Tabela 6. Modelos de regressão linear de cyberbullying.

	Modelo 1			Modelo 2		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Género	-.192	.068	-.138	-.221	.087	-.159
Idade	-.004	.011	-.018	-.004	.011	-.019
Estatuto Socioeconómico	.015	.045	.016	-.002	.045	-.002
Orientação Sexual	.215	.036	.289	.199	.036	.268
Vitimização	-			.383	.102	.183
R ²	.095			.127		
F para a mudança do R ²	10.189			11.271		

* $p < .05$

Em relação à distribuição de comportamentos de vitimização consoante a “Orientação Sexual” (Ver Tabela 7) obteve-se que existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis ($F(5; 388) = 2.364$; $p = .039$). Assim, indivíduos “Homossexual” apresentam uma maior prevalência de vitimização, seguidos de indivíduos “Assexual” e “Outro”, “Bissexual”, “Pansexual” e por fim, indivíduos “Heterossexual”.

Tabela 7. Resultados de vitimização consoante a orientação sexual.

	Orientação Sexual	M (DP)	F (df)	p
Vitimização	Homossexual	1.35 (.36)	2.364 (5; 388)	.039
	Assexual	1.33 (.58)		
	Outro	1.33 (.47)		
	Bissexual	1.20 (.30)		
	Pansexual	1.15 (.27)		
	Heterossexual	1.11 (.31)		

* $p < .05$

De forma a avaliar a frequência dos comportamentos de vitimização, a variável “Vitimização_soma”, constituída pela soma dos itens que representam comportamentos de vitimização, foi convertida em níveis de severidade com base nas frequências máximas possíveis de ser obtidas. Assim, foram destacados 3 níveis de severidade de frequência de comportamentos de vitimização, usando como ponto de corte o 6, sendo que, até este a frequência destes comportamentos é considerada pouco frequente, entre 7 e 11, são considerados frequentes e por último, após o 12, são considerados muito frequentes. Obteve-se assim, que 98.7% dos indivíduos sofreram experiências de vitimização pouco frequentes ($n= 390$), 1.3% dos indivíduos relataram experiências frequentes de vitimização ($n=5$) e 0% dos indivíduos relataram experiências muito frequentes ($n=0$).

Discussão

O presente estudo teve como objetivos avaliar a prevalência de vitimização do cyberbullying em estudantes universitários e a avaliar a sua relação com as variáveis idade, género, orientação sexual, estatuto socioeconómico e, por fim, sintomas psicossintomáticos.

No que diz respeito à testagem das hipóteses, a primeira foi comprovada, visto que, foi verificada uma alta expressão de comportamentos de vitimização na amostra. Para além deste resultado, também outros estudos chegaram à mesma conclusão (Beran & Li, 2008; Beran et al., 2012; Holfeld & Leadbeater, 2015; Kowalski et al., 2014; Li, 2006, 2007; Mishna et al., 2010; Mishna et al., 2012; Schenk & Fremouw, 2012 as cited in Ronis & Slaunwhite, 2019). Estes resultados, que demonstram uma grande tendência de fenómenos de vitimização entre estudantes do ensino superior, podem ser explicados pelo facto desta população ter um grande contacto com as TIC (Shaikh et al., 2020).

Em relação à segunda hipótese, constatou-se que esta foi refutada, visto que os indivíduos do sexo masculino apresentam maiores níveis de vitimização que indivíduos do sexo feminino. A investigação tem-se revelado inconsistente em relação às diferenças de sexo, (Smith et al., 2019 as cited in Wang et al., 2019) existindo pesquisas que não relatam diferenças significativas (Inchley et al., 2016 as cited in Wang et al., 2019), enquanto que outras assinalam a existência dessas diferenças (Livingstone et al., 2012 as cited in Wang et al., 2019). Esta inconsistência poderá dever-se à existência de variados contextos online, sendo que indivíduos do sexo feminino relatam uma maior vitimização nesta prática através de mensagens e das redes sociais, enquanto indivíduos do sexo masculino relatam incidentes no decorrer de jogos online (Lenhart et al., 2011 as cited in Wang et al., 2019).



No que diz respeito à terceira hipótese esta foi também refutada, visto que não foram registadas diferenças entre os diversos estatutos. No entanto, esta conclusão não é consensual sendo que António et al., (2020) verificaram diferenças entre alunos vítimas de cyberbullying em relação ao estatuto socioeconómico. Os estudantes que consideraram difícil viver com o rendimento atual da sua família apresentaram maiores níveis médios de vitimização, quando comparados com os outros estudantes. No tocante à quarta hipótese, conclui-se que é comprovada, visto que, os indivíduos homossexuais foram aqueles que registaram níveis mais altos de vitimização, facto que pode ser explicado pela sua maior vulnerabilidade a estas práticas ao assumirem uma orientação sexual e uma identidade não-normativa (Poteat & Espelage, 2005 cited in Garaigordobil & Larrain, 2020). Outros estudos corroboram este resultado (Garaigordobil & Larrain, 2020; Kann, McManus et al. 2016 cited in Duarte et al., 2018).

Por sua vez, a quinta hipótese foi refutada, uma vez que não foi verificada uma correlação entre as variáveis, algo já verificado noutros estudos (DeSmet et al., 2018 as cited in Lozano-Blasco et al., 2020; Ortega et al., 2008 as cited in Portilla et al., 2018). A idade parece estar positivamente associada à utilização de competências de resolução de problemas para gerir comportamentos de cyberbullying (Ronis & Slaunwhite, 2019). Por fim e em relação à sexta hipótese esta é refutada, visto que apenas as variáveis vitimização, orientação sexual e género se demonstraram predictoras da experieciação de psicossintomatologia.

Limitações

Ao nível das limitações do presente estudo, podem ser destacados o efeito da desejabilidade social; o facto do questionário ter sido disseminado de forma online, delimita a população que lhe terá acesso; também é importante referir o efeito da bola de neve; a heterogeneidade da amostra; o carácter transversal do estudo; destaca-se também o facto dos próprios investigadores terem respondido ao questionário; e por último, ressaltamos enquanto limitação o facto desta amostra ser de conveniência.

Implicações

Neste sentido, é essencial que este tema continue a ser alvo de investigação, especialmente ao nível do estudo do cyberbullying em estudantes do ensino superior, visto que, este é um campo ainda pouco explorado, no entanto, ao contrário do que se acredita, está bastante presente nesta população. Com os resultados obtidos no presente estudo é possível ter um panorama geral sobre o cyberbullying em contexto de ensino superior português, ainda que pouco representativo, podendo incentivar o desenho e a implementação de estratégias de intervenção realizadas por psicólogos direcionadas à comunidade académica, através da consciencialização e psicoeducação sobre o cyberbullying, o uso das TIC e os perigos associados, a aplicação de atividades socioeducativas, bem como estratégias de intervenção que englobem os diferentes papéis possíveis de assumir na prática de cyberbullying. Desta forma, promove-se o incentivo à denúncia, a implementação de medidas e a prestação de apoio.

Conclusão

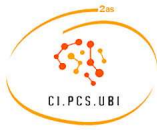
Em suma, o presente estudo permitiu avaliar a presença de experiências de vitimização de cyberbullying em estudantes do ensino superior, analisando variáveis específicas como



o género, idade, orientação sexual e estatuto socioeconómico. Para além disso foi também avaliado o impacto das variáveis sociodemográficas e cyberbullying nos sintomas psicológicos. Desta forma cumprimos todos os objetivos a que nos propusemos e consideramos que os dados obtidos são uma mais-valia para a investigação neste campo. É de destacar, que apesar da pouca frequência dos comportamentos de vitimização observada neste estudo em específico, estes dados não devem ser menosprezados visto que por detrás dos mesmos estão pessoas e experiências reais.

Referências bibliográficas

- Abaido, G. M. (2020). Cyberbullying on social media platforms among university students in the United Arab Emirates. *International Journal of Adolescence and Youth*, 25(1), 407–420. <https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1669059>
- Akarsu, O., Budak M. I., & Okanlı, A. (2022). The relationship of childhood trauma with cyberbullying and cybervictimization among university students. *Archives of Psychiatric Nursing*, 41, 181-187. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.06.004>
- Ali, S. I., & Shahbuddin, N. B. (2022), The Relationship between Cyberbullying and Mental Health among University Students. *Sustainability*, 14(11), 1-14. <https://doi.org/10.3390/su14116881>
- António, R., Guerra, R., & Moleiro, C. (2020). Cyberbullying em Portugal durante a pandemia do Covid-19.
- Coelho., V. A., Sousa, V., Marchante, M., Brás, P., & Romão, A. M. (2016). Bullying and cyberbullying in Portugal: Validation of a questionnaire and analysis of prevalence. *School Psychology International*, 37(3), 223-239. <https://doi.org/10.1177/0143034315626609>
- Duarte, C., Pittman, S. K., Thorsen, M. M., Cunningham, R. M., & Ranney, M. L. (2018). Correlation of Minority Status, Cyberbullying, and Mental Health: A Cross-Sectional Study of 1031 Adolescents. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 11, 39-48. <https://doi.org/10.1007/s40653-018-0201-4>
- Eyuboglu, M., Eyuboglu, D., Pala, S. C., Oktar, D., Demirtas, Z., Arslantas, D., & Unsal, A. (2021). Traditional school bullying and cyberbullying: Prevalence, the effect on mental health problems and self-harm behavior. *Psychiatry Research*, 297, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113730>
- Francisco S. M., Simão A. M. V., Ferreira P. C., & Martins, M. J. D. (2015). Cyberbullying: The hidden side of college students. *Computers in Human Behavior*, 43, 167-182. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.10.045>
- Garaigordobil, M., & Larrain, E. (2020). Bullying and Cyberbullying in LGBT adolescents: Prevalence and effects on mental health. *Media Education Research Journal*, 28(62), 77-87. <https://doi.org/10.3916/C62-2020-07>
- Lozano-Blasco, R., Cortés-Pascual, A., & Latorre-Martínez, M. P. (2020). Being a cybervictim and a cyberbully – The duality of cyberbullying: A meta-analysis. *Computers in Human Behavior*, 111, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106444>
- Martins, M. J. D., Simão, A. M. V., & Azevedo, P. (2014). Experiências de Cyberbullying relatadas por estudantes do ensino superior politécnico. *Envolvimento Dos Alunos Na Escola: Perspetivas Internacionais Da Psicologia e Educação*, 797–809. <http://hdl.handle.net/10400.26/13937>



- Nazaré, B., Pereira, M., & Canavarro, 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>
- Portilla, W. F. M., Forero A. Y. R., Pacheco J. R., Luzardo M., & Correa, N. G. (2018). Factores personales de género y socioeconómicos relacionados con el cyberbullying en adolescentes colombianos. *Revista Digital Internacional de Psicologia y Ciencia Social*, 4(1), 46-62. <http://dx.doi.org/10.22402/j.rdiptycs.unam.4.1.2018.153.46-62>
- Qudah, M. F. A., Albursan, I. S., Bakhiet, S. F. A., Hassan, E. M. A. H., Alfnan A. A., Aljomaa S. S., AL-Khadher M. M. A. (2019). Smartphone Addiction and Its Relationship with Cyberbullying Among University Students. *Internacional Journal of Mental Health and Addiction*, 17, 628-643. <https://doi.org/10.1007/s11469-018-0013-7>
- Ronis, S., & Slaunwhite, A. (2019). Gender and Geographic Predictors of Cyberbullying Victimization, Perpetration, and Coping Modalities Among Youth. *Canadian Journal of School Psychology*, 34(1), 3-21. <https://doi.org/10.1177/0829573517734029>
- Shaikh, F. B., Rehman, M., & Amin, A. (2020). Cyberbullying: A Systematic Literature Review to Identify the Factors Impelling University Students towards Cyberbullying. *IEEE Access*, 8, 148031–148051. <https://doi.org/10.1109/ACCESS.2020.3015669>
- Sharma, D., Kishore, J., Sharma, N., & Duggal, M. (2017). Aggression in schools: Cyberbullying and gender issues. *Asian Journal of Psychiatry*, 29, 142–145. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.05.018>
- Souza, S. B., Ferreira P. C., Simão A. M. V., & Falla, D. (2022). The dynamic of cyberbullying in university students: moderating effects of gender and culture. *Multidisciplinary Journal of Educational Research*, 12(3), 322-347.
- Tavares, T. F. F. (2013). O cyberbullying no ensino superior [Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro]. Repositório institucional: <http://hdl.handle.net/10773/12825>
- Wang, M. J., Yogeewaran, K., Andrews, N. P., Hawi, D. R., & Sibley, C. G. (2019). How Common Is Cyberbullying among Adults? Exploring Gender, Ethnic, and Age Differences in the Prevalence of Cyberbullying. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 22(11), 736–741. <https://doi.org/10.1089/cyber.2019.0146>
- Wendt, G. W., & Lisboa, C. S. M. (2020). Cyberbullying e depressão em adolescentes. *Revista Psicologia para América Latina*, 34, 221-231.
- Zhu, C., Huang, S., Evans, R., & Zhang, W. (2021). Cyberbullying Among Adolescents and Children: A Comprehensive Review of the Global Situation, Risk Factors, and Preventive Measures. *Frontiers in Public Health*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.634909>



CAPITULO 19

Impacto da Violência Sexual na Psicossintomatologia em Vítimas: Importância das Variáveis Sociodemográficas

Andreia Tavares, Carolina Fernandes, Diana Lopes, Mariana Rodrigues, Sara Caetano
& Henrique Pereira

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

Autor Correspondente: Carolina Fernandes. E-mail; carolina.matos.fernandes@ubi.pt

Resumo:

Este estudo tem como objetivo geral determinar os níveis de violência sexual nas vítimas da amostra e como específicos comparar as diferenças entre o género daquelas relativamente à ocorrência de violência sexual, averiguar as diferenças entre vítimas com diferentes orientações sexuais relativamente à ocorrência de violência sexual, indicar a associação entre a idade dos participantes e a ocorrência de vitimização e, determinar os preditores sociodemográficos (idade, género, orientação sexual), acompanhados de vitimização, que contribuem para a psicossintomatologia. Definiu-se como hipótese geral “constatam-se níveis nulos de violência sexual nas vítimas da amostra inquirida” e, como específicas: (1) a violência sexual, nas vítimas, ocorre mais em mulheres do que em homens, (2) indivíduos que pertencem a minorias sexuais sofrem mais violência sexual do que indivíduos heterossexuais, (3) há uma associação positiva, forte e significativa entre a idade dos participantes e a ocorrência de violência sexual (vitimização) e (4) as variáveis sociodemográficas e a vitimização são preditores significativos da presença de psicossintomatologia, por parte das vítimas. O estudo engloba 742 participantes - 243 homens, 494 mulheres e 4 outros -, com idades entre os 18 e os 82 anos. Recolheram-se as respostas online através de três instrumentos: um questionário sociodemográfico, a Escala de Violência Sexual e o BSI-18. Verificaram-se níveis nulos de vitimização sexual, na amostra. Ao comparar as diferenças entre géneros, inferiu-se que as mulheres sofrem mais violência sexual do que os homens. Relativamente à orientação sexual, constatou-se que indivíduos não heterossexuais sofrem mais violência sexual do que heterossexuais. No que concerne à idade, foram observadas correlações significativas, negativas, quase nulas e fracas. Por fim, observou-se que de entre as variáveis sociodemográficas utilizadas, as mais significativas são a idade, o género, a orientação sexual e a violência sexual.



Introdução

O projeto tem como finalidade desenvolver procedimentos metodológicos sistemáticos que permitam compreender as relações causais entre violência sexual, variáveis sociodemográficas (género, idade e orientação sexual) e psicopatologia em vítimas. Relativamente aos problemas de investigação, primeiramente, e de forma mais geral, questionou-se a incidência de vitimização sexual na amostra inquirida.

Foram elaboradas cinco hipóteses: (1) Hipótese Geral - constatam-se níveis nulos de violência sexual nas vítimas da amostra inquirida; (2) Hipótese Específica 1 - a violência sexual, nas vítimas, ocorre mais em mulheres do que em homens; (3) Hipótese Específica 2 - indivíduos que pertencem a minorias sexuais sofrem mais violência sexual do que indivíduos heterossexuais; (4) Hipótese Específica 3 - há uma associação positiva, forte e significativa entre a idade dos participantes e a ocorrência de violência sexual (vitimização) e (5) Hipótese Específica 4 - as variáveis sociodemográficas e a vitimização são preditores significativos da presença de psicopatologia, por parte das vítimas.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2002, as cited in Dikmen & Cankaya, 2020, p.11305), define-se como violência sexual:

“todos os atos sexuais ou tentativas para obtenção de atos sexuais, comentários sexuais não consentidos, ações contra a sexualidade de uma pessoa, através do uso da coação sexual, por qualquer pessoa, independente da relação com a vítima, em qualquer ambiente, incluindo, mas não sendo limitado aos ambientes como casa e trabalho”.

A violência sexual engloba o (1) assédio sexual - comportamentos verbais e não verbais de cariz sexual que se traduzem em atitudes desagradáveis -, (2) comportamento sexual indesejado - conjunto de comportamentos no qual o/a agressor/a tem como finalidade obter contacto sexual não consentido, por parte da vítima -, (3) coerção sexual - ocorre quando a vítima é coagida a praticar atividade sexual não desejada (Martin-Storey et al., 2018, as cited in Martin-Storey et al., 2018).

A variável em estudo tem no seu cerne diversos fatores de risco, nomeadamente o género e *status* do/a agressor/a, bem como o ambiente no qual a violência sexual ocorre (Martin-Storey et al., 2018). O estatuto socioeconómico baixo e o divórcio contribuem para o panorama atual de violência sexual (Heise & Kotsadam, 2015, as cited in Santamaría et al., 2019). A vivência de experiências sexuais indesejadas pode convergir em problemas psicológicos, tais como depressão, ansiedade, perturbações alimentares, abuso de substâncias, automutilação, Perturbação de Stress Pós-Traumático (Rape, Abuse & Incent National Network, 2018, as cited in Hannan et al., 2020).

No que diz respeito à violência sexual, o género é reconhecido como o fator mais saliente, constatando-se uma prevalência no género feminino. No entanto, é de realçar que indivíduos do género masculino podem não ter reportado agressões sexuais nos seus relacionamentos amorosos devido aos papéis de género e ao conceito de masculinidade internalizados (Bhochhibhoya et al., 2019). Assim, tanto homens como mulheres podem ser vítimas e perpetradores de violência sexual (Fernández-Fuertes et al., 2020).

É possível compreender que homens enfrentam barreiras sociais e culturais, como as normas de género, não sendo assim compreendidos ou reconhecidos como vítimas de violência sexual - uma vez que são socialmente aceites como o sexo forte e apresentam uma prevalência de vitimização inferior (United Nations High Commissioner for Refugees, 2012, as cited in Borumandnia et al., 2020). Considera-se Minoria Sexual todo o sujeito que possua uma identidade sexual distinta de heterossexual, por outro lado, Minoria de Género refere-se a indivíduos que se identifiquem com um género que não o atribuído à nascença (Edwards et al., 2015, as cited in Martin-Storey et al., 2018; Coulter et al., 2017, as cited in Martin-Storey et al., 2018; Ford & Soto-Marquez, 2016, as cited in Martin-Storey et al., 2018; Johnson et al., 2016, as cited in Martin-Storey et al., 2018).

Devido a fatores discriminatórios, vitimização contra a comunidade LGBTQ e a presença de stress interno - transfobia e homofobia internalizadas -, a identidade de género e a orientação sexual são potenciais fatores de risco aquando da vivência de violência sexual (Hendricks & Testa, 2012, as cited in Atteberry-Ash et al., 2020; Meyer, 2003, as cited in Atteberry-Ash et al., 2020; Stiles-Shields & Carroll, 2015, as cited in Atteberry-Ash et al., 2020). As vítimas podem encontrar vários motivos para não denunciar, tais como medo de represálias, auto-culpabilização, vergonha ou ainda a dúvida de que se tenha tratado de agressão sexual (Miller, 2010, as cited in Hilinski-Rosick & Freiburger, 2018).

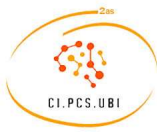
Métodos

Participantes

Da amostra fazem parte 742 participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 82 anos ($M=27.84$, $DP\pm 10.99$), dos quais 66.7% mulheres, 32.8% homens e 0.5% outros, sendo que os últimos não são alvo do presente estudo devido à falta de representatividade. Uma pluralidade de participantes são estudantes (52.4%), maioritariamente heterossexuais (85.7%), com nível de escolaridade até ao 12º ano (45.7%), de estatuto socioeconómico médio (56.8%), residentes num pequeno meio urbano (48.5%) e, solteiros/as (53.8%). A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos participantes com mais detalhe.

Tabela 1. Características sociodemográficas ($n=742$, $Midades=27.84$, $DP\pm 10.99$)

		n	%	Média	Desvio Padrão
Idade				27.84	10.99
Género	Mulher	494	66.7		
	Homem	243	32.8		
	Outro	4	.5		
	Omisso	1	.1		
Nacionalidade	Portuguesa	645	87		
	Outro	96	13		
	Omisso	1	.1		
Estado marital	Solteiro/a	399	53.8		
	Casado/a	114	15.4		
	Separado/a-Divorciado/a	25	3.4		



2as Conferências Internacionais em Psicologia Clínica e da Saúde

Universidade da Beira Interior

Covilhã, 1 e 2 de junho de 2023

	União de facto	33	4.5
	Viúvo/a	1	.1
	Relação significativa/namoro	168	22.7
	Outro	1	.1
	Omisso	1	.1
Habilitações académicas	Até ao 12º ano	338	45.7
	Licenciatura/Bacharelato	307	41.5
	Pós-graduação/Mestrado	86	11.6
	Doutoramento/Pós-doutoramento	8	1.1
	Omisso	3	.4
Local de residência	Um pequeno meio rural	166	22.4
	Um grande meio rural	75	10.1
	Um pequeno meio urbano	359	48.5
	Um grande meio urbano	140	18.9
	Omisso	2	.3
Estatuto socioeconómico	Baixo	36	4.9
	Baixo-Médio	206	27.9
	Médio	420	56.8
	Médio-Alto	74	10
	Alto	3	.4
	Omisso	3	.4
Orientação Sexual	Heterossexual	635	85.7
	Bissexual	56	7.6
	Homossexual (Gay ou Lésbica)	24	3.2
	Assexual	3	.4
	Pansexual	19	2.6
	Outro	4	.5
	Omisso	1	.1
Situação profissional	Estudante	388	52.4
	Desempregado/a	43	5.8
	Trabalhador/a por conta de outrem	242	32.7
	Trabalhador/a por conta própria	35	4.7
	Reformado/a-Aposentado/a	9	1.2
	Baixa médica	6	.8
	Outro	17	2.3
	Omisso	2	.3

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

Os participantes foram questionados acerca da sua idade, género, nacionalidade, estado marital, habilitações académicas, local de residência, estatuto socioeconómico, orientação sexual e profissão atual. Para este projeto, com o objetivo de caracterizar a amostra, foram selecionadas a idade, o género e a orientação sexual.



Escala de Violência Sexual

O questionário, tipo *checklist*, construído com o intuito de avaliar a ocorrência de violência sexual, é composto por 12 itens sob a forma de indagações que deverão ser respondidas numa escala tipo *Likert* que oscila entre 1 “Nunca” e 10 “Sempre ou Quase Sempre”.

Para a análise da vivência de violência sexual - vitimização -, são tidos em conta 6 itens (3, 4, 6, 8, 10, 12). Por outro lado, para a investigação relativa à perpetuação de violência sexual, consideram-se os restantes (1, 2, 5, 7, 9, 11), não sendo estes alvo do estudo.

Brief Symptom Inventory (BSI-18)

O Brief Symptom Inventory (BSI-18; Derogatis, 2001, as cited in Nazaré et al., 2017), composto por 18 itens, é um instrumento de rastreio do *distress* psicológico experienciado durante a última semana, aquando da sua administração. A sua escala de resposta varia entre 0 “Nada” e 4 “Extremamente”.

Procedimentos

O questionário relativo ao Comportamento Online e Sintomas Emocionais visa determinar a associação entre o Comportamento Online e a manifestação de variáveis psicológicas.

O inquérito foi disseminado via email, de 29 de setembro de 2022 a 17 de outubro do mesmo ano, e o tempo de resposta varia entre 15 a 20 minutos. O instrumento destinou-se a sujeitos com mais de 18 anos de idade, tendo sido eliminados indivíduos cuja idade fosse menor - relativamente aos sujeitos que não preencheram o campo “idade”, esta foi substituída pelo valor correspondente à média desta ($M=27.84$; $DP\pm 10.99$). Adicionalmente, os sujeitos que não responderam, no mínimo, a 3 itens relativos à Escala da Violência Sexual, foram também eliminados.

No que toca à variável independente “Habilitações Académicas”, os graus académicos precedentes ao 9º ano, inclusive, ao 10º, 11º e 12º foram agrupados numa única opção de resposta - sendo a nova denominação desta “Até ao 12º ano”. Relativamente à variável “Orientação Sexual” foram reunidos numa opção de resposta singular todas as orientações distintas de “Heterossexual” - “Bissexual”, “Homossexual (Gay ou Lésbica)”, “Assexual”, “Pansexual” e “Outro”-, culminando na opção “Não Heterossexual”. Ainda, a escala de resposta tipo Likert, relativa à Violência Sexual, foi sujeita a uma alteração de 10 possibilidades de resposta para 4 - 1 (Nunca), 2-4 (Baixa), 5-7 (Moderada) e 8-10 (Alta).

A recolha de dados foi precedida da apresentação do Consentimento Livre e Informado. Os inquiridos foram informados acerca da participação voluntária e da finalidade do estudo, assegurando a confidencialidade e anonimato das respostas dos mesmos.

Análise Estatística

Foi assumida a normalidade da distribuição segundo o Teorema do Limite Central, Assim, de forma a caracterizar os participantes, efetuou-se uma descrição estatística

atendendo à média, ao desvio padrão, à frequência e à percentagem. No que diz respeito à Hipótese Geral, verifica-se que ao item 3 responderam 741 indivíduos - 1 omissos - ($M=1.24$; $DP\pm.58$); ao item 4, 740 indivíduos - 2 omissos ($M=1.12$; $DP\pm.43$); ao item 6, 741 indivíduos - 1 omissos - ($M=1.16$; $DP\pm.48$); ao item 8, 742 indivíduos ($M=1.40$; $DP\pm.68$); ao item 10, 742 indivíduos ($M=1.53$; $DP\pm.83$) e, por fim, ao item 12, 740 indivíduos - 2 omissos - ($M=1.44$; $DP\pm.74$). A prevalência de resposta incidiu mais sobre a opção “Nunca”, nos itens 3 ($n=613$; 82.7%), 4 ($n=679$; 91.8%), 6 ($n=653$; 88.1%), 8 ($n=520$; 70.1%), 10 ($n=481$; 64.8%) e 12 ($n=511$; 69.1%) (ver Tabela 2).

Tabela 2. Níveis de violência sexual

Item	Resposta	n	%
VS3: “Alguma vez teve relações sexuais contra a sua vontade, conhecendo a outra pessoa (amigo/a, namorado/a, conhecido/a, etc.)?”	Nunca	613	82.7
	Baixa	84	11.3
	Moderada	38	5.1
	Alta	6	.8
	Omisso	1	.1
VS4: “Alguma vez teve relações sexuais contra a sua vontade sob o efeito de álcool ou drogas, porque não teve forças para resistir?”	Nunca	679	91.8
	Baixa	38	5.1
	Moderada	19	2.6
	Alta	4	.5
	Omisso	2	.3
VS6: “Alguma vez alguém iniciou contacto sexual consigo, envolvendo penetração (oral, vaginal, anal) sem o seu consentimento?”	Nunca	653	88.1
	Baixa	62	8.4
	Moderada	22	3.0
	Alta	4	.5
	Omisso	1	.1
VS8: “Alguma vez alguém o/a beijou ou tocou sexualmente sem o seu consentimento?”	Nunca	520	70.1
	Baixa	161	21.7
	Moderada	50	6.7
	Alta	11	1.5
	Omisso	0	0
VS10: “Alguma vez alguém lhe enviou um email, sms, mensagem numa rede social, telefonema com conteúdo sexual, comentários, piadas, histórias, fotografias ou vídeos, que o/a fizeram sentir-se desconfortável ou ofendido/a.”	Nunca	481	64.8
	Baixa	155	20.9
	Moderada	79	10.6
	Alta	27	3.6
	Omisso	0	0
VS12: “Alguma vez alguém fez comentários sexuais sobre si, contou piadas ou histórias com cariz sexual que considerou desconfortáveis ou ofensivas em relação à sua pessoa?”	Nunca	511	69.1
	Baixa	144	19.5
	Moderada	72	9.7
	Alta	13	1.8
	Omisso	2	.3

No que concerne à Hipótese Específica 1, esta é corroborada pelos resultados obtidos no Teste *T-Student* nos itens 3 ($t(735)=3.182$; $p=.002$), 6 ($t(734)=2.526$; $p=.012$), 8 ($t(735)=2.532$; $p=.012$) e 10 ($t(735)=3.954$; $p<.001$) - não sendo os itens 4 ($t(734)=1.823$; $p=.069$) e 12 ($t(733)=.682$; $p=.496$) considerados significativos. A média de exibição de vitimização no item 3 por parte das mulheres é 1.29 ($DP\pm.63$) e dos homens é 1.14 ($DP\pm.45$), no item 6 nas mulheres é 1.19 ($DP\pm.51$) e nos homens 1.10 ($DP\pm.38$), relativamente ao item 8 nas mulheres é 1.44 ($DP\pm.71$) e nos homens 1.30 ($DP\pm.61$), já no item 10 nas mulheres é 1.61 ($DP\pm.87$) e nos homens 1.36 ($DP\pm.69$) (ver Tabela 3).

Tabela 3. Níveis de violência sexual em função do género

	Mulher		Homem		t(df)	p
	M	SD	M	SD		
VS_3	1.29	.63	1.14	.45	3.182(735)	.002
VS_4	1.14	.47	1.07	.32	1.823(734)	.069
VS_6	1.19	.51	1.10	.38	2.526(734)	.012
VS_8	1.44	.71	1.30	.61	2.532(735)	.012
VS_10	1.61	.87	1.36	.69	3.954(735)	<.001
VS_12	1.46	.76	1.42	.70	.682(733)	.496

*p<.05; **p<.01

Relativamente à Hipótese Específica 2, esta é validada pelo *output* resultante do Teste *T-Student* nos itens 3 ($t(738)=-4.757$; $p<.001$), 4 ($t(737)=-4.039$; $p<.001$), 6 ($t(738)=-4.777$; $p<.001$), 8 ($t(739)=-6.146$; $p<.001$) e 10 ($t(739)=-6.480$; $p<.001$) e 12 ($t(737)=-5.810$; $p<.001$) - sendo todos os itens significativos.

A média da existência de vitimização no item 3 é 1.20 ($DP\pm.53$) e 1.49 ($DP\pm.77$), no item 4 é 1.09 ($DP\pm.38$) e 1.28 ($DP\pm.67$), relativamente ao item 6 é 1.13 ($DP\pm.42$) e 1.36 ($DP\pm.71$), no item 8 é 1.34 ($DP\pm.63$) e 1.76 ($DP\pm.86$), no item 10 é 1.45 ($DP\pm.76$) e 2.00 ($DP\pm.1.04$) e no item 12 é 1.38 ($DP\pm.69$) e 1.82 ($DP\pm.90$), em sujeitos heterossexuais e não heterossexuais, respetivamente (ver Tabela 4).

Tabela 4. Níveis de violência sexual em função da orientação sexual

	Heterossexual		Não Heterossexual		t(df)	p
	M	SD	M	SD		
VS_3	1.20	.53	1.49	.77	-4.757(738)	<.001
VS_4	1.09	.38	1.28	.67	-4.039(737)	<.001
VS_6	1.13	.42	1.36	.71	-4.777(738)	<.001
VS_8	1.34	.63	1.76	.86	-6.146(739)	<.001
VS_10	1.45	.76	2.00	1.04	-6.480(739)	<.001
VS_12	1.38	.69	1.82	.90	-5.810(737)	<.001

*p<.05; **p<.01

Referente à terceira hipótese específica, operacionalizou-se uma Correlação de *Pearson* tendo em conta a idade e a ocorrência de violência sexual (vitimização).

No item 3 a correlação entre a idade e a vitimização é negativa, não significativa quase nula uma vez que $|R|<.19$ ($r=-.056$; $p=.130$); no item 4 é negativa, significativa e quase nula, pois $|R|<.19$ ($r=-.075$; $p=.041$); no item 6 é negativa, significativa e quase nula dado que $|R|<.19$ ($r=-.085$; $p=.020$); no item 8 é negativa, significativa e fraca visto que $|R|<.19$ ($r=-.108$; $p=.003$); no item 10 é negativa, significativa e fraca sendo que $|R|<.19$ ($r=-.129$; $p<.001$), por fim, no item 12 observa-se uma correlação negativa, significativa e fraca na medida em que $|R|<.19$ ($r=-.190$; $p<.001$) (ver Tabela 5).

Tabela 5. Matriz correlacional

	Idade	VS_3	VS_4	VS_6	VS_8	VS_10	VS_12
Idade	1	-.056	-.075*	-.085*	-.108**	-.129**	-.190**
VS_3	-.056	1	.564**	.605**	.551**	.323**	.258**

VS_4	-.075*	.564**	1	.582**	.453**	.289**	.232**
VS_6	-.085*	.605**	.582**	1	.519**	.294**	.208**
VS_8	-.108**	.551**	.453**	.519**	1	.425**	.384**
VS_10	-.129**	.323**	.289**	.294**	.425**	1	.551**
VS_12	-.190**	.258**	.232**	.208**	.384**	.551**	1

* $p < .05$; ** $p < .01$

No que diz respeito à Hipótese Específica 4, o Modelo 1, significativo, ($F(3;732)=31.374$; $p < .001$) - composto pelas variáveis idade, género e orientação sexual -, explica 11.4% da variância deste. Todas as variáveis inerentes ao modelo são consideradas significativas - idade ($p = .004$), género ($p < .001$) e orientação sexual ($p < .001$).

Ao serem adicionadas as variáveis referentes à vitimização (3, 4, 6, 8, 10 e 12) no Modelo 2, significativo, ($F(9;726)=14.936$; $p < .001$), este explica 15.6% da sua variância. Este modelo tem como variáveis significativas a idade ($p = .023$), o género ($p < .001$), a orientação sexual ($p < .001$) e o item 6 ($p = .047$), e como não significativas o item 3 ($p = .216$), 4 ($p = .319$), 8 ($p = .953$), 10 ($p = .402$) e 12 ($p = .167$) (Tabela 6).

Tabela 6. Modelos de regressão linear de psicopatologia

	B	SE B	β	B	SE B	β
Idade	-.006	.002	-.103	-.005	.002	-.081
Género	-.205	.047	-.153	-.166	.047	-.124
Orientação sexual	.519	.066	.279	.423	.068	.227
VS_3				.066	.053	.059
VS_4				.067	.067	.045
VS_6				.128	.064	.094
VS_8				.003	.043	.003
VS_10				.029	.034	.036
VS_12				.051	.037	.058
R2	.114			.156		
F for change	31.374			14.936		

* $p < .05$; ** $p < .01$

Resultados

Referente à hipótese geral “Constatam-se níveis nulos de violência sexual nas vítimas da amostra inquirida”, verificou-se que a maioria dos participantes respondeu “Nunca”, sendo assim a hipótese corroborada. No que concerne à hipótese “A violência sexual, nas vítimas, ocorre mais em mulheres do que em homens”, infere-se que esta hipótese é apenas corroborada nos itens 3, 6, 8 e 10. No que toca à hipótese “Indivíduos que pertencem a minorias sexuais sofrem mais violência sexual do que indivíduos heterossexuais”, esta é corroborada em todos os itens. Em relação à hipótese “Há uma associação positiva, forte e significativa entre a idade dos participantes e a ocorrência de violência sexual”, as correlações entre a idade e os itens 4 e 6, embora significativas, são quase nulas, já nos itens 8, 10 e 12, apesar de significativas, são fracas - pertinente referir ainda que todas as associações são negativas. Por último, no que diz respeito à hipótese “As variáveis sociodemográficas - idade, género e orientação sexual - e a vitimização são preditores significativos da presença de psicopatologia, por parte das vítimas”, no



primeiro modelo, significativo, as variáveis idade, género e orientação sexual são significativas e explicam 11.4% da variância; já no segundo, significativo, a idade, género, orientação sexual e o item 6 são significativas e explicam 15.6% do modelo.

Discussão

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, por meio da base de dados fornecida, foi possível observar que, de modo geral, estes são compatíveis com a literatura científica. O Relatório Anual da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) de 2021 relatou que nesse ano se registaram 13.234 vítimas de violência, das quais 10.308 mulheres (77.9%), 2.601 homens (19.6%), 36 intersexo (0.3%) e, 289 indivíduos não sabem ou não responderam (2.2%) - pertinente referir ainda que a faixa etária de maior ocorrência de vitimização é entre os 25 e os 54 anos (n= 5.341; 40.4%).

De forma geral, o perfil da vítima foi caracterizado por uma maior prevalência no sexo feminino (78%), sendo a média de idades os 40 anos. No que se refere às habilitações académicas, o ensino superior é o mais incidente (6.8%) e, no que concerne à relação com o autor/a do crime, 15.5% recai sob o cônjuge - sendo a mais preponderante. Todavia, é pertinente referir que a percentagem de indivíduos do sexo masculino tem vindo a aumentar (APAV, 2021). Sob uma perspetiva global, conclui-se que a taxa de prevalência mundial de violência sexual é significativamente heterogénea, atribuída nomeadamente à cultura e normas (Borumandnia et al., 2020). Em consequência dos estereótipos atribuídos a indivíduos do género masculino, vítimas de violência sexual, constata-se uma escassez e precariedade inerentes aos serviços psicológicos, uma vez que os psicólogos não possuem prática necessária para identificar e intervir em indivíduos do sexo masculino (Drummond, 2019). O mesmo é também evidente no que toca às minorias sexuais e de género, sendo considerado fulcral o desenvolvimento de estratégias preventivas eficazes (Martin-Storey et al., 2018).

Limitações

No decorrer deste estudo foram encontradas algumas limitações, entre as quais, a extensão do questionário, o acesso ao mesmo uma vez que só poderia ser preenchido por indivíduos com acesso à internet e a um dispositivo eletrónico. O facto da amostra ter sido recolhida por conveniência, estando presente o efeito bola de neve, resulta na heterogeneidade e falta de representatividade da amostra na população - sendo que existem mais indivíduos do sexo feminino e heterossexuais a responderem ao inquérito, é previsível que tal tenha influenciado os resultados. Os resultados provenientes da Escala de Violência Sexual podem ter a sua fundamentação no princípio da desejabilidade social. Foi ainda referido por alguns participantes o facto do questionário ser bastante longo, abordar temáticas mais sensíveis, sem qualquer aviso prévio - podendo funcionar como trigger de experiências anteriores.

Implicações

Propomos como sugestões, para investigações futuras, a recolha de dados provenientes de amostras mais representativas da população, através de meios facilitadores da divulgação do estudo, com o objetivo de desenvolver conhecimentos e competências de atuação para os profissionais de saúde.

Referências Bibliográficas

- APAV. (2021). *Estatísticas APAV: Relatório Anual 2021*. Disponível em: https://apav.pt/apav_v3/images/press/Relatorio_Anual_2021.pdf
- Atteberry-Ash, B., Walls, N. E., Kattari, S. K., Peitzmeier, S. M., Kattari, L., & Langenderfer-Magruder, L. (2020). Forced sex among youth: accrual of risk by gender identity, sexual orientation, mental health and bullying. *Journal of LGBT Youth, 17*(2), 193–213. <https://doi.org/10.1080/19361653.2019.1614131>
- Bhochhibhoya, S., Maness, S., Cheney, M., & Larson, D. (2019). Risk Factors for Sexual Violence Among College Students in Dating Relationships: An Ecological Approach. *Journal Of Interpersonal Violence, 36*(15-16), 7722-7746. doi: 10.1177/0886260519835875
- Borumandnia, N., Khadembashi, N., Tabatabaei, M., & Alavi Majd, H. (2020). The prevalence rate of sexual violence worldwide: A trend analysis. *BMC Public Health, 20*(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09926-5>
- Canavarro, M. C., Nazaré, B., & Pereira, M. (2017). Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18 (BSI-18). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, & L. Almeida (Eds.), *Psicologia clínica e da saúde: Instrumentos de avaliação*, 115-130. Editora Factor.
- Dikmen, H. A., & Cankaya, S. (2020). Associations Between Sexual Violence and Women’s Sexual Attitudes, Sexual Self-Consciousness, and Sexual Self-Efficacy. *Journal Of Interpersonal Violence, 36*(23-24), 11304-11326. doi: 10.1177/0886260519897339
- Drummond, P. (2019). What about men? Towards a critical interrogation of sexual violence against men in global politics. *International Affairs, 95*(6), 1271–1287. doi: 10.1093/ia/iiz178
- Fernández-Fuertes, A. A., Fenández-Rouco, N., Lázaro-Visa, S. & Goómez-Pérez, E. (2020). Myths about Sexual Aggression, Sexual Assertiveness and Sexual Violence in Adolescent Romantic Relationships. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*. doi:10.3390/ijerph17238744
- Hannan, S. M., Zimmnick, J. & Park, C. (2020). Consequences of Sexual Violence among College Students: Investigating the Role of PTSD Symptoms, Rumination, and Institutional Betrayal. *Journal Aggression, Maltreatment & Trauma, 30*(5), 586-604. <https://doi.org/10.1080/10926771.2020.1796871>
- Hilinski-Rosick, C. M., & Freiburger, T. L. (2018). Sexual Violence Among Male Inmates. *Journal of Interpersonal Violence, 36* (5-6). <https://doi.org/10.1177/0886260518770190>
- Martin-Storey A., Paquette G., Bergeron M., Dion J., Daigneault I., Hébert M., & Ricci S. (2018). Sexual violence on campus: Differences across gender and sexual minority status. *Journal of Adolescent Health, 62*, 701–707.
- Santamaría, A., Gerald, C., Chamorro, F., Herrera, V., Flores, H., Sandoval, I., Gómez, B., Harbar, E., Liriola, L., de León Richardson, R. G., Motta, J., & Moreno Velásquez, I. (2019). Social determinants of violence against women in Panama: results from population-based cross-sectional studies and a femicide registry. *International Health. https://doi.org/10.1093/inthealth/ihz116*



CAPITULO 20

A importância do ambiente arquitetónico escolar inclusivo na perturbação do espectro do autismo

Diana Baptista¹, Graça Esgalhado² & Miguel Santiago^{1,3}

¹Departamento de Engenharia Civil e Arquitetura, Universidade da Beira Interior

²Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior

³Investigador do CIAUD-UBI

Autor Corredente: Diana Baptista. E-mail: dianabatistad@gmail.com

Resumo:

A escola é o espaço primordial nos primeiros dezoito anos de vida de cada ser humano. Atendendo ao direito fundamental à educação de cada criança e jovem, independentemente da sua condição física ou mental, propõe-se esta investigação salientar a importância do meio construído, nomeadamente do ambiente escolar inclusivo, para o sucesso escolar e bem-estar de todos os alunos. Dá-se especial enfoque aos alunos que apresentam diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo (PEA). O estudo visa apreender como a luz/sombra, cor, materialidade, natureza, texturas e composição dos espaços, influenciam o modo como os alunos, autistas e não autistas, se sentem, trabalham ou vivem o espaço. Para suportar a investigação, recorre-se a casos práticos, seja de edifícios ou estudos realizados, que permitem: (1) a compreensão de como os fatores ambientais influenciam, positivamente ou não, os alunos com PEA; (2) a identificação das características arquitetónicas requeridas para criar e construir ambientes positivos, facilitadores de desenvolvimento e de aprendizagem. Os casos estudados evidenciam a importância de se privilegiarem formas regulares e simples, texturas homogéneas como as madeiras e aço escovados, tons pastel ou painéis de madeira natural nas paredes e caixilharias de cores neutras, iluminação natural e inclusão da natureza. Arquitetos, psicólogos e educadores deverão ter em consideração as características arquitetónicas dos espaços escolares inclusivos.

O Escola inclusiva e a perturbação do espectro do autismo

A escola é o espaço primordial nos primeiros dezoito anos de vida de cada ser humano. Atendendo ao direito fundamental à educação de cada criança e jovem, independentemente da sua condição física ou mental, propõe-se esta investigação salientar a importância do meio construído, nomeadamente do ambiente escolar inclusivo,



para o sucesso escolar e bem-estar de todos os alunos, através do estudo do modo como os fatores ambientais, espaço e forma, cor, luz, natureza e texturas, afetam a população em geral e, consequentemente, como afetam os que sofrem com a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA).

A Educação e as Escolas Inclusivas visam proporcionar que todas as crianças e jovens, independentemente das suas diferenças ou dificuldades, tenham acesso a uma aprendizagem que as considere, potenciando a pertença, o prazer, a valorização e a liberdade (Declaração de Salamanca, 1994; UNESCO, 1994). Também o Artigo 18º da Lei de Bases do Sistema Educativo de 14 de outubro refere que para que a criança com deficiência ou Necessidades Educativas Especiais (NEE) beneficie da inclusão nas escolas, é necessária a adaptação do currículo, recursos humanos adequados, instrumentos de avaliação, materiais de apoio e equipamentos tecnológicos (Art. 18º da Lei de Bases do Sistema Educativo de 14 de outubro). Para Morato (1996) é fundamental a parceria entre a escola e a sociedade para a inclusão de indivíduos com NEE, e segundo Rodrigues (2020), a inclusão é um valor transversal à escola (Rodrigues, 2020) (Oliveira, 2007). Os alunos, independentemente das suas qualidades ou dificuldades, devem estar embebidos no valor da inclusão, uma vez que não é um valor de alguns, mas antes algo transcendente a todos. Deste modo, o trabalho no âmbito da inclusão deve ser realizado com todos os estudantes, e não apenas com os jovens com NEE. Assim, toda a escola deve assumir-se como uma estrutura de inclusão de género, classes sociais, estatuto socioeconómico, e ao nível da promoção do sucesso educativo. Assim, é possível compreender que a escola inclusiva não tem que ver apenas com deficiência. Isso torna-se evidente através dos valores defendidos pela inclusão, dentre os quais se destacam a entreajuda, o combate a atitudes sexistas, racistas, entre outras atitudes negativas. Além de procurar diminuir a desigualdade, a escola tem de assegurar os direitos básicos das crianças, pois é na escola que se educa todo o tipo de pessoas e da melhor forma possível. Numa perspectiva de escola inclusiva, todos se inserem, o que significa que os alunos com NEE, como os autistas, devem ser incluídos, com adaptações que lhes permitam adquirir os conhecimentos e as competências necessárias e equivalentes às dos seus pares (Lal & Shahane, 2011).

O presente estudo foca-se na Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), que se estima que afete 1% da população mundial e cerca de 50 mil portugueses (American Psychiatric Association, 2014; Rasga, et al., 2020). A PEA é uma condição permanente, decorrente de alterações de desenvolvimento e maturação do Sistema Nervoso Central, o que resulta no funcionamento atípico das funções cognitivas e socio-comunicacionais, que pode manifestar-se, por exemplo, sob a forma de comportamentos sensoriomotores repetitivos (Lancet, 2018). Deste modo, o indivíduo autista apresenta dificuldades em sentir-se à vontade em certos ambientes, bem como em conciliar os padrões de comportamentos exibidos com os comportamentos socialmente aceites (Williams, Campi & Baranek, 2021). Estas dificuldades podem justificar-se pela disfunção sensorial que afeta o autista, que pode interferir com um ou mais sentidos em simultâneo, que podem assumir as modalidades hipo ou hipersensível, por exemplo, ser hipersensível ao som e hipossensível aos cheiros (Siemann, Veenstra-Vanderweele, & Wallace, 2020). As disfunções sensoriais manifestam-se nas modalidades sensoriais visual, auditiva, somatossensorial, olfativa, paladar, vestibular e proprioceptiva (Posar & Visconti, 2018) Estima-se que, em média, estas e outras disfunções sensoriais afetem mais de 85% dos autistas (Siemann, Veenstra-Vanderweele, & Wallace, 2020; Uljarević, Lane, Kelly, & Leekam, 2016). A



par da manifestação de comportamentos repetitivos e restritivos ou de rotina, de respostas hipersensíveis ou sensibilidade anormal, a ansiedade afeta cerca de 40% dos portadores de PEA. Esta pode ser desencadeada por diversos fatores, nomeadamente a imprevisibilidade que, para os autistas, constituem os comportamentos humanos e os espaços desconhecidos. Neste sentido, o comportamento humano e as características físicas do ambiente são fundamentais para o bem-estar dos indivíduos autistas (Black, et al., 2017; Williams, Campi, & Barenek, 2021), pelo que é fundamental compreender de que modo os fatores ambientais e o ambiente edificado influem no bem-estar e no quotidiano do autista. Este aspeto é particularmente interessante quando se pensa a escola, enquanto elemento físico e construído, como o espaço privilegiado para a inclusão. De facto, o ambiente construído representa um valor e facilita a interação, em especial, no caso dos autistas e dos alunos com NEE, uma vez que para o processo de ensino e aprendizagem, bem como para o desenvolvimento, é necessária a conjugação dos fatores humanos e do meio construído. Para que estes fatores possam contribuir para o bem-estar do aluno, é necessário que haja um ajustamento entre o espaço ou o ambiente e o próprio aluno. Esta adaptação é importante, pois a sua influência, positiva ou negativa, pode impactar, e muito, os alunos. Ao ambiente escolar podem ser atribuídos sentimentos e emoções, decorrentes dum experienciar que contribuirá para a formulação de uma ideia de escola. Deste modo, quando as experiências dos alunos se revelam negativas, a escola assume-se como um espaço no qual os alunos se sentem angustiados e desconfortáveis, sentimentos que influenciarão a sua aprendizagem, quer no contexto da sala de aula, quer no exterior (McAllister & Hadjri, 2013). De modo a compreender de que modo diferentes condições e ambientes despoletam reações e alterações comportamentais no ser humano e, conseqüentemente, no indivíduo autista, considerou-se essencial compreender de que modo como os fatores ambientais, a saber, o espaço e a forma, a cor, a luz, a natureza e as texturas, caracterizadores do espaço construído, afetam o quotidiano e as vivências humanas, e dos sujeitos com PEA.

Fatores ambientais: influência do espaço e forma, da cor, da luz, da natureza e das texturas.

A geometria do espaço afeta o modo como o ser humano o considera e formaliza. Segundo Shemesh et al. (2017), pela análise de quatro espaços diferentes, um espaço retangular, um esférico, um angular e um curvilíneo, concluiu-se que espaço retangular induziu nos utilizadores a sensação de segurança e de agradabilidade. Na verdade, a grande maioria dos espaços do quotidiano humano possuem esta forma, o que pode explicar as emoções ou sensações positivas vividas em espaços de igual geometria. (Shemesh, et al., 2017). Também para os sujeitos com PEA, o espaço é importante, em especial em momentos de grande tensão. Parece estabelecer-se uma profunda relação com o espaço, se lugar de conforto, e, portanto, também considerado como porto de abrigo, refúgio do mundo. Assim, consegue compreender-se que o espaço pode ser encarado de forma positiva pelos autistas, pois, quando familiar, desperta os sentimentos de proteção, paz, tranquilidade, pertença e refúgio. Para Baumers & Haylighen (2010), espaços de linhas simples, diretas e claras, são os que mais impactam, positivamente nos indivíduos com PEA. Efetivamente, a compreensão do espaço é vital para que o autista se possa posicionar no mundo, pois permite-lhe reestabelecer-se quando o seu equilíbrio é perturbado. Nesta relação indivíduo-ambiente, importa destacar o peso dos elementos



físicos que integram o espaço, pois podem desencadear uma relação de aderência, que poderá contribuir para a qualificação positiva do espaço. Quando surge uma interrupção da ordem e harmonia dos elementos espaciais, o autista entra em descompensação, e o espaço que até então era harmonioso e seguro, assume uma função de completo desconhecido, o que resulta em sensações de ansiedade, desconforto e insegurança. Esta percepção decorre de o autista conferir a cada espaço determinada função ou atividade. Desse modo, quando surge algum elemento que não pertença a essa função, ou a atividade praticada é alterada, o espaço adquire nova função, classificada como desconhecida e, como tal, negativa. Assim, é possível compreender a relevância do conceito da configuração espacial, bem como o peso e o significado que lhe é conferido pelo autista (Baumers & Haylighen, 2010).

As cores também têm grande influência no quotidiano humano. Por exemplo, as cores das paredes, roupas e objetos parecem influenciar as emoções humanas, no modo como se sente no espaço e, até mesmo, o modo como se consome comida e bebida. Esse facto é evidenciado por um estudo levado a cabo pela Architectural Digest Home Design Show, em Nova Iorque, realizado no ano de 2006, onde se concluiu que, espaços iguais, mas de cores diferentes, produziam alteração da atividade cardíaca e no modo como as pessoas estavam no espaço, conviviam, consumiam alimentos ou bebidas (Sternberg, 2010).

As cores também têm efeitos psicológicos nos autistas. As cores suaves e luminosas, são preferidas. No entanto, os seus benefícios variam de autista para autista. De forma geral, o azul induz à calma, o amarelo-claro acalma a mente, o amarelo brilhante é sobre estimulante e demasiado reflexivo, o vermelho estimula a mente, o apetite e a circulação sanguínea, o verde encontra-se ligado à natureza e à inspiração, e atua como suavizante, o laranja resulta em perturbação e sobre estimulação e, por fim, o rosa-claro atua também como calmante e suavizante. Diversos estudos sugerem que as cores pastel - matizes de azul-claro, verde suave ou roxo pastel - são indicadas para a PEA, pois os autistas requerem ambientes calmos e, por conseguinte, estas são as cores ou os matizes que melhor cumprem tais requisitos. Ressalva-se o facto de o branco, embora considerada como cor neutra, não dever ser usada, por si só, devido a possibilitar a reflexão da luz em demasia, o que poderá despertar a hipersensibilidade do autista à luminosidade. Por outro lado, o branco pode também encontrar-se associado aos gabinetes médicos dos psiquiatras ou dos psicólogos (Shareef & Farivarsadri, 2019).

A luz é outro fator que é vital para o bem-estar humano. Estudos que comparam a qualidade de vida de cidadãos de países mediterrâneos com a dos nórdicos, põem em evidência a importância do efeito da luz natural. Nos países nórdicos existem maior taxas de depressões e suicídios, diretamente ligados aos longos períodos de privação solar. Note-se que os primeiros recebem abundante radiação solar, em oposição aos segundos, cuja radiação solar é escassa. Este aspeto tem apontado uma relação de causalidade entre a baixa exposição solar e uma crescente taxa de suicídios ou depressões, que se manifestam, de forma bem mais substancial no segundo grupo de países, quando comparados com os primeiros (Sternberg, 2010).

De todos os tipos de iluminação, a luz natural é, sem dúvida, a mais vantajosa e benéfica para o ser humano, uma vez que a exposição solar tem propriedades de regeneração e cura (Fonte Nunes, 2018). Para os sujeitos com PEA, a iluminação natural também é a preferida, sempre com a opção de ser ocultada, de modo a não ser ativada a



hipersensibilidade. Nos casos em que é necessária a iluminação artificial, vários estudos apontam que a melhor opção é a iluminação de espectro total, uma vez que é mais suscetível de diminuir as reações de sensibilidade (Shareef & Farivarsadri, 2019).

O ser humano é afetado pelo meio natural. Tem vindo a ser provado que, quando expostos a ambientes naturais, os humanos tendem a desenvolver, de forma automática, uma resposta emocional positiva. Talvez esta resposta seja condicionada pelo facto de, desde as primícias da humanidade, ter havido o contacto muito direto com o meio natural. Por esse motivo, não é de estranhar o estreito desenvolvimento da relação entre o ‘Ser humano e a Natureza’ (Twedt & Rainey, 2016). A ideia transmitida pelo Building Bulletin (1992) defende que a aprendizagem num ambiente exterior pode conferir às crianças uma experiência estimulante, bem como influenciar o seu comportamento e o desenvolvimento das suas relações sociais. Os jardins oferecem um ambiente dinâmico, impregnado de diversas oportunidades de aprendizagem (Gaudion & McGinley, 2012). Nesse sentido, destaca-se o importante papel, bem como a grande influência dos jardins sensoriais para os autistas, que segundo a Learning Trough Landscaping, são peça fundamental para a educação de alunos com NEE (Hussein, 2012). O jardim fornece o espaço ideal para que o autista possa melhorar significativamente a sua qualidade de vida, pois proporciona-lhe a capacidade de fazer escolhas, de desenvolver a autonomia e aptidões sociais através da quebra de rotinas, permitindo a participação em atividades de lazer e a contemplação do meio natural. Estas atividades possibilitam o relaxamento, enquanto impulsionam a capacidade de interação social.

As texturas são outro dos fatores a considerar na análise das características dos espaços ambientais. O ser humano manifesta preferência por objetos ou superfícies de texturas mais homogêneas. De acordo com o estudo de Nagano, Okamoto e Yamada (2013), aspetos visuais, tais como o brilho ou a forma da superfície, são os mais importantes e os que mais afetam a procura de informação tátil proveniente das texturas, a do grau de secura e o do grau de viscosidade. Com respeito a texturas amadeiradas, o estudo conduzido por Bhatta, Vahtikari, Hughes, e Kytä (2017) revela que superfícies lixadas e escovadas produzem sensações de agradabilidade, calma, conforto e relaxamento. Em oposição, superfícies envernizadas ou enceradas revelam-se como irritadiças, tendendo a causar algum desconforto, no caso das envernizadas, e estimulação, no caso das enceradas. Deste modo, é possível concluir que as texturas das superfícies dos objetos e dos materiais são capazes de despertar no ser humano sensações, emoções, bem como sentimentos. No que diz respeito à especificidade da PEA, Antunes e Vicentini (2005) concluíram que, devido ao défice sensorial, alguns jovens autistas não respondem às texturas, e que, de modo geral, texturas mais homogêneas são as mais agradáveis ao toque. Superfícies extremamente polidas ou texturadas podem desencadear reações de sensibilidade, sendo consideradas como demasiado estimulantes e, como tal, acabam por ser evitadas ou mesmo repudiadas. Neste domínio, o desenvolvimento do Tapete Sensorial, permitiu promover o desenvolvimento da integração sensorial, uma melhor organização de respostas e uma maior interação com o mundo que os rodeia.

Em suma, é evidente a influência dos fatores ambientais no quotidiano humano e também na vivência do próprio autista. Espaços escolares projetados para a inclusão de alunos com PEA deverão incluir as características acima descritas. Também a análise de casos de estudo selecionados permite contribuir para a identificar respostas arquitetónicas inclusivas para a PEA.



Respostas arquitetónicas inclusivas: casos de estudo

O primeiro espaço escolar é a Whitton School, concebido pelo gabinete de arquitetura GA Architects, em 2008 em Twickenham, Inglaterra. Idealizada para responder às necessidades de 15 alunos com PEA, a Whitton School surge como um complemento à Twickenham Academy. É composta por três salas de aula, uma sala sensorial, espaço de socialização e instalações auxiliares. No projeto da Whitton School destacam-se três características de relevo para a PEA: a área social, a sala sensorial e a natureza. Conforme anteriormente explicitado, a socialização é um dos principais déficits dos autistas. Assim, uma estruturação do espaço físico que promova interação social pode trazer benefícios terapêuticos e criar condições para a participação social. A estruturação e a localização deste tipo de espaço na escola propiciam a existência de tal interação, uma vez que a área social é facilmente acedida e acaba por funcionar como ponto de confluência, uma vez que o acesso às salas de aula, à sala sensorial ou ao jardim obrigam ao seu cruzamento.

O segundo espaço escolar é a Advance School for Developing Skills of Special Needs Children. Foi concebida pela arquiteta Magda Mostafa, e é o primeiro edifício escolar projetado de acordo com a Teoria do Design Sensorial, que visa contribuir para o controlo dos estímulos. Localiza-se no Cairo, Egito, e ainda se encontra em construção. A escola tem a capacidade de acolher 100 alunos com Perturbações do Espectro do Autismo e é constituída por espaços de educação, terapia, instalações de comunidade e um centro de assistência à vida diária. No projeto da escola encontram-se presentes os fatores ambientais acima enumerados. Organiza-se em quatro áreas principais, as zonas de alta e baixa estimulação, a zona de transição e os percursos. A zona de alta estimulação compreende os espaços de terapia e de diagnóstico; a zona de baixa estimulação comporta as salas de aula, a zona de transição contém o jardim sensorial e os percursos correspondem aos trajetos, interiores e exteriores.

Conclusões

Com base na análise dos tipos de espaços incluídos nos projetos das duas escolas observadas, conclui-se que o ambiente construído e projetado, bem como todo o espaço que o envolve, visa dar resposta às necessidades de desenvolvimento e de aprendizagem dos estudantes com PEA. A escola tem uma função vital na promoção do desenvolvimento dos estudantes, e neste processo não só está implicada toda a comunidade educativa, como a própria arquitetura do edifício. Neste estudo, incide-se sobre a relevância de, ao projetar-se um espaço escolar, se terem em consideração as variáveis físicas como a cor, luz/sombra, materialidade, exposição à natureza, texturas, e composição física do espaço, que interferem com o desenvolvimento e a aprendizagem de todos os alunos, incluindo os que apresentam especificidades no aprender, nomeadamente os que têm diagnóstico de PEA. Para estes alunos, a identificação das características arquitetónicas requeridas para criar e construir ambientes positivos, facilitadores de desenvolvimento e de aprendizagem envolvem o privilegiar de formas regulares e simples, texturas homogêneas como as madeiras e aço escovados, tons pastel ou painéis de madeira natural nas paredes e caixilharias de cores neutras, iluminação natural e inclusão da natureza.

Implicações



Arquitetos, psicólogos e educadores deverão ter em consideração as características arquitetônicas dos espaços escolares inclusivos. Contudo, para que tal seja possível, é primordial que os arquitetos sejam sensíveis, prontos para tentar compreender a problemática da PEA, e que a sua formação científica os habilite a criar espaços que sejam inclusivos e que promovam a inclusão de todos. Uma arquitetura de todos e para todos. Estes espaços físicos ajustados às características de aprendizagem de quem os utiliza para se desenvolver e aprender, e também de quem ensina, facilitam a adoção das metodologias de ensino, com recurso a modelos de ensino como o TEACCH ou o ABA, que podem, não só estimular, mas também empoderar os alunos com NEE e com Autismo.

A inclusão torna-se possível pela interdisciplinaridade de áreas científicas como a arquitetura, psicologia, pedagogia, psiquiatria, que em conjunto tornam possível criar um ambiente salutar e de aprendizagem.

Referências

- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5^a ed.)*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Antunes, E. S., & Vicentini, C. R. (2005). Desenvolvendo a Sensibilidade Sensorial Tátil em Portadores de Autismo Infantil Através do "Tapete Sensorial" - Estudo de Três Casos. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 13(1), 47-52.
- Baumers, S., & Haylighen, A. (2010). Beyond the Designers' View: How People with Autism Experience Space. *Design and Complexity - DRS International Conference 2010*. Bélgica: Katholieke Universiteit Leuven .
- Bhatta, S. R., Vahtikari, K., Hughes, M., & Kytä, M. (2017, Fevereiro 13). Sensory and Emotional Perception of Wooden Surfaces Through Fingertip Touch. *Frontiers Psychology*, 1-12.
- Black, K. R., Stevenson, R. A., Segers, M., Ncube, B. L., Sun, S. Z., Philipp-Muller, A., . . . Ferber, S. (2017, maio 23). Linking Anxiety and Insistence on Sameness in Autistic Children: The Role of Sensory Hypersensitivity. *J Autism Developmental Disorder*, pp. 2459-2470.
- Correia, A. M., & Fernandes, P. (2019). A Educação Especial e Inclusiva em Portugal. In L. C. Silva, C. F. Reis, & W. F. Silva, *Educação Especial e Inclusão Educacional: evidências e esmaecimentos na formação dos professores (1 ed., pp. 9-23)*. Navegando.
- Gaudion, K., & McGinley, C. (2012). *Green Spaces: Outdoor Environments for Adults with Autism (1^a ed.)*. Londres: The Helen Hamlyn Centre for Design, Royal College of Art.
- Hussein, H. (2012). The Influence of Sensory Gardens on the Behaviour of Children with Special Educational Needs. *Procedia - Social and Behavioural Sciences*, 38, 334-354.
- Lal, R., & Shahane, A. (2011). TEACCH Intervention for Autism . In T. Williams, *Autism Spectrum Disorders - From genes to Environment (pp. 169-190)*. Rijeka, Croatia: InTech.



- Mcallister, K., & Hadjri, K. (2013, maio). Inclusion and the Special Education Needs (SEN) resource base in mainstream school: physical factors to maximise effectiveness. *Support for Learning*, 28(2), 57-65.
- Nagano, H., Okamoto, S., & Yamada, Y. (2013). Visual and Sensory Properties of Textures that Appeal to Human Touch. *International Journal of Affective Engineering*, 12(3), 375-384.
- Nunes, A. J. (2018). Gardens and Landscapes Therapeutic gardens for patients with tuberculosis in the sanatoria of the Greater Lisbon area (1870-1970). *Gardens and Landscapes Portugal*, 39-55.
- Oliveira, A. J. (2007, maio 11). Princípios para uma Escola Inclusiva. *Terra Nostra*.
- Posar, P., & Visconti, A. (2018, julho-agosto). Sensory Abnormalities in Children with Autism. *Jornal de Pediatria*, 94, pp. 342-350.
- Rasga, C., Santos, J. X., Café, C., Oliveira, A., Duque, F., Nunes, A., . . . Viente, A. M. (2020). Prevalência da perturbação do espectro do autismo na região Centro de Portugal: um estudo no âmbito do projeto ASDEU. *Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP(27)*, pp. 47-51.
- Rodrigues, D. (2020, junho 17). 15º Encontro Digital Leya Educação - Existe Educação Inclusiva Remota? E o futuro? Portugal: Leya Educação Portugal.
- Ryan, C. S. (2011). Applied Behaviour Analysis: Teaching Procedures and Staff Training for Children with Autism. In T. Williams, *Autism Spectrum Disorders - From genes to Environment* (pp. 191-212). Rijeka, Croatia: InTech.
- Shareef, S. S., & Farivarsadri, G. (2019). The impact of colour and light on children with autism in interior spaces from an architectural point of view. *International Journal of Arts and Technology*, 153-164.
- Shemesh, A., Talmon, R., Karp, O., Amir, I., Bar, M., & Grobman, Y. J. (2017). Affective Response to Architecture: investigating human reaction to spaces with a different geometry. *Architectural Science Review*, 60(2), 116-125.
- Siemann, J. K., Veenstra-Vanderweele, J., & Wallace, M. T. (2020, julho 18). Approaches to Understanding Multisensory Dysfunction in Autism Spectrum Disorders. *International Study for Autism Research and Wiley Periodicals*, pp. 1-20.
- Sternberg, E. M. (2010). *Healing Spaces: The Science of Place and Well-Being*. Massachusetts: Universidade de Harvard.
- Twedt, E., & Rainey, R. M. (2016, fevereiro 11). Designed Natural Spaces: Informal Gardens are perceived to be more restorative than Formal Gardens. *Frontiers in Psychology*, 7(88), 1-10.
- Uljarević, M., Lane, A., Kelly, A., & Leekam, S. (2016). Sensory Subtypes and Anxiety in Older Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder. *International Society for Autism Research*, pp. 1-6.
- Vichessi, B. (2019, junho 16). Autismo: conheça o TEACCH®, um programa para melhorar a comunicação de crianças com autismo. Retrieved from Nova Escola: <https://novaescola.org.br/conteudo/17625/autismo-conheca-o-teacch-um-programa-para-melhorar-a-comunicacao-com-criancas-autistas?imprimir=truevoltar=/conteudo/17625/autismo-conheca-o-teacch-um-programa-para-melhorar-a-comunicacao-com-criancas-autistas?impr>



CAPITULO 21

A Psicologia pode ajudar a criar um mundo melhor

Maria Jorge Ferro¹; Laura Ferreira²; Andreia Nunes³; Rita Pinto⁴; Isabel Dantas⁵; Inês Rodrigues⁵; Alexandra Ramos⁶; Mariana Miranda⁷; Inês Costa⁷

¹Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação;

²APAV, Paços de Ferreira, FPCEUC;

³CAFAP Coimbra, FPCEUC;

⁴CH Tâmega e Sousa, UH de São Gonçalo, FPCEUC;

⁵Casa da Infância Doutor Elísio de Moura, FPCEUC;

⁶Comunidade Projeto Homem, Abrantes, FPCEUC;

⁷GAV/DIAP-UMAR Coimbra, FPCEUC.

Autor Corredente: Maria Jorge Ferro. E-mail; mariajorgef@fpce.uc.pt

Resumo:

Compreender a preparação universitária como um tempo especial de fundamentação de quem se vai ser enquanto profissional. Propomo-nos trazer os dados recolhidos em sessões de supervisão de estágios em diferentes locais de implicação da psicologia clínica e da saúde (Modelo Sistémico – APAV, CAFAP, CAT, GAV, CH, CT). Método: Princípios da abordagem das narrativas biográficas (Ferraroti). Oito estudantes, em sessões semanais, seguindo uma lógica de partilha de ressonâncias pessoais assentes em pontos de/para a compreensão de casos. Análise das reflexões baseada na possibilidade de construção de teoria assente nos dados; na interpretação após categorização; proposta de uma componente nova de sustentação da formação humanista no ensino superior em Psicologia. Resultados: As sessões como tempos de partilha e de entrega de si; como exposição da pessoa que se confronta com os sofrimentos de outrem; um agir em nome do apoio ao desenvolvimento de alguém de acordo com o princípio básico da beneficência e não maleficência. Partilhas de histórias e considerações e propostas de interpretação, análise e planificação de estratégias de acompanhamento: clareza, rigor e respeito por cada princípio definido no Código, mas também consideração pelo potencial de maior riqueza de possibilidades de trabalho e modalidades de condução das sessões reais voltadas para o objetivo maior do apoio à saúde e sustentação do potencial de desenvolvimento das pessoas. Conclusão: Ser profissional da Psicologia implica estar em permanente disponibilidade para aprender e conhecer mais e melhor as especificidades humanas. Esta investigação, assente na reflexão pessoal e na partilha regular de ressonâncias veio mostrar a urgência da criação de serviços de apoio/acompanhamento não só de estudantes ao longo da formação académica, mas também de profissionais que,



ao longo das suas carreiras precisam encontrar um lugar seguro onde refletir angústias, dúvidas e melhores hipóteses de trabalho.

Introdução

A questão e o ponto de partida

A Psicologia no mundo atual, como a própria ideia de mundo ou de humano, vive desafios cada vez mais inesperados, talvez, mas procura encontrar a melhor resposta a cada novo momento de viragem social e do conhecimento, tal como sabemos, desde o processo que conduziu, na História, ao reconhecimento da sua cientificidade.

A contemporaneidade pauta-se pela experiência de mudança súbita e de um acumular de contextos de incerteza que importa ter como pano de fundo para o questionamento e a reflexão que subjaz a este texto. A nível mundial, desde, talvez, a radicalização dos discursos políticos e da vivência de períodos de profunda incerteza sobre tudo e todas as anteriores regularidades das vidas, vem mostrar a necessidade profunda de encontrar profissionais com preparação para lidar com estes mesmos desafios, contribuindo com as suas grelhas de leitura para a minimização dos problemas, do mal-estar sentido pelas pessoas e populações, no reforço de serviços de resposta às mais diversas solicitações humanas.

Acresce a esta constatação da urgência do saber e do saber fazer Psicológico, a ponderação acerca da formação inicial de profissionais e a preparação Humana destas mesmas pessoas que, antes de serem psicólogas ou psicólogos são, como qualquer uma ou um, indivíduos com as suas características pessoais e de personalidade, as suas idiossincrasias e as suas próprias demandas vitais.

Numa das edições da Harvard Magazine (March-April, 2014), podemos ler uma reflexão da Professora Drew Faust quando lembrava que “Understanding derives from both what is measurable and what is unmeasurable... Education must encompass all of these as it seeks to fashion not just employees and employers, but human beings who can help create a better future—for themselves and for the world.” A preparação para a profissão em Psicologia, na sua vertente clínica, tem de assegurar o respeito pela pessoa, pelo ser humano que é cada profissional, nas suas características próprias, suas idiossincrasias, seus esquemas pessoais de apropriação e compreensão do Humano. Tem também de ensinar a compreender e integrar a compreensão das circunstâncias de cada público, da vida, dos problemas reais das pessoas com quem lida e das pessoas (indivíduos e/ou grupos) com quem se confronta num primeiro tempo de ligação à atividade no ano de estágio curricular.

No ano letivo 2022/23, pudemos trabalhar em sessões semanais de acompanhamento de realidades de intervenção bastante dispare (como sejam a Associação Portuguesa de Apoio a Vítimas – APAV, um Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental – CAFAP, um Centro Hospitalar, uma Casa de Acolhimento Temporário de Crianças e Jovens, uma Comunidade Terapêutica, ou um Gabinete de Apoio a Vítimas na dependência direta de um Departamento de Investigação e Ação Penal – DIAP). Qualquer destes locais proporciona a cada estudante o contacto com situações muito tensas e de



profunda necessidade de uma visão integradora e multifatorial do ser humano: sendo impossível cumprir um programa predeterminado de ação, uma rotina de intervenção ou um plano de acompanhamento em sessões estruturadas e formuladas de acordo com um protocolo de interpretação e ação clínica ou pedagógica, como podem as estudantes em situação de estágio, num primeiro ano de imersão na realidade da ação psicológica, saber como integrar a sua escola de formação e a realidade da vida das pessoas que encontram em cada local de trabalho? Que ressonâncias pessoais emergem e como podem estas ser utilizadas para o desenvolvimento pessoal e a qualidade da formação teórica e pré-profissionalizante?

Como pode a formação académica responder a esta provável espiral de grandes mudanças sociais? Estará a academia a garantir as condições de suporte e resposta a estes jovens grupos de estudantes que acabam de finalizar os seus graus universitários e/ou são candidatos à profissão? De que modo e qual a perceção desta exigência e deste suporte terão as pessoas agora em fase final de mestrado, por exemplo?

Propomo-nos um trabalho de diálogo entre teoria (objetivos definidos nos documentos legais/académicos e ou legislados para a profissão) e dados de narrativas pessoais, ponderando o que se aprende e como se aprende; o que se pode fazer e como; e, finalmente, onde implementar o aprendido como modo de trabalhar junto de pessoas e grupos.

Apresentamos então os dados que decorrem de narrativas biográficas profissionais de 8 jovens estudantes, em início das suas vidas enquanto futuras profissionais em Psicologia. Refletem-se dilemas e propõem-se estratégias de resposta a algumas das dificuldades percebidas pelas trocas de saberes e estratégias ou modalidades de intervenção que confrontam os saberes teóricos anteriores e as solicitações da “vida real”. “O mundo está a aproximar-se velozmente do fim” terá dito o arcebispo Wulfstan, em York (Reino Unido), em 1014, lembrava-nos Giddens (2000, p.15), o mundo, obviamente, continua e, a vida, como também a conhecemos, vai mudando, pois, as circunstâncias, as exigências, as possibilidades vão sendo outras; ou, numa ideia apenas, os desafios são sempre “outros”. Há o saber estruturado que se pode medir e há o saber sentido, que se tem de refletir. Se procuramos construir um mundo melhor, o saber da Psicologia pode e deve estar na linha de arranque do pensamento acerca do que falta e do que pode ser construído em nome de um valor comum maior: a Vida plena e o cumprimento do potencial de desenvolvimento de cada indivíduo.

Determinantes legais

O EuroPsy

É o documento que, na Europa, define as linhas de competências que cada pessoa com formação em Psicologia deve seguir na sua ação profissional e ao longo da carreira, no exercício das suas funções. Tem em consideração linhas gerais de atuação enquanto profissional e pondera aspetos éticos ou, como no próprio documento, de “conduta ética”. Este sistema de certificação visa ainda a formação ao longo da vida, assenta na ideia da importância do desenvolvimento contínuo dos saberes e das práticas de quem se envolve



no exercício de funções que se dirigem a um público especial: qualquer pessoa ou grupo que procure desenvolver-se com o auxílio de alguém capaz desse lugar de suporte.

No Meta-Código Ético que deve ser assumido para a obtenção deste certificado, podemos ler que uma pessoa, no exercício desta profissão, deve esforçar-se “para ajudar o público no desenvolvimento de juízos e escolhas informadas relacionadas com o comportamento humano...” (Europsy, 1995/2005), visam poder por ao serviço das pessoas e comunidades o seu saber e as suas contribuições “para melhorar a condição do indivíduo e da sociedade.” (op. cit.).

Os princípios éticos que subjazem à prática psicológica são claros na sua formulação. Importa reter as suas linhas gerais:

(i) Respeito pelos direitos e dignidade das pessoas – respeito pela pessoa enquanto sujeito de direitos e dignidade; respeito pela sua privacidade e pela confidencialidade que suporta o estabelecimento da relação de confiança imprescindível a qualquer ação psicológica; o consentimento informado e a liberdade de consentimento; e o respeito pela autodeterminação de cada indivíduo. (ii) Competência – Desde logo em termos de consciência ética; pelo reconhecimento dos limites dos procedimentos e do saber a cada momento; apostar no desenvolvimento contínuo, reconhecer qualquer incapacidade e assumi-la se assim for o caso. (iii) Responsabilidade – em respeito por si e pela profissão; pela promoção da qualidade dos serviços prestados e para evitar qualquer eventual dano; assumir uma condição de continuidade no apoio ou cuidado ao Outro; considerar a responsabilidade alargada em cada ação; contribuir para a resolução de conflitos. (iv) Integridade – desde logo ponderando o reconhecimento das limitações próprias; a honestidade e a precisão como valores intrínsecos a cada ação ou conclusão após estudo ou contacto de trabalho; capacidade de abertura e expressão clara de ponderações próprias; reconhecimento de quaisquer conflitos de interesses, seu evitamento ou solução e a capacidade de trabalho em equipa, com a referência também à apreciação honesta e direta de trabalho ou intervenção de colegas.

Objetivos de acordo com a OPP

Contribuir para a compreensão e reconhecimento da Psicologia como área científica e de serviço às pessoas e comunidades nos seus diversos contextos é um dos focos da Ordem profissional em Portugal. A campanha “Psicologia, Ciência com evidência” (OPP, 2023) é disso prova e no site da OPP pode ler-se: “... facilitar o aumento da Literacia em Saúde Mental e os processos informados de tomada de decisão em Saúde, mobilizando comportamentos pró-sociais e pró-saúde, prevenindo e promovendo a Saúde Mental e o bem-estar...”. Este objetivo só poderá ser alcançado se, à partida, cada profissional da área estiver em condições de bem-estar geral e, especialmente no que à saúde mental diz respeito, que possa colocar-se de facto ao serviço das pessoas e grupos com quem deve trabalhar. Esse garante de qualidade de vida começará ainda antes da carteira profissional ser alcançada. Por isso, este trabalho assente na revisão de leituras e levantamento exploratório de pontos para reflexão sobre o contexto da formação em Psicologia, parece-nos merecer uma atenção rigorosa, que permita construir pontes entre as definições legais e/ou teóricas dos documentos exarados pelas diversas entidades envolvidas na preparação profissional de pessoas, visando aprofundar e sustentar o respeito pela identidade e qualidade geral da saúde mental de cada um e cada uma desses indivíduos enquanto



estudantes em preparação para uma profissão que se quer capaz de sustentar, apoiar, acompanhar e auxiliar no desenvolvimento global da vida humana.

Objetivos de acordo com a Faculdade e a formação oferecida pelas instituições de ensino superior – o caso da UC

Como objetivos de aprendizagem e competências a desenvolver, a página da Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra deixa ler que a formação “visa também promover o pensamento crítico e a capacidade de equacionar problemas de investigação e intervenção no domínio da psicologia (...) o desenvolvimento pessoal e sociocultural (...) num mundo marcado pela diversidade. (...)” (página eletrónica FPCEUC, cf. DL n°74/2006, 24 de março).

Ao nível dos estudos de 3º Ciclo, na mesma página do sítio eletrónico da Universidade pode ler-se que é também objetivo desta fase de trabalho “contribuir para o desenvolvimento de uma sociedade baseada no conhecimento.”.

Para compreender a preparação universitária como um tempo especial de fundamentação de quem se vai ser enquanto profissional, propomo-nos trazer os dados recolhidos em sessões de supervisão de estágios em diferentes locais de implicação da psicologia clínica e da saúde, de acordo com o Modelo Sistémico e os Modelos Humanistas, em diversos locais de intervenção (a saber: um centro da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima – APAV, um Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental – CAFAP, uma Casa de Acolhimento Temporário – CAT, um Gabinete de Apoio a Vítimas – GAV, um departamento de Psicologia e Psiquiatria de um Centro Hospitalar – CH, uma Comunidade Terapêutica – CT).

Método

Foram considerados os princípios da abordagem das narrativas biográficas de Ferraroti (2013) e do modelo de pesquisa do método narrativo interpretativo biográfico. Neste trabalho de recolha de informação colaboraram oito estudantes, em sessões semanais, com duração de duas horas cada, seguindo uma lógica de partilha de ressonâncias pessoais assentes em pontos de/para a compreensão de casos: como cada história afeta e é interpretada à luz dos princípios da formação inicial; da escola de psicologia que assegura a identidade profissional de cada futura clínica, por exemplo, mas também o modo como cada caso encontra lastro na identidade de cada estudante. A análise das reflexões baseou-se nas possibilidades de construção de teoria assente nos dados, na interpretação após categorização aberta, axial e categorial conforme princípios da Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1967), para a proposta de uma componente nova de sustentação da formação humanista no ensino superior em Psicologia.

Dados e Discussão

Do grupo de estudantes em situação de estágio curricular em 2022/23, considerámos um grupo constituído por 8 indivíduos do sexo feminino (P1 a P8 nos excertos em dados),



com idades entre os 22 e os 27 anos, que escolheram a formação em Psicologia na UC (após frequência de outros cursos – 3; para concluir o 2º Ciclo ou o nível de Mestrado – 1; como opção assumida desde o 1º Ciclo – 4) em duas áreas de especialização: O Modelo Sistémico (6 participantes) e a Educação, Desenvolvimento e Aconselhamento (2 participantes). As sessões de trabalho decorreram entre outubro de 2022 e maio de 2023.

Impressões gerais

Sentimentos quase conflituantes: “*é um alívio estar a concluir*”, “*é uma angústia não saber o que poderei fazer a seguir...*”, “*sinto um misto de emoções*” (2). Do “*medo de errar*” (1) à possibilidade de agir sob supervisão e em autonomia reconhecendo a “*liberdade para participar nos atendimentos... para partilhar a minha opinião nas reuniões de equipa... relativamente à intervenção...*” (1), “*sinto que estou a evoluir, sempre a evoluir.*” (3). “*O culminar de quatro anos de formação (teórica) põe-nos à prova e obriga à procura constante de novas versões de mim mesma...*” (4). A partilha de “*ressonâncias pessoais relacionadas com toda a experiência*” e a sua ligação a “*expectativas e objetivos relativos aos próximos meses*” (5) como dados a considerar na própria estrutura de formação.

“*A expectativa do contacto com a realidade e a sua concretização no final do percurso... e poder aprender com profissionais no terreno*” (6) em quase contraponto ao aprendido no formato meramente teórico. “*Há histórias que nos geram grandes dúvidas...*”; “*lidar com o sofrimento de utentes, mas também com a impressão de incapacidade de ação ou de proteção das pessoas, são algumas das solicitações (ou angústias) que se sentem no dia-a-dia...*” (7). A Psicologia como uma área de saber e trabalho que pode fazer cada pessoa “*Sentir-(m)se posta em causa... ter de dominar as próprias reações.*” (8). Esta impressão de ter de saber como lidar consigo mesma antes de poder trabalhar com O Outro como um dado crucial.

O que se aprende e como se aprende

“*as grandes conquistas alcançam-se com pequenos passos...*” (1). Durante a vida de estudante, antes do ensino superior e, especialmente, até ao momento de saída para o mundo do trabalho, pode ter-se a impressão de saber o que esperar e conhecer suficientemente bem qualquer contexto ou enquadramento dos dias e tarefas, mas “*as minhas expectativas não estavam a corresponder à realidade... sentia-me desmotivada.*” (1) Por outro lado, após uma escolha fundamentada de um local para a iniciação à profissão, o poder intervir “*numa das áreas com que mais me identifico...*” (2) pode variar entre ter contacto com “*casos mais pesados, particularmente difíceis... por isso a escolha deste local de trabalho*”, passando pela constatação de um quase desequilíbrio “*fiquei um pouco perdida... intervir sem uma relação terapêutica tão estruturada (quanto o aprendido no Modelo)...*” (3) que se experimenta sustentado pela rede de apoio formal que é, ainda, a frequência do Mestrado. De todo modo, a situação é outra e, quando em contexto real, “*lembra-nos da injustiça... do que é necessário fazer, do pragmatismo para que a segurança seja garantida...*”; importa ter sempre em conta “*as visões múltiplas... presentes em todos os cenários*”, isto não se aprende apenas em teoria. (4)

Isto é, conclusão de um grau académico compõe-se de muito mais que o teoricamente trabalhado: como a vida, aprender é “*enriquecedor a vários níveis...*” as práticas, em psicologia, “*que pensava conhecer bem ... percebi muito rapidamente que, na verdade, a*



clínica é muito mais do que eu sabia.” (5), mas cada contexto é uma oportunidade de trabalho com a possibilidade de encontro com “indivíduo e comunidade” (6) desde que vista como um desafio ao diálogo entre aprendido pela literatura e o agido na intervenção visada. “Em teoria, temos conhecimento sobre os processos (todos)... nos contextos de desenvolvimento, na dita normalidade... aprendemos primeiro e devemos saber fazer como aplicação?” (7). Resumidamente, “a ação concreta põe à prova a própria teoria...” (8).

O que se pode fazer (ou sobre como agir)

A etapa final na Universidade deixa antever desejos de ação: “queria colocar em prática o que tinha aprendido... não estava a conseguir concretizar isso” (1), por vezes dificilmente encontrados: “não sentia a realização pessoal e profissional que tinha projetado...” (2). Nestes casos, procurar uma possibilidade de contacto com “uma equipa multidisciplinar... e de articulação entre vários sistemas...” (3) permitia reconhecer momentos chave no contacto com as pessoas ou grupos que se acompanha(m): “o primeiro atendimento... como um ponto crucial de recolha de informação... para a avaliação (de risco, por exemplo)” (4).

Depois de 12 anos de escolaridade obrigatória, a escolha de uma formação superior implica a pessoa de forma indelével, o final desta poem-na à prova: “Enfrentei mais desafios... mudanças com impacto no meu percurso... vi novas formas de trabalhar... adquirir muitas outras competências!”, “ganhei em autonomia.” (5). A realidade do chamado mundo do trabalho ou a proximidade imediata da idade ativa tem a ganhar se se reconhecer a importância da “paciência...” (6), do saber ponderar avanços e recuos no trabalho com as populações, mas também o “profissionalismo, empatia, compaixão, humanismo, criatividade...” (6). Seja como for, “haverá sempre situações para as quais parecerá que não se está preparada.” (7). Situações em que a primeira pergunta pode vir a ser “como agir? Como podemos dirigir-nos a alguém em risco?...”. Finalmente, “compreender que toda a gente, cada pessoa à sua maneira, pode estar/está em risco... algum tipo de risco... nós também.” (8)

E o futuro? Como implementar o aprendido

Assumir a formação ao longo da vida é um dos objetivos de qualquer entidade formadora, as universidades, a Ordem profissional, o definido no acesso ao EuroPsy, o Diploma Europeu de Competências (este mesmo que tem de ser renovado periodicamente). “Não se aprende tudo de uma vez... todas as tarefas, mesmo que na altura não me fizessem tanto sentido, foram essenciais para mim.” (1), “saí da minha zona de conforto... conheci uma versão diferente de mim...”, “tive a possibilidade de conhecer outras vertentes da psicologia...” (2).

Depois de uma experiência fora do contexto estrito da formação de acordo com um determinado Modelo de compreensão/intervenção em Psicologia, pode sentir-se o desafio de um contexto disruptivo: “o contexto era totalmente distinto da ‘norma’, do aprendido...” (3). Um contacto com a realidade tem “grande impacto emocional... é impossível ficar indiferente.” (3), “importa trabalhar em prol da nossa própria saúde mental... partilhar (angústias, dúvidas, especialmente) com colegas (de profissão)” (3).



Persistir: “*O caminho faz-se caminhando...*” (4), “*os cenários com que me deparo(ei) e a brutalidade da vida tem-me levado a uma introspeção profunda...*”; As pessoas “*ensinam-me tanto... fazem de mim melhor profissional, melhor pessoa.*”; “*Espero conseguir retribuir (em cadeia)... espero vir a ter um papel ativo na intervenção... na mitigação de abusos...*” (4).

Todas as dificuldades, qualquer desafio ultrapassado, “*todos estes fatores, aliados às ferramentas que tenho vindo a adquirir, fazem-me confiar...*” (5) na qualidade para intervenções futuras. Depois dos primeiros meses de contacto com a realidade da intervenção psicológica “*a impressão de tudo que falta aprender, mas saber que aprender é um contínuo...*” (6).

Depois de um ano de imersão “*pode ter-se a impressão, não de estar a concluir uma etapa, mas a perspetivar qualquer coisa que nos põe mais em causa, que é menos regular...*” (7). Em suma, “*como começar tudo outra vez e, desta vez, sem rede...*”. “*Ninguém nos prepara para isto*” (8).

Súmula de Possíveis Resultados

Das memórias do primeiro ano ou a propósito da entrada na Universidade, encontramos referências polarizadas, por exemplo da vontade de participar nas atividades propostas por colegas (as chamadas rotinas de integração ou praxe) ao desejo de abandono imediato foram referidas considerações como: “*estava, finalmente, a fazer o curso que desejava!*” e “*no primeiro dia só chorei, liguei para casa a avisar que ia voltar...*”. Sabemos que estas colocações não são trabalhadas nas rotinas da formação teórica, teórico-prática, em situações de observação ou breves imersões em contextos de trabalho no terreno. Assumimos (ainda) um modelo de formação universitária profundamente desligada da(s) realidade(s) dos contextos futuros e da(s) história(s) de vida de cada estudante.

A formação ao nível dos 1º e 2º Ciclos, ainda que venha sucessivamente a permitir/promover a procura de disciplinas e conteúdos transdisciplinares, continua a não procurar o cuidado individualizado dos estudantes que acedem, a cada ano, novas turmas de futuros/as profissionais da Psicologia. Se para algumas áreas de intervenção o cuidado pessoal ou o envolvimento pessoal em ciclos de análise ou psicoterapia é uma condição de partida, para a generalidade dos/as formados/as assim não será. Contudo, bem sabemos da necessidade de se compreender cada profissional do apoio a pessoas como uma pessoa por inteiro, nas suas vulnerabilidades além de, apenas, o seu potencial de ação assente - quase sempre só- em saberes quase enciclopédicos, por muito atualizados que estes conteúdos teóricos se garantam.

No último ano, ao longo das sessões de acompanhamento dos trabalhos em cada local de estágio, contamos poder desenvolver tempos de partilha e de entrega de si; como exposição da pessoa que se confronta com as dúvidas, anseios ou os sofrimentos de outrem; um agir em nome do apoio ao desenvolvimento de alguém de acordo com o princípio básico da beneficência e não maleficência. Porém, e mais uma vez, parece faltar um tempo especialmente dedicado ao acompanhamento individual e promotor da qualidade de vida, do bem-estar e da impressão de pertença além do domínio dos saberes, de quem são os nossos grupos de estudantes, cada estudante. Importará olhar cada estudante na sua individualidade, escutar as suas vozes. Reconhecemos, como Joutard (1983) aponta, que a utilização das fontes não é neutra. Por exemplo, o suporte na



literatura e as referências consultadas, trazem-nos o ponto de vista que, em última análise, buscávamos. Escutar as pessoas e, neste caso, dar voz a estudantes na transição para a vida profissional, com a experiência do terreno ao longo de um ano letivo supervisionado, pode encaminhar sugestões de melhoria como sejam:

Partilhas de histórias e considerações e propostas de interpretação, análise e planificação de estratégias de acompanhamento: clareza, rigor e respeito por cada princípio definido no Código, mas também consideração pelo potencial de maior riqueza de possibilidades de trabalho e modalidades de condução das sessões reais voltadas para o objetivo maior do apoio à saúde e sustentação do potencial de desenvolvimento das pessoas. A importância da escuta (cf. Rioux, 1983), por exemplo, o caso do (re)conhecimento das metáforas (Sequeira, 2020) para a compreensão da expressão total de cada interlocutor, o valor incontornável de renovação de perspetivas promovido pela atenção às palavras e às expressões d'O Outro.

A importância das equipas, como dos pares no início do percurso académico; a relevância da integração e compreensão clara de cada contexto.

Conclusão

Ser profissional da Psicologia implica estar em permanente disponibilidade para aprender e conhecer mais e melhor as especificidades humanas. Esta investigação, assente na reflexão pessoal e na partilha regular de ressonâncias veio mostrar a urgência da criação de serviços de apoio/acompanhamento não só de estudantes ao longo da formação académica, mas também de profissionais que, ao longo das suas carreiras precisam encontrar um lugar seguro onde refletir angústias, dúvidas e melhores hipóteses de trabalho. Como lembra Silveira de Brito: *“O ser humano, apesar de todos os condicionamentos inerentes ao seu ser e condição, não está determinado e faz escolhas, confronta-se com valores; tem no seu horizonte uma variedade de opções entre as quais escolhe e em função das quais age.”* (Brito in Patrão Neves, 2016, p.285), num mundo cada vez mais reconhecidamente complexo, onde as exigências que se colocam às pessoas (todas as pessoas) perpassam bem mais que os dados imediatamente acessíveis, é premente estar na posse das ferramentas de pensamento crítico e reconhecimento de redes de suporte para cumprir com a vida tal como ela se nos apresenta. As interações estendem-se muito além dos encontros presenciais, neste mundo que é o da contemporaneidade, perceber cada profissional da psicologia como mais um humano cercado pelas convulsões e desafios da atualidade, leva-nos a apostar na necessidade de uma nova formação académica, esta sim, mais humana, transversal, multidisciplinar e questionadora. Como referia Rioux (1983) e também referido por Pineau (1994), fontes orais são como o ar respirável para o tempo científico: escutar, a cada tempo, as vozes de protagonistas realmente envolvidos/as nos contextos, parece-nos ser um modo de assegurar que a formação em psicologia se viva de forma a assegurar que ser profissional da Psicologia implica estar em permanente disponibilidade para aprender e conhecer mais e melhor as especificidades humanas e todos (e em todos) os seus contextos. Importará começar dentro de portas, no olhar ponderado sobre cada estudante. Revendo estruturas de formação, ou mesmo mais importante, redes de suporte ao longo da formação.



Referências

- Faust, D. (2014). See, Compare, Reason, Decide. Harvard Magazine. <https://www.harvardmagazine.com/2014/03/see-compare-reason-decide>.
- Ferraroti, F. (2013/2003). Sobre a Ciência da Incerteza. O método biográfico na investigação em ciências sociais. Ramada, Edições Pedagogo.
- Giddens, A. (2000). O Mundo na Era da Globalização. (Trad. Saul Barata). Lisboa, Presença.
- Glaser, B.; & Strauss, A.L. (1967). The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Aldine. <https://doi.org/10.1097/00006199-196807000-00014>.
- Joutard, P. (1983). Ces voix qui nous viennent du passé. Paris, Hachette.
- Moré, C.O., & Crepaldi, M.A. (2012). O mapa d rede social significativa como instrumento de investigação no contexto da pesquisa qualitativa. Nova Perspectiva Sistémica, 21(43), 84–98.
- Patrão Neves, M. C. (Coord.) (2016). Ética. Dos Fundamentos às Práticas. Lisboa, Ed. 70.
- Pineau, G. (1994). Histoires de vie et formation de nouveaux savoirs vitaux. International Review of Education, 40, (3/5 Lifelong Education), 299-311.
- Rioux, J.P. (1983). L'historien et les récits de vie. Revue des sciences humaines, 191, 23-32.
- Sequeira, J. (2020). A escultura familiar: Aplicações terapêuticas nas terapias sistémicas. Nova Perspetiva Sistémica, 29 (68), 19–30. <https://doi.org/10.38034/nps.v29i68.525>
- <https://www.europsy.pt>
- <https://www.ordemdospsicologos.pt/pt>
- https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/p/cienciacom evidencia?utm_term=Psicologia+-+Ciencia+com+evidencia&utm_campaign=Ordem+dos+Psicologos+Portuguese s&utm_source=e-goi&utm_medium=email
- <https://apps.uc.pt/courses/PT/course/8861>
- <https://apps.uc.pt/courses/PT/course/2422>



CAPITULO 22

A efetividade das psicoterapias psicodinâmicas na sintomatologia depressiva: uma revisão

José Sargento¹ e Sandra Oliveira²

¹ Escola Superior de Educação – Instituto Politécnico de Viseu; CI&DEI – Centro de Estudos em Inovação e Educação

² Agrupamento de Escolas de Sever do Vouga, sandramccoliveira@gmail.com

Autor Corredente: José Sargento. E-mail: jsargento@esev.ipv.pt

Resumo:

É, muitas vezes, apontado aos modelos dinâmicos a escassez de evidências da efetividade das suas intervenções. Pretende-se, neste trabalho, explorar a questão: as psicoterapias dinâmicas(PD), nas suas diversas modalidades, são efetivas no tratamento da sintomatologia depressiva? Método: Procedeu-se a uma revisão dos estudos da base EBSCO, publicados nos últimos 10 anos, com as palavras-chave: 1) psychodynamic psychotherapy AND efficacy or effectiveness AND depression. Da pesquisa resultaram 49 artigos, dos quais foram selecionados 12, que englobam, no total, 1675 participantes beneficiários de diversas modalidades psicoterapêuticas. Incluíram-se os estudos empíricos e excluíram-se estudos de caso, artigos teóricos, revisões sistemáticas e meta-análises. Resultados: Em 11 dos 12 estudos analisados, as PD revelaram-se efetivas na extinção ou esbatimento de sintomatologia depressiva. Os 3 estudos que comparam as modalidades psicoterapêuticas de longa duração com as psicoterapias breves sugerem que as primeiras tendem a ser mais eficazes e a ter efeitos mais duradouros. Na comparação entre as PD e as terapias cognitivo-comportamentais(TCC), 3 dos 4 estudos não encontram diferenças substanciais na eficácia, e num dos estudos a PD de longa duração parece ser mais efetiva do que a TCC. Conclusões: Não obstante as limitações importantes deste trabalho, ele não deixa de apontar para a existência de evidências da efetividade das PD no tratamento da sintomatologia depressiva.

Introdução

As psicoterapias dinâmicas compreendem um conjunto vasto de técnicas e intervenções terapêuticas – da psicanálise, às psicoterapias breves, ou às terapias dinâmicas de grupo – que comungam os fundamentos dos modelos psicodinâmicos da vida mental. Tendem, por isso, a enfatizar o papel de aspetos emocionais e relacionais, muitas vezes inconscientes, na construção da saúde mental, da sintomatologia psicopatológica e do



próprio processo psicoterapêutico, como a transferência e a contratransferência, as fantasias, os desejos e os medos, os objetos internos e as relações objetais, a capacidade de mentalização, etc.

Os modelos psicodinâmicos tendem a associar as várias constelações depressivas a falhas nas relações objetais – relacionando a depressão a objetos depressores (Matos, 2001), e a experiências cumulativas de descuido, desamparo e indiferença (Sá, 2009) - a representações patológicas do self, a emoções sentidas como insuportáveis (frequentemente decorrentes de situações traumáticas), a falhas na capacidade de mentalização, a dificuldades em confiar em si e no outro significativo (Fonagy, 2020; Leuzinger-Bohuleber et al, 2019; Ludwig et al, 2014).

Ao enfatizarem a intersubjetividade da vida mental, as abordagens psicodinâmicas têm um registo nem sempre fácil de compatibilizar com a natureza da investigação empírica, muito centrada em medidas quantitativas. Paralelamente, alguns clínicos e teóricos dos modelos psicanalíticos, tendem, também, a resistir à lógica tendencialmente objetivista dos estudos empíricos. A combinação destes fatores poderá, em boa medida, concorrer para a relativa escassez (quando comparada com outros modelos, mais talhados para a lógica experimental) de estudos empíricos relativos à eficácia das psicoterapias dinâmicas. Têm, todavia, crescido nos últimos anos, as evidências empíricas que, juntamente com as evidências clínicas, sustentam a relevância dos modelos e intervenções psicodinâmicas.

Pretende-se, assim, neste trabalho, explorar a questão: as psicoterapias dinâmicas, nas suas diversas modalidades, são efetivas no tratamento da sintomatologia depressiva?

Método

Procedeu-se a uma revisão dos estudos da base EBSCO, publicados nos últimos 10 anos, com as palavras-chave: 1) psychodynamic psychotherapy AND efficacy or effectiveness AND depression. Da pesquisa resultaram 49 artigos, dos quais foram selecionados 12. Incluíram-se os estudos quantitativos e excluíram-se estudos de caso, artigos teóricos, revisões sistemáticas e meta-análises.

Resultados

A efetividade das psicoterapias dinâmicas breves

Tem havido, nos últimos anos, um esforço para desenvolver estudos que possam investigar a eficácia de várias modalidades de psicoterapia dinâmica na redução de sintomatologia depressiva, sendo encorajadores os resultados de várias tipologias de psicoterapias breves. Assim, num estudo com 24 participantes diagnosticados, maioritariamente com depressão major, que beneficiaram de psicoterapia dinâmica breve baseada na mentalização, revelaram melhorias significativas nos indicadores de alexitimia (avaliados pela TAS-20 - Escala de Alexitimia de Toronto) e de sintomatologia depressiva (avaliados pela HAM-D – Escala de Depressão de Hamilton) no final de 40



semanas de psicoterapia e num follow up um ano após o término da psicoterapia (Bressi et al, 2017).

Num outro estudo, 36 participantes, com perturbações depressivas e ansiosas - alguns dos quais com comportamentos autolesivos, ideação suicida e história de tentativas de suicídio - fizeram psicoterapia dinâmica breve, durante 6 meses, numa periodicidade quinzenal. Estes participantes tinham feito tratamento psiquiátrico convencional, sem que tenham sentido ganhos significativos. Quando comparada a avaliação da sintomatologia depressiva (pelo Inventário de Depressão de Beck) e ansiosa (pelo Inventário de Ansiedade de Beck) pré e pós-tratamento, verificou-se uma diminuição muito significativa da sintomatologia depressiva e ansiosa em 94 % dos participantes. Verificou-se, também, uma diminuição significativa dos comportamentos autolesivos (Citak, Hilal, & Kahraman, 2017).

Numa outra investigação, dirigida por Salomonsson et al. (2021), 100 mães ansiosas beneficiaram de uma intervenção psicodinâmica breve (4,3 sessões, em média). As sessões decorriam só com a presença da mãe ou com a mãe e com o bebé. As participantes foram avaliadas com a EPDS (Escala de Depressão Pos-natal de Edimburgo), e com o ASQ:SE (Ages and Stages Questionnaire: Social-Emotional) no início do processo e após três e nove meses do término da intervenção. Foi recolhida, simultaneamente, informação de um grupo não clínico. Os resultados mostram uma diminuição significativa, ao longo do tempo, tanto da sintomatologia depressiva da mãe (EPDS) como do stresse que sentem no seu bebé (ASQ:SE).

Num trabalho de Bros, Note e Bulbena (2017), 115 participantes com sintomas depressivos foram divididos em dois grupos: 70 participantes que fizeram psicoterapia dinâmica de grupo, e 45 participantes que fizeram o tratamento convencional num centro de cuidados de saúde primários. A psicoterapia dinâmica breve teve a duração de 9 meses, compreendendo entre 37 e 39 sessões. Os participantes foram avaliados pré e pós-tratamento através da HDRS (Escala de Depressão de Hamilton), da HAM- A (Escala de Ansiedade de Hamilton), e pelo SF-12 (Forma Reduzida do Questionário de Saúde). O grupo que fez tratamento convencional melhorou nos indicadores de sintomatologia depressiva (HDRS) e na dimensão mental do SF-12, ao passo que o grupo que fez psicoterapia dinâmica de grupo melhorou em todas as medidas de avaliação.

Por sua vez, num trabalho de Ludwig et al. (2014), a psicoterapia dinâmica não revelou ser efetiva numa amostra de doentes concológicos. O estudo compreendia dois grupos: 190 participantes fizeram psicoterapia dinâmica e 196 integraram um grupo de observação. Todos os participantes foram avaliados no início do tratamento, e em follow-ups de 1 mês, 4 meses, 8 meses e 12 meses, através de uma bateria de instrumentos, nomeadamente, a Escala de depressão de Hamilton (HADS), o SCL-90, a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) e a medida de qualidade de vida EORTC. Ambos os grupos revelaram melhores indicadores de qualidade de vida (EORTC) no follow up de 12 meses, mas não apresentaram qualquer melhoria em nenhum dos outros indicadores, nomeadamente no que concerne à sintomatologia depressiva. Os autores sugerem que a elevada taxa de drop out entre os participantes com sintomatologia mais marcada, assim como os elevados níveis de alexitimia, podem, parcialmente, explicar a falta de eficácia da intervenção psicoterapêutica.



Psicoterapias dinâmicas vs Terapias cognitivo-comportamentais

Alguns dos estudos desenvolvidos centram-se na comparação entre modalidades psicoterapêuticas de diferentes orientações teóricas, nomeadamente entre as psicoterapias dinâmicas e as psicoterapias cognitivo-comportamentais.

Num estudo com 233 adultos com quadros depressivos, os participantes foram aleatoriamente distribuídos em dois grupos: um que fez psicoterapia cognitivo-comportamental e um outro grupo fez psicoterapia dinâmica breve. Os participantes foram avaliados pela Escala de Depressão de Hamilton (HADS). Os resultados sugerem que não se verificaram diferenças substanciais entre os dois grupos, revelando-se ambas as psicoterapias efetivas no esbatimento da sintomatologia depressiva. Todavia, quando considerados os participantes com sintomatologia depressiva grave, que tinham episódios depressivos com duração superior a um ano, a psicoterapia dinâmica breve revelou-se mais eficaz no esbatimento da sintomatologia, verificando-se resultados semelhantes para os pacientes com sintomatologia depressiva moderada e baixa ansiedade pré-tratamento. Já a psicoterapia cognitivo-comportamental revelou-se mais eficaz para os participantes cujos episódios depressivos duravam há menos de um ano (Dreissen et al, 2016).

Num outro estudo, conduzido por Fonagy et al (2020), 147 participantes com depressão major foram aleatorizados por 3 grupos: 71 fizeram psicoterapia dinâmica interpessoal; 54 fizeram tratamento de baixa intensidade e 20 fizeram terapia cognitivo-comportamental. Os participantes foram avaliados pré-intervenção, 3 meses depois do início e no final da intervenção, através da Escala de Depressão de Hamilton (HRSD-17) e do inventário de depressão de Beck (BDI-II). A psicoterapia dinâmica interpessoal revelou resultados semelhantes aos da terapia cognitivo-comportamental. Quando comparada com o tratamento de baixa intensidade, a psicoterapia dinâmica interpessoal revelou melhores resultados na HRSD-17.

Atendendo ao que sustentam ser resultados limitados das psicoterapias breves na depressão crónica, Leuzinger-Bohleber et. al, 2019, desenharam um estudo, em que 252 participantes com quadros depressivos de longa duração foram distribuídos aleatoriamente por dois grupos: os pacientes de um grupo fizeram terapia cognitivo-comportamental de longa duração e os participantes do outro grupo fizeram psicoterapia psicanalítica. Na avaliação das intervenções foi considerado o BDI e a medida QIDS-C, levada a cabo por clínicos independentes. Os resultados indicam melhorias significativas e progressivas nas medidas de avaliação, depois de 1 ano e de 3 anos de psicoterapia em ambos os grupos, não se encontrando diferenças significativas nos resultados das duas modalidades psicoterapêuticas.

Por sua vez, Gibbons et al. (2015), num estudo com 97 participantes, distribuídos em dois grupos: um que fez psicoterapia cognitiva e um outro que fez psicoterapia dinâmica, a psicoterapia cognitiva revelou-se mais eficaz no esbatimento da sintomatologia depressiva (avaliada pela Escala de depressão de Hamilton) quando consideradas as competências compensatórias no início do processo terapêutico.

Psicoterapias breves vs Psicoterapias de longa duração

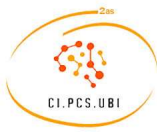


Alguns autores colocam em causa a eficácia das psicoterapias breves nos quadros depressivos mais profundos, especialmente quando considerado o médio e longo prazo pós-intervenção (Leuzinger-Bohleber et. al, 2019).

Neste sentido, Huber et al. (2013) levaram a cabo um estudo com o objetivo de comparar, em termos de efetividade, a psicanálise no setting clássico (mais de 200 sessões, em média) e as psicoterapias psicodinâmicas (em média 88 sessões), tendo, para o efeito, distribuído, aleatoriamente, 35 participantes para psicanálise e 31 para psicoterapia dinâmica. Foram realizados follow-ups um, dois e três anos após término da intervenção psicoterapêutica, tendo sido utilizadas como medidas o Inventário de Depressão de Beck (BDI), a Escala de Capacidades Psicológicas, o Índice de Severidade Global do SCL-90 R, o Inventário de Problemas Interpessoais e o Questionário de Introjeção INTREX. Ambas as modalidades psicoterapêuticas revelaram, neste estudo, ser efetivas quer no esbatimento de sintomas depressivos, quer no alívio de sintomas psiquiátricos globais, na produção de alterações no funcionamento da personalidade e na melhoria das relações sociais. Todavia, a psicanálise revelou ser mais efetiva do que a terapia psicodinâmica em todos os indicadores, à exceção daquele referente aos problemas interpessoais.

Num outro estudo, 326 participantes com perturbações de humor (depressivas, nomeadamente) e de ansiedade foram distribuídos por três grupos: um que fez psicoterapia dinâmica de longa duração, um que fez psicoterapia baseada nas soluções e um outro que fez psicoterapia dinâmica breve. Os participantes foram avaliados por uma bateria de instrumentos, nomeadamente, pelo Inventário de Depressão do Beck (BDI); pela Escala de Depressão de Hamilton (HDRS), pelo SCL-90, pela Escala de Ansiedade de Hamilton (HARS), pelo Índice de Capacidade para o Trabalho (WAI) pela Subescala Trabalho da Escala de Ajustamento Social (SAS-SR) e pela Escala de Funcionamento Psicológico Percebido (PPF). No follow-up de 5 anos, o grupo que tinha feito psicoterapia dinâmica de longa duração destacava-se como o que mais mantinha a recuperação dos sintomas psicopatológicos e mais tinha melhorado nas capacidades para o trabalho. Não foram encontradas quaisquer diferenças substanciais entre os dois grupos que fizeram psicoterapia breve (Knekt et al, 2013).

Zimmermann et al (2015) desenvolveram um estudo com 77 participantes com depressão major, 27 dos quais fizeram psicanálise no setting clássico, 26 fizeram psicoterapia dinâmica e 24 fizeram terapia cognitivo-comportamental. Os participantes foram avaliados através do Inventário de depressão do Beck (BDI), pelo Inventário de Problemas Interpessoais Circumplex (IIIP-C) e por um inventário de introjeção (INTREX), no início do tratamento e em follow ups de 1, 2 e 3 anos. A técnica psicanalítica foi avaliada pela PQS, um sistema de cotação para descrever o processo terapêutico. Nos follow ups, os participantes que fizeram psicanálise tendem a apresentar menos problemas interpessoais, a ter melhorias mais significativas nos sintomas depressivos e a reportarem, no INTREX, uma forma mais saudável de introjeção, do que os participantes que fizeram psicoterapia dinâmica e psicoterapia cognitivo-comportamental. Os resultados sugerem, ainda, que as alterações nos problemas interpessoais e na afiliação introjetiva se associam ao maior número de sessões na psicanálise. Já a melhoria na sintomatologia depressiva parece ser mediada pela aplicação da técnica psicanalítica (foco nos sonhos, nas fantasias, nas experiências sexuais, nas experiências infantis, etc.), per si, independentemente do número de sessões.



Discussão/Conclusões

As várias modalidades de psicoterapia dinâmica têm um elevado potencial de efetividade no que ao tratamento dos quadros depressivos diz respeito, seja na intervenção pontual com mães ansiosas e com sintomatologia depressiva (Salomonsson et al, 2021), seja nas psicoterapias breves individuais (Bressi et al, 2017; Citak et al, 2021) ou de grupo (Bros et al, 2017), seja em psicoterapias de longa duração – face a face ou em setting de psicanálise clássica (Huber et al, 2013; Knekt et al, 2013; Zimmermann et al, 2015). Quando comparadas com as terapias cognitivo-comportamentais, as psicoterapias dinâmicas parecem evidenciar níveis idênticos de efetividade (Driessen et al, 2016; Fonagy et al. 2020; Leuzinger-Bohleber et al. 2019), havendo apenas um estudo que sugere a maior eficácia das terapias cognitivo-comportamentais (Gibbons et al. 2015), e um outro que sustenta a maior efetividade das psicoterapias dinâmicas de longa duração (Zimmermann et al., 2015).

Não obstante as limitações importantes deste trabalho, ele não deixa de apontar para a existência de evidências sólidas da efetividade das psicoterapias dinâmicas no tratamento da sintomatologia depressiva. Ainda que as psicoterapias breves pareçam ser eficazes, as psicoterapias de longa duração parecem poder ser mais indicadas para quadros depressivos mais duradouros, parecendo associar-se a ganhos mais sustentáveis no tempo.

Referências

- Bressi, C.; Fronza, S.; Minacapelli, E., Nocito, E.P., Dipasquale, E.; Magri, L. Lionetti, F. & Barone, L. (2017). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy with Mentalization Based Techniques in Major Depressive Disorder patients: Relationship among alexithymia, reflective functioning, and outcome variables – A Pilot study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90, 299–313. DOI:10.1111/papt.12110
- Bros, I.; Note, P. & Bulbena, A. (2017). Effectiveness of Short-Term Dynamic Group Psychotherapy in Primary Care for Patients with Depressive Symptoms. *Clin. Psychol. Psychother.* 24, 826–834. DOI: 10.1002/cpp.2029
- Citak, S.; Hilal, S. & Kahraman, A. B. (2021). The effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy in depression and anxiety disorders. *Psychodynamic Practice*, 27(4), 372–383. <https://doi.org/10.1080/14753634.2021.1951825>
- Driessen, E., Smits, N., Dekker, J. J. M., Peen, J., Don, F. J., Kool, S., Westra, D., Hendriksen, M., Cuijpers, P., & Van, H. L. (2016). Differential efficacy of cognitive behavioral therapy and psychodynamic therapy for major depression: A study of prescriptive factors. *Psychological Medicine*, 46(4), 731-744. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001853>
- Fonagy, P., Lemma, A., Target, M., O'Keeffe, S., Constantinou, M., Ventura Wurman, T., . . . Pilling, S. (2020). Dynamic interpersonal therapy for moderate to severe depression: A pilot randomized controlled and feasibility trial. *Psychological Medicine*, 50(6), 1010-1019. doi:10.1017/S0033291719000928
- Gibbons, M.B.; Thompson, S.M.; Mack,R.A.; Lee, J.K. & Crits-Christoph, P. (2015) The Relation of Baseline Skills to Psychotherapy Outcome Across Diverse



- Psychotherapies. *Journal of Clinical Psychology*, 71(6), 491–499. DOI: 10.1002/jclp.22165
- Huber, D.; Henrich, G.; Clarkin, J. & Klug, G. (2013). Psychoanalytic Versus Psychodynamic Therapy for Depression: A Three-Year Follow-Up Study. *Psychiatry*, 76(2), 132-149
- Knekt, P.; Lindfors, O.; Ske, L.S.; Virtala, E. & Nen, T. (2013). Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms and working ability during a 5-year follow-up. *Nordic Journal of Psychiatry*, 67 (1), 59-68. DOI:10.3109/08039488.2012.680910
- Leuzinger-Bohleber, M.; Hautzinger, M. Fiedler, G.; Keller, W.; Bahrke, U.; Kallenbach, L.; Kaufhold, J.; Ernst, M.; Negele, A.; Schoett, M.; Ku, H.; Gu, F.; Ru, B. & Beutel, M. (2019). Outcome of Psychoanalytic and Cognitive-Behavioural Long-Term Therapy with Chronically Depressed Patients: A Controlled Trial with Preferential and Randomized Allocation. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 64(1), 47-58. DOI: 10.1177/0706743718780340
- Ludwig, G; Krenz1, S.; Zdrojewski1, C.; Bot, M., Rousselle, Stagno, I.; Luethi, F.; Leyvraz, S. & Stiefel, F. (2014). Psychodynamic interventions in cancer care I: psychometric results of a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology* 23: 65–74. DOI: 10.1002/pon.3374
- Matos, A.C. (2001). *A Depressão: episódios de um percurso em busca do seu sentido*. Lisboa, Climepsi
- Sá, E. (2009). *Esboço para uma nova Psicanálise*. Coimbra, Almedina.
- Salomonsson, B., Kornaros, K., Sandell, R., Nissen, E. & Lilliengren, P. (2021). Short-term psychodynamic infant–parent interventions at Child health centers: Outcomes on parental depression and infant social–emotional functioning. *Infant Ment Health J.*, 42, 109-123. DOI: 10.1002/imhj.21893
- Zimmermann, J.; Löffler-Stastka, H.; Huber, D.; Klug, G.; Alhabbo, S.; Bock, A.; Benecke, C. (2015). Is It All about the Higher Dose? Why Psychoanalytic Therapy Is an Effective Treatment for Major Depression. *Clin. Psychol. Psychother.* 22, 469–487. DOI: 10.1002/cpp.1917



CAPITULO 23

GPS ou ruído? Contratransferência e psicoterapia – uma revisão

José Sargento¹ e Sandra Oliveira²

¹ Escola Superior de Educação – Instituto Politécnico de Viseu; CI&DEI – Centro de Estudos em Inovação e Educação

² Agrupamento de Escolas de Sever do Vouga, sandramccoliveira@gmail.com

Autor Correspondente: José Sargento. E-mail: jsargento@esev.ipv.pt

Resumo:

A Contratransferência (CT) diz respeito ao conjunto de reações emocionais sentidas pelo psicoterapeuta, podendo criar ruído na relação terapêutica ou, pelo contrário, ser um instrumento clínico fundamental. Método: Procedeu-se a uma revisão dos estudos da base EBSCO, publicados nos últimos 10 anos, com as palavras-chave: 1) countertransference AND psychotherapy. Da pesquisa resultaram 223 artigos, dos quais se selecionaram 19: 9 teóricos/clínicos; 9 empíricos e 1 de revisão sistemática. Incluíram-se os artigos cujo foco principal é a CT, tendo-se excluído os restantes. Resultados: 5 estudos sublinham a importância da elaboração da CT como meio de aceder ao mundo interno do paciente. 4 indicam a supervisão, a psicoterapia, a experiência e o contexto organizacional como facilitadores desse trabalho; 1 sugere a meditação mindfulness. 4 estudos relevam a coincidência de diagnósticos do paciente com os padrões de CT. 2 sustentam a importância de, de forma ética, abrir espaço para a CT sexualizada com certas tipologias de pacientes. 2 dão conta da associação entre uma CT de desligamento e progressos terapêuticos pobres. 1 artigo sublinha a importância da história de vida real do terapeuta para o processo e 1 aborda os desafios do manejo da CT na psicoterapia online. Discussão: Não obstante as limitações importantes deste trabalho, as evidências parecem sugerir que uma análise cuidada da CT fornece coordenadas fundamentais para o diagnóstico e intervenção.

Introdução

Inicialmente apenas conceptualizada pelos modelos de inspiração psicanalítica, a Contratransferência (CT) é hoje reconhecida, de modo transversal às várias orientações teóricas, como um fator relevante na estruturação da relação e do processo terapêuticos. Diz respeito, grosso modo, ao conjunto de reações emocionais que o psicoterapeuta sente



perante o seu paciente (Andersson, 2022), afigurando-se como uma peça-chave da relação e do processo terapêutico.

A CT foi, inicialmente, conceptualizada por Freud (1910) como o resultado de resquícios patológicos e de conflitos por resolver do psicoterapeuta, que colocaria em causa a sua neutralidade e, por essa via, o próprio processo terapêutico (como citado em Andersson, 2022). Os avanços psicanalíticos pós-freudianos viriam, no entanto, a alterar o modo de perspetivar a CT. Neste sentido, autores como Heimann (1950) e Winnicott (1956) sugerem que a CT pode, no essencial, resultar da projeção dos objetos internos e das relações objetais, das defesas e das emoções do paciente no mundo interno do psicoterapeuta (como citados em Andersson, 2022).

Neste contexto há, hoje, um consenso alargado que perspetiva a CT como o conjunto de reações emocionais, fantasias e pensamentos do psicoterapeuta face ao seu paciente. Esta resultará da combinação da história de vida do psicoterapeuta e das emoções, sentimentos, fantasias e pensamentos que serão despertadas pelo paciente. Barreto e Matos (2018), num esforço de síntese, sublinham, a este respeito, a inevitabilidade da CT, que conceptualizam como uma cocriação de psicoterapeuta e paciente. A CT pode (e deve!), assim, ser uma ferramenta terapêutica valiosa para aceder ao mundo interno do paciente. Mas, para que tal se verifique, a CT tem de ser digerida, elaborada e ligada com a compreensão profunda do paciente, de modo a poder ser integrada no trabalho interpretativo (Andersson, 2022). Quando não reconhecida, nem sujeita à reflexão e elaboração do psicoterapeuta, a CT pode constituir-se, pelo contrário, como um sério obstáculo à relação, ao processo e aos ganhos terapêuticos (Andersson, 2022; Barreto & Matos, 2018; Brady, 2018; Gait & Halewood, 2019, 2022; Gordon et al, 2016; Kegerreis, 2022).

Método

Pretende-se, neste trabalho: 1) explorar a CT, procurando aclarar a sua dupla vertente: de potencial ferramenta terapêutica essencial e de possível obstáculo à relação e ao processo terapêutico; 2) explorar a relação entre traços do funcionamento psicológico/psicopatológico e a CT; 3) explorar ferramentas que promovam a consciencialização e elaboração da CT. Procedeu-se, para o efeito, a uma revisão dos estudos da base EBSCO, publicados nos últimos 10 anos, com as palavras-chave: 1) countertransference AND psychotherapy. Da pesquisa resultaram 223 artigos, dos quais se selecionaram 19: 9 teóricos/clínicos; 9 empíricos e 1 de revisão sistemática. Incluíram-se os artigos cujo foco principal é a CT, tendo-se excluído todos os restantes.

Resultados:

Contratransferência: GPS ou ruído?

A CT é, como acima referido, um instrumento terapêutico fundamental. Todavia, quando não pensada, gerida e mentalizada, pode contaminar a relação terapêutica, colocando em causa o processo e os ganhos terapêuticos (Gait & Halewood, 2019). Kegerreis (2022)



chama a atenção, a este respeito, para a necessidade do psicoterapeuta estar, continuamente, consciente da sua própria história, sob pena de poder contaminar a relação terapêutica com identificações não conscientes, não pensadas nem mentalizadas, aumentando, assim, o risco de agir a CT.

Para além da própria história pessoal, nem sempre fácil de mentalizar, a própria natureza do trabalho terapêutico – que implica que o psicoterapeuta seja exposto à intensidade emocional do paciente – torna complexa a gestão da CT, especialmente com alguns pacientes. A este propósito, Bimont e Verbart (2018) levaram a cabo um estudo com cinco psicoterapeutas relacionais, procurando explorar a sua experiência com pacientes que despertam uma CT particularmente intensa e invasiva. Os psicoterapeutas descreveram a CT como um desvanecimento dos limites entre si e os pacientes, referindo ser difícil discernir o que eram emoções e sentimentos seus, e o que eram emoções e sentimentos do paciente. Descreveram esta experiência como transitória, sentindo-se a recuperar os limites algum tempo depois. Todavia, enquanto durou, flexibilizaram o setting, agendando sessões adicionais, ou estendendo as sessões para lá do tempo, por exemplo. Referiram sentir que, nestes casos, a experiência dos pacientes despertou cicatrizes suas antigas, que foi necessário revisitá-las, para serem restabelecidos os limites. Uma CT tão intensa e invasiva é, de acordo com Bimont e Verbart (2018) um fenómeno excepcional, mais frequente em psicoterapeutas menos experientes, e em casos clínicos mais graves.

Para poder utilizar a CT como ferramenta terapêutica essencial, o psicoterapeuta terá, em primeiro lugar, de tolerar a intensidade das emoções e sentimentos que a relação terapêutica lhe desperta. Esta não é, todavia, uma tarefa fácil, pelo que o psicoterapeuta pode ser impelido, ainda que inconscientemente, a adotar uma cascata de defesas para se proteger da intensidade da CT (Gait & Halewood, 2022). Este fenómeno poderá, por exemplo, dar-se no trabalho clínico com adolescentes, em que possíveis sentimentos eróticos – decorrentes da centralidade das questões do corpo e da sexualidade na adolescência – podem ser evitados pelo psicoterapeuta, limitando o seu papel contenedor de conteúdos relativos às alterações familiares, ao corpo e à sexualidade (Brady, 2018). Para que a CT não contamine e danifique a relação e o processo terapêutico, Geslo e Heyes (2007, 2011) sustentam ser importante que o psicoterapeuta disponha de: insight sobre si, integração do self, empatia, gestão da ansiedade, e competências de conceitualização. Os autores sustentam um modelo em duas fases: uma primeira de consciencialização das emoções e sentimentos, e uma segunda que implica a sua interpretação num quadro teórico (como citados em Barreto & Matos, 2018).

Do mesmo modo que a CT excessivamente intensa e invasiva pode ser difícil de gerir, também uma CT de desconexão (aborrecimento, sonolência, cansaço, indiferença etc.) parece ter efeitos significativos no processo terapêutico. Num estudo de Ulberg et al. (2014), este tipo de CT associou-se a interações mais pobres, a uma resposta menos efetiva à transferência e a menos atividade interpretativa em relação às defesas do paciente. Todavia, a magnitude dos efeitos desta CT de desconexão parece depender, em larga medida, das características dos pacientes, como parece decorrer do estudo de Dahl et al. (2014): 100 pacientes em psicoterapia dinâmica para quadros depressivos e de ansiedade, perturbações de personalidade e problemas interpessoais foram aleatoriamente distribuídos por 2 grupos – um grupo experimental, em que dimensão de trabalho transferencial é muito significativa; e um grupo de controlo em que a dimensão do trabalho centrado na transferência não é enfatizado. A CT de desconexão associa-se,



neste estudo, a efeitos negativos no processo e nos ganhos terapêuticos de todos os pacientes, mas especialmente: 1) naqueles com uma pobre qualidade das relações objetais; 2) nos que integram o grupo experimental (cujo trabalho é centrado na transferência). Para os pacientes com história de qualidade das relações objetais, os efeitos da CT de desconexão far-se-ão sentir de um modo muito menos intenso.

A gestão da CT, já de si complexa, parece poder ganhar novos contornos com as novas modalidades de psicoterapia à distância. O psicoterapeuta tem, nestes contextos, menos controlo sobre o setting, e uma menor amplitude percetiva (que fica limitada ao ecrã) o que, potencialmente, lhe confere menos inputs para compor o quadro contratransferencial (Kohon, 2020).

Especificidade da CT em função de traços psicológicos e psicopatológicos

A CT diz respeito à experiência subjetiva do psicoterapeuta perante um paciente, colocando, por isso, em jogo as idiosincrasias da sua história e da sua personalidade, bem como a natureza irrepetível de uma determinada relação terapêutica. Parecem, todavia, existir padrões de CT mais associados a determinados traços psico(pato)lógicos ou circunstâncias de vida dos pacientes. Tanzilli et al (2020), num estudo com 192 psicoterapeutas maioritariamente dinâmicos e cognitivo-comportamentais, encontraram uma associação entre padrões de CT e perturbações de personalidade. Assim, a personalidade paranoide associou-se a uma CT de zanga/crítica e desconexão/desesperança. Na personalidade esquizoide a associação foi com a desconexão, revelando uma correlação negativa com a CT calorosa/sintonizada. Também a perturbação de personalidade esquizotípica se associou negativamente à CT calorosa/sintonizada. A perturbação borderline da personalidade associou-se a uma CT desorganizada/assustada; de sobre-envolvimento/preocupação e de zanga/crítica. A personalidade antissocial correlacionou-se com a CT desconectada/de desesperança, revelando, ainda, uma associação negativa com a CT calorosa/sintonizada. Na personalidade histriónica encontrou-se uma associação com a CT sexualizada. A personalidade narcísica associou-se a uma CT desconectada/desesperança. A personalidade evitante evidenciou uma relação com a CT calorosa/sintonizada e uma relação negativa com a CT de zanga/crítica. A personalidade dependente associou-se a uma CT calorosa/sintonizada e a personalidade obsessiva não teve correlação com nenhum dos padrões de CT. Stefana et al. (2020), numa revisão sistemática de estudos quantitativos, encontraram resultados semelhantes: pacientes com personalidades excêntricas tendem a despertar uma CT de distanciamento e desconexão; pacientes com personalidades muito marcadas pela desregulação emocional tendem a despertar uma CT de ansiedade e incompetência, e pacientes com personalidades ansiosas e retraídas tendem a evocar uma CT de simpatia e preocupação.

A par dos estudos empíricos, o trabalho clínico também dá conta de algumas especificidades da CT. Neste contexto, Andersson (2022), referindo-se ao trabalho clínico com agressores de violência doméstica, nota a oscilação entre uma CT de raiva (decorrente da violência do agressor) e o sentir o agressor como vítima dos maus-tratos que, frequentemente, sofreu na infância. Também o trabalho psicoterapêutico com crianças com perturbações do espectro do autismo parece despertar reações contratransferenciais particulares. Durban (2014) refere a oscilação entre uma CT de desespero (associada à queda traumática) e de esperança (relacionada com a fantasia mais



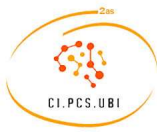
ou menos secreta de reparação). Já Rhode (2015) enfatiza a frequência com que o psicoterapeuta, no trabalho com crianças com perturbações do espectro do autismo, se sente bloqueado na sua capacidade de associar livremente. Jenks e Oka (2021), por sua vez, chamam a atenção para a frequência com que uma Transferência e uma CT erotizadas se podem instalar no trabalho na terapia familiar e de casal com pessoas a braços com problemas nas relações amorosas. Nestas circunstâncias, os autores sugerem que se reforce os limites da relação terapêutica, se promovam estratégias de autocuidado, e se procure supervisão, para ajudar a gerir a CT erotizada.

Elaboração da Contratransferência

O trabalho clínico desperta, no psicoterapeuta, emoções e sentimentos intensos, que terá de tomar consciência, elaborar e mentalizar. Só assim promoverá a qualidade da relação e do processo terapêuticos, e se protegerá do potencial patogénico que a exposição continuada a emoções por pensar pode comportar. Neste contexto, como poderá o psicoterapeuta promover a elaboração e mentalização da CT?

Gait e Halewood (2019, 2022) sustentam, a partir de um estudo com 15 psicoterapeutas, que os terapeutas em formação ou em fases iniciais da carreira tendem mais a sentir a CT como ameaçadora e como uma sobrecarga. Nestas circunstâncias, parece ser muito útil a psicoterapia, a supervisão, um quadro organizacional contentor (que permita, por exemplo, flexibilidade na adoção de protocolos e procedimentos) e um quadro teórico que ajude a pensar a relação terapêutica e a CT. Gordon et al (2016), num estudo com 478 pacientes acompanhados por psicoterapeutas de várias orientações teóricas, verificaram, a este respeito, que os psicoterapeutas dinâmicos tinham mais enfoque na CT, demonstrando, mais do que os colegas de outras orientações teóricas, expectativas realistas de CT face a quadros clínicos mais propensos ao risco e ao acting out (personalidades borderline, narcísica, antissocial, etc.). Num outro estudo, Stokes e Rossi (2020) encontraram uma intensa atividade de revêrie durante as sessões, entre os psicoterapeutas dinâmicos, tendo os participantes associado a revêrie a uma compreensão mais profunda dos pacientes, e a uma maior liberdade de pensamento. Ulberg et al. (2013), por sua vez, encontraram, num estudo com 41 psicoterapeutas a trabalhar com adolescentes, uma correlação positiva entre uma CT confiante e a idade do terapeuta, o seu investimento em formação e supervisão e os anos de experiência de trabalho com crianças e adolescentes, sugerindo, uma vez mais, a importância de espaços de supervisão, em que os psicoterapeutas possam pensar a relação terapêutica e a prática clínica (Ulberg et al., 2013). A meditação mindfulness pode ser, também, um meio efetivo para o psicoterapeuta falar sobre as emoções e sentimentos de uma forma compassiva e sem julgamentos, incrementando, assim, o contacto e o processamento das experiências contratransferenciais. Num estudo com 5 psicoterapeutas que praticam meditação mindfulness, foi possível perceber que se posicionavam perante a sua CT com uma postura observadora e curiosa, contentora das emoções, que os instigava a estarem no momento presente da sessão, favorecendo, assim, uma relação terapêutica mais profunda (Millen & Halewood, 2015).

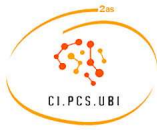
Discussão/Conclusões



A natureza do trabalho clínico torna inevitável, por um lado, que o psicoterapeuta seja confrontado com o sofrimento do paciente, que o tende a atualizar na relação terapêutica (transferência) e, por outro, que a história do paciente possa despertar alguma das suas próprias cicatrizes. Neste contexto, a CT é inevitável, podendo funcionar como um GPS de acesso ao mundo interno do paciente – útil no diagnóstico e na intervenção clínica - assim tenha o psicoterapeuta a capacidade de tomar consciência e elaborar as suas reações emocionais perante cada um dos pacientes. Para tal, é importante que o psicoterapeuta tenha competências de autoconhecimento e de mentalização da sua história de vida, particularmente dos aspetos mais dolorosos, podendo a supervisão e o processo psicoterapêutico, enquanto paciente, ser muito útil neste contexto.

Referências

- Andersson, P. (2022) Countertransference and therapeutic holding: Working with a perpetrator of domestic violence, *Psychodynamic Practice*, 28:3, 275-295, DOI: 10.1080/14753634.2022.2047101
- Andersson, (2022)
- Barreto J.F., Matos P.M. (2018). Mentalizing countertransference? A model for research on the elaboration of countertransference experience in psychotherapy. *Clin Psychol Psychother*. 2018; 25:427–439. <https://doi.org/10.1002/cpp.2177>
- Bimont, D. & Werbart, A. (2018). “I’ve got you under my skin”: Relational therapists’ experiences of patients who occupy their inner world. *Counselling Psychology Quarterly*, 31 (2): 243-268. <https://doi.org/10.1080/09515070.2017.1300135>
- Brady, M. (2018). Braving the erotic field in the treatment of adolescents. *Journal of Child Psychotherapy*. 44(1): 108-123. <https://doi.org/10.1080/0075417X.2018.1414291>
- Kohon, S. (2020). Challenges to making use of countertransference responses during the Covid-19 pandemic – some preliminary thoughts. *Journal of Child Psychotherapy*. 46(3): 283-288. <https://doi.org/10.1080/0075417X.2021.1898043>
- Dahl,H.J.; Hoglend,P.; Ulberg,R.; Amlø, S.; Gabbard, G.O.; Perry, J.C. & Cristoph, P.C.(2017). Does Therapists’ Disengaged Feelings Influence the Effect of Transference Work? A Study on Countertransference. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 24, 462-474
- Durban, J. (2014). Despair and hope: on some varieties of countertransference and enactment in the psychoanalysis of ASD (autistic spectrum disorder) children. *Journal of Child Psychotherapy*. 40(2): 187-200. <http://dx.doi.org/10.1080/0075417X.2014.922755>
- Gait, S. & Halewood, A. (2019). Developing countertransference awareness as a therapist in training: The role of containing contexts. *Psychodynamic Practice*, 25 (3): 256-272. <https://doi.org/10.1080/14753634.2019.1643961>
- Gait, S. & Halewood, A. (2022). Uncontained and uncontainment: A grounded theory of therapists’ countertransference and defensive practices in an organisational context. *Psychodynamic Practice*, 28 (1): 47-63. <https://doi.org/10.1080/14753634.2021.1982754>
- Gordon,R.; Gazzillo,F.; Blake,A. Bornstein,R.; Etzi,J. Lingiardi,V. McWilliams,N. Rothery, C.&Tassos,A.(2016). The Relationship between Theoretical Orientation and Countertransference Expectations: Implications for Ethical Dilemmas and Risk



- Management. *Clinical Psychology and Psychotherapy*,23:236-245. DOI:10.1002/cpp.1951
- Jenks, D. B. & Oka, M. (2021). Breaking Hearts: Ethically Handling Transference and Countertransference in Therapy. *The American Journal of Family Therapy*, 49(5): 443-460. <https://doi.org/10.1080/01926187.2020.1830732>
- Kegerreis, S. (2022) The role of our own history in our therapeutic work, *Psychodynamic Practice*, 28:3, 243-253, DOI: 10.1080/14753634.2022.2043768
- Millon,G. & Halewood,A. (2015). Mindfulness meditation and countertransference in the therapeutic relationship: A small-scale exploration of therapists' experiences using grounded theory methods. *Counselling and Psychotherapy Research*, 15(3):188-196. doi:10.1002/capr.12020
- Rhode, M. (2015). 'Paralysed associations': countertransference difficulties in recognising meaning in the treatment of children on the autistic spectrum. *Journal of Child Psychotherapy*, 41(3): 218-230. <http://dx.doi.org/10.1080/0075417X.2015.1090693>
- Shamoon,Z.A.; Lappan,S. & Blow,A.J.(2017). Managing Anxiety: A Therapist Common Factor. *Contemporary Family Therapy*, 39:43–53. DOI 10.1007/s10591-016-9399-1
- Stefana,A.; Bulgari,V.; Youngstrom,E.; Dakanalis,A.; Bordin,C &Hopwood, C(2020). Patient personality and psychotherapist reactions in individual psychotherapy setting: a systematic review. *Clin Psych. and Psych.*, 27:697–713.DOI:10.1002/cpp.2455
- Stokes, M.F. & Ross, A.(2020). What do psychodynamic therapists make of their reveries in the therapeutic encounter? A constructivist grounded theory study. *British Journal of Guidance & Counselling*, 48(4): 500-510. <https://doi.org/10.1080/03069885.2018.1562155>
- Tanzilli, A.; Gualco, I.; Balocco, R. & Lingiardi, V. (2020). Clinician Reactions When Working with Adolescent Patients: The Therapist Response Questionnaire for Adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 102(5): 616-627. <https://doi.org/10.1080/00223891.2019.1674318>
- Ulberg, R.; Falkenberg, A.; Naerdal, T.; Johannessen, H.; Olson, J.; Eide, T.; Hersoug, A. & Dahl, H. (2013). *American Journal of Psychotherapy*. 67(4): 347-358.
- Ulberg, R.; Amalo, S.; Hersoug, A.; Dahl, H.; Holend, P. (2014). The Effects of the Therapist's Disengaged Feelings on the In-Session Process in Psychodynamic Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology:In Session*, 70(5): 440-451. DOI: 10.1002/jclp.2208



CAPITULO 24

Processos familiares: Um olhar sobre a violência em crianças em idade escolar

Ernestina Manuel¹ e Zaida Azeredo²

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

²RECI/ Piaget Viseu.

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

Resumo:

A violência sexual contra a criança e adolescente é um problema mundialmente conhecido. Em Angola de acordo com o Instituto Nacional da Criança, através da Linha Nacional 15015, foram registadas 314 denúncias de violência contra a criança de 1 a 7 de janeiro de 2023, 289 casos de 26 a 31 de dezembro de 2022, e 5.810 casos de violência contra a criança notificados presencialmente no ano de 2020. Objetivos: Estudar as interações familiares entre membros da família que caracterizam os padrões de trocas comportamentais, resultados associados, prevalência da violência e formas de violência em criança de idade escolar, em Luanda no município de Talatona. Metodologia: Foram estudadas 140 crianças entre os 6-10 anos que não frequentavam qualquer escola e viviam em Talatona, através de um inquérito por nós elaborado e testado, que englobava perguntas sobre situação sociodemográfica, violência doméstica e uma grelha de observação para deteção de sinais de violência. Resultados: Das 140 crianças, 15,0 % apresentam sinais de maus-tratos; 5,7% apresentam hematomas, 26,4 % das crianças sofrem agressões verbais. Conclusões: Apesar de 73,6% das crianças realizam algumas atividades com os pais, existe inacessibilidade ao sistema de ensino, negligencia e exploração de trabalho infantil.

Introdução

Segundo o Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência, publicado pela OMS (2014) anualmente em todo o mundo morrem cerca de meio milhão de pessoas assassinadas, vítimas de violência. Como acréscimo a este problema, há milhões de crianças, mulheres e homens a sofrer devido a consequência diretas e indiretas de violência: doméstica, nas escolas, no trabalho e/ou na comunidade, contribuindo para um desenvolvimento insuficiente de um país. A exposição de crianças à violência doméstica perpetrada entre adultos e cuidadores na sua maioria pelos pais, é atualmente em Angola



um problema reconhecido e tem estado a mobilizar toda a sociedade civil. De acordo com os resultados divulgados pelo

Instituto Nacional da Criança (INAC) através da Linha SOS-Criança de 1 a 7 de janeiro do ano em curso foram (314) denúncias de violência contra a criança, de 26 a 31 de dezembro de 2022, (289) e durante o ano de 2020 foram registados presencialmente (5.810) casos de violência contra a criança.

Dinâmica familiar

Até ao final do século XIX, início do século XX nas famílias, era frequente nascerem muitas crianças, porém um grande grupo não chegava a adulto, devido não só às precárias condições socioeconómicas, mas também à inexistência de imunizações e antibióticos eficazes havia assim, uma alta taxa de mortalidade infantil. Meira e Centa (2003) referem-se à prática exercida pelas mães, de classes sociais elevadas, de utilizarem amas-de-leite, para amamentarem os seus bebés até cerca dos dois anos de vida (p. 216). Tentando, desta forma, protegê-las de eventuais infeções e/ou desnutrição. Criavam-se, também laços psicoafectivos não só com as mães biológicas, mas também com as mães “adotivas”, o que era muito importante pois, as relações interpessoais da primeira infância desempenham um papel construtivo radical, assumindo o carácter de relações constitutivas da personalidade, ausência ou privação delas, suas deformações, obstáculos ou deficiências, provocam perturbações diversas: regressões, fixações, bloqueios, ou paragem no desenvolvimento global da personalidade (Abreu, 2002, p. 43).

A infância e a adolescência representam no ciclo vital, períodos críticos do desenvolvimento individual, em que os efeitos da exposição à violência podem ser particularmente prejudiciais e penetrantes. Por isso é dada, cada vez mais atenção às relações existentes entre situações de violência no casal, maus-tratos à criança e ao impacto dos mesmos a curto e longo prazo (Redondo, 2017, p. 50). Uma relação assente na confiança, respeito e afeto, pode modificar-se e transformar-se numa relação violenta, de desigualdade de forças (poder) que ocorre quando o agressor, se faz valer pelo confronto entre estas forças desiguais sejam elas na força física, na experiência, conhecimento, autoridade e recursos, ultrapassando, assim, os limites de respeitabilidade e violando direitos alheios, ferindo sua identidade e integridade (Faleiros, 2000, pp. 8-9).

Na visão de Belsky (1980), o “microsistema” analisa especificamente as relações intrafamiliares nomeadamente dos subsistemas conjugal e filial. O “exossistema” verifica 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”, por fim o desenvolvimento “ontogenético” diz respeito às diferenças

individuais que os pais trazem de suas histórias de vida para o “microsistema familiar” (pp. 320-335).

Partindo desta descrição e à luz da cibernética, a família é vista como um sistema, composto de vários subsistemas que interagem entre si, isto é, uma ordem dinâmica de partes e processos entre os quais se exercem interações recíprocas sendo que, a família como um todo, se torna um sistema aberto, constituído por várias unidades presentes no sistema familiar, que por sua vez fazem parte de um sistema mais amplo que é a



sociedade. As relações entre estes dois sistemas (família-sociedade) por permanentemente se influenciarem, permitem uma continuidade, mas também mudanças, que se verificam em espiral, isto é não voltam o ponto de partida (Dias, 2011, pp. 149-150).

Segundo Gomes (2017) a família é disfuncional quando existem vários fatores associados, desde perturbações psicológicas/psiquiátricas, assim como o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e outras drogas, ou, no caso do subsistema conjugal, nunca foi criada uma plataforma comum entre os dois subsistemas individuais sobretudo devido à falta de comunicação e de flexibilidade (p. 220).

Violência parental contra criança

De acordo com Guerra (2001) a expressão “violência doméstica contra crianças e adolescentes” representa todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes, sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima (citado por De Antoni & Batista, 2014, p. 26). A violência física consiste no uso da força física de maneira intencional contra uma criança ou um adolescente que venha ocasionar qualquer tipo de dano físico, que vai de um simples arranhão à morte (Rodrigues, 2005, p. 169). Alguns dos problemas que surgem com as crianças, podem resultar dos estilos parentais que cada um dos progenitores adota, e do desequilíbrio entre a importância do afeto e da

disciplina nas interações Diane Baumrind descreve quatro estilos parentais: autocrático, autoritário, permissivo, desligado/negligente (Santos, 2013, p. 142).

Gomide (2003) no seu estudo sobre estilos parentais, selecionou variáveis vinculadas ao desenvolvimento do comportamento antissocial, sendo as práticas educativas negativas: a negligência, o abuso físico e psicológico, disciplina relaxada, punição inconsistente, monitoria negativa (cit. in por Maia & Williams, 2005, p. 96).

Método

A presente pesquisa é de natureza descritiva e exploratória, de tipo quantitativo. Tem como objetivo estudar as interações entre membros da família que caracterizam os padrões de trocas comportamentais, resultados associados, prevalência da violência e formas de violência em criança de idade escolar, em Luanda no município de Talatona.

Participantes e instrumento

Este estudo que foi realizado na Província de Luanda, Município de Talatona, teve como população alvo as crianças de ambos os sexos, em idade escolar (entre os 6 e os 10 anos de idade), a residirem em Talatona que não frequentavam qualquer estabelecimento de ensino (N= 140). Teve como variável independente a criança em idade escolar e variável dependente a violência parental, relações familiares e tipos de violência. Para o efeito foi por nós elaborado um inquérito de perguntas abertas e fechadas que foi devidamente testado para aferir linguagem e esclarecer dúvidas.

Ao inquérito que englobava perguntas sobre situação sociodemográfica, violência doméstica associamos uma grelha de observação também por nós elaborada, para deteção de sinais de violência. As respostas às perguntas quantitativas foram tratadas em “Statistical Package for Social Sciences” – SPSS para o Windows, versão 12.0. Nas respostas às perguntas abertas foi feita análise de conteúdo e estabelecidas numa 1ª leitura categorias e

subcategorias que foram reorganizadas após uma análise mais profunda. Para avaliar os indicadores de violência física, utilizamos como critérios de avaliação as respostas em alternativa (sim / não) às perguntas no inquérito por nós elaborado.

Resultados e Discussão

Foram estudadas 140 crianças com idades compreendidas entre os 6 e 10 anos de idade de ambos os sexos, a maioria (57,1%) eram do sexo masculino (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da Amostra de Acordo com a Idade e Género

Género	Idades						Total
	6-8		9-10				
	N	n = (%)	N	n = (%)	N	n = (%)	
Feminino	27	(39,1)	33	(46,5)	60	(42,9)	
Masculino	42	(60,9)	38	(53,5)	80	(57,1)	
Total	69	(100,0)	71	(100,0)	140	(100,0)	

Fonte: Dados da Investigação (2020)

Tabela 2. Indicadores dos Fatores que Precipitam o Equilíbrio Familiar

Descrição	N=140			
	Sim	n = (%)	Não	n = (%)
O pai faz o uso excessivo de bebidas alcoólicas	72	(51,4)	67	(47,9)
A mãe faz o uso excessivo de bebidas alcoólicas	69	(49,3)	70	(50,0)
A criança passa maior parte do tempo com um dos seus progenitores	85	(60,7)	55	(39,3)
Realizam algumas atividades em comum	103	(73,6)	37	(26,4)
Existe amor e calor humano entre os membros da família	124	(88,6)	16	(11,4)
Tomam as refeições no mesmo horário	98	(70,0)	42	(30,0)

Fonte: Dados da Investigação (2020)

Os resultados da nossa pesquisa apontam níveis percentuais consideráveis de consumo de bebidas alcoólicas para os pais em 51,4% e para as mães 49,3%. Havendo alguns casos em que ambos os progenitores abusavam do álcool, sendo esta situação citada por vários autores como indutora de pobreza e de vários tipos de violência, por poderem dar uma desinibição comportamental, e favorecerem uma disfuncionalidade familiar. No nosso

estudo havia mais de metade dos progenitores masculinos e quase metade dos progenitores femininos a abusar de bebidas alcoólicas (Tabela 2). É também de salientar que todas estas crianças, apesar de estarem em idade escolar, não frequentavam a escola, sendo-lhe impostas outro tipo de tarefas (Tabela 3). De acordo com Chincalece e Silva (2017), os efeitos do consumo de substâncias tais como o álcool e outras substâncias ilícitas, também poderão encaminhar o sujeito para uma conduta violenta. A violência pode revelar-se em abuso físico e/ou psicológico e pode ser dirigida diretamente ao filho, ao cônjuge, a ambos ou a outros elementos que co-habitem no agregado (p. 187).

Tabela 3. Indicadores de Dinâmica Interativa e Poder

Descrição	N=140			
	Sim	n = (%)	Não	n = (%)
A criança cuida das tarefas domésticas	114	(81,4)	24	(17,1) (1,4/S inf.)
Os pais apoiam a criança na resolução de tarefas diárias	97	(69,3)	43	(30,7)
A criança pode tomar as suas próprias decisões	18	(12,9)	122	(87,1)
A criança frequenta algum estabelecimento de ensino (ATL)	7	(5,0%)	133	95,0%)
Os pais demonstram apoio ou satisfação, quando a criança faz alguma coisa acertadamente	112	(80,0)	28	(20,0)

Fonte: Dados da Investigação (2020)

Apesar de 73,6% das crianças realizarem algumas atividades com os pais, existe inacessibilidade ao sistema de ensino, negligência e exploração de trabalho infantil. A maioria (62,1%) executa tarefas domésticas, nas quais se inclui sobretudo cuidar de irmãos menores, lavar a louça, transportar água, etc. No nosso estudo e tendo em atenção a idade das crianças inquiridas e as tarefas domésticas que desempenham poderemos suspeitar de que estamos na presença de exploração do trabalho infantil (embora este não seja remunerado). O trabalho infantil é exploração quando é realizado em condições inadequadas, prejudiciais e/ou perversas; exige da criança ou do jovem uma atividade constante e desproporcional às suas forças, ao seu estágio de desenvolvimento psicossocial; ou, a atividade impede as brincadeiras, os jogos, o descanso e em especial, a escolarização regular (Gomes, 1998, p. 54).

Tabela 4. Indicadores de Violência Indireta

Descrição	N=140			
	Sim	n = (%)	Não	n = (%)
Os pais agredem-se fisicamente na presença da criança	18	(12,9)	122	(87,1)
Os pais proferem palavras obscenas na presença da criança	16	(11,4)	124	(88,6)
A criança sofre agressões verbais	37	(26,4)	103	(73,6)
A criança conversa, participa e coopera	126	(90,0)	14	(10,0)
A criança demonstra apatia ou tristeza	40	(28,6)	100	(71,4)

A criança parece bem, descontraída e capaz de sorrir	121	(86,4)	19	(13,6)
--	-----	--------	----	--------

Fonte: Dados da Investigação (2020)

De acordo com Sani (2018), os mecanismos de violência no contexto familiar abarcam uma diversidade de alvos, múltiplas ofensas e formas de vitimização que pode ser direta e indireta (p. 36). Os dados da nossa pesquisa apontam para violência indireta (psicológicas) em 26,4 % das crianças que sofrem de agressões verbais, 12,9% e as que presenciam agressões físicas em 11,4%. Existe também sentimentos de apatia em 28,6% da amostra.

Tabela 5. Indicadores de Violência Direta

Descrição	N=140			
	Sim	n = (%)	Não	n = (%)
A criança conversa, participa e coopera	126	(90,0)	14	(10,0)
A criança demonstra sinais de maus-tratos	21	(15,0)	119	(85,0)
A criança sofre agressões físicas	37	(26,4)	103	(73,6)
A criança apresenta hematomas	8	(5,7)	132	(94,3)
A criança tem manifestado comportamentos agressivos para com os outros	25	(17,9)	115	(82,1)

Fonte: Dados da Investigação (2020)

Segundo os resultados da pesquisa 26,4 % das crianças sofrem agressão física e 15% apresenta sinais de maus-tratos dentre os quais 5,7 % com hematomas. De acordo com Bérnago e Bazon (2011) a exposição a maus-tratos na infância pode produzir efeitos negativos por meio de diferentes mecanismos, sendo que todos tornariam o adulto mais vulnerável a estressores diversos, os quais, no contexto do exercício de sua própria parentalidade, funcionariam como riscos proximais para a repetição da violência com os próprios filhos (p. 711).

Tabela 6. Indicadores de Negligência e Comportamento de Risco

Descrição	N=140			
	Sim	n = (%)	Não	n = (%)
A criança passa alguma parte do tempo sozinha(o)	34	(24,3)	106	(75,7)
A criança já teve iniciativas de atos sexuais	11	(7,9)	129	(92,1)
A criança faz brincadeiras sexualizadas	15	(10,7)	125	(89,3)
A criança tem comportamentos verbais de natureza sexual	11	(7,9)	129	(92,1)
A criança passa parte do seu tempo com desconhecidos	31	(22,1%)	108	(77,1%) (0,7/S inf.)
A criança esconde algum tipo de segredo a pedido de um dos pais	18	(12,9%)	122	(87,1%)

Fonte: Dados da Investigação (2020)



Vale salientar que na nossa investigação há 22,1% de crianças que passa parte do seu tempo com desconhecidos, 24,3% passa algum tempo sozinha sendo, no entanto ainda mais preocupante o facto de serem crianças entre os 6-10 anos e em 7,9 % dos casos já terem tido iniciativas de atos sexuais e 10,9 % fazer brincadeiras sexualizadas. Entre os que já tiveram “brincadeiras” identificamos dois casos de abuso sexual. Um de incesto praticado pelo irmão de 14 anos (atos regulares de penetração anal e vaginal) há mais ou menos 1 ano tendo mantido segredo a pedido do irmão; neste caso os pais estavam desempregados, eram negligentes e ambos consumiam álcool em excesso. A outra vítima com apenas 9 anos afirma guardar segredo do “tio da cantina” que a alicia com doces. Desconhece a idade do mesmo e não soube referenciar o número de vezes que já praticou sexo, mas refere terem sido várias. Segundo Silva (2009) a negligência é um tipo de violência que se materializa nas atitudes omissas descomprometidas. No caso da falta de cuidados e de atenção, assim como a ausência de alimentação, atendimento médico, vacinas, higiene, educação, vestuário, configura negligência, porém há que se ter em atenção padrões socioculturais em casos extremos há o abandono (p. 157).

Conclusão

A violência sobre crianças em idade escolar residentes no município de Talatona é uma realidade desde a inacessibilidade ao sistema de ensino, à negligência e exploração de trabalho infantil, passando pela falta de liberdade para tomar as suas próprias decisões, remete-as para um estado de dependência e obediência. Vários são os motivos que impedem a criança de frequentar o ensino, desde as dificuldades financeiras à falta de estruturas públicas e ao facto de algumas não possuírem qualquer registo civil.

Referências

- Abreu, M. V. (2002). *Cinco ensaios sobre motivação*. (1ª ed.). Livraria Almedina.
- Assembleia Nacional de Angola (2012). Lei sobre a Protecção e Desenvolvimento Integral da Criança. Lei n.º 25/12 (lexlink.eu)
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, 35(4), 320-335. <http://dx.doi/10.1037/0003-066X.35.4.320>
- Bérgamo, L. P. D., & Bazon, M. R. (2011). Experiências infantis e risco de abuso físico: Mecanismos envolvidos na repetição da violência. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(4), 710-719. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722011000400011>
- Chincalece, L., Silva, G. J., (2017). Avaliação psicológica pericial na parentalidade. In F. Xarepe, I. F. Costa & M. Morgado (Coords.), *O risco e o perigo na criança e na família*. (1ª ed., pp. 179-190). Edição Pactor.
- De Antoni, C., & Batista, A.F. (2014). Violência familiar: Análise de fatores de risco e proteção. *Diaphora*, 14 (2), 26-35.
- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspectiva sistémica - o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, 139-156. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento>



- Gomes, A. (2017). A relação de Casal... na encruzilhada entre a conjugalidade e a parentalidade. In F. Xarepe, I. F. Costa & M. Morgado (Coords.), *O risco e o perigo na criança e na família*. (1ª ed., pp. 217-224). Edição Pactor.
- Gomes, J. V. (1998). Vida familiar e trabalho de crianças e jovens pobres. *Paidéia, FFCLRP USP. Ribeirão Preto*, 8, 14-15. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X1998000100005>
- Instituto Nacional da Criança. (2023). Notícias | Portal do INAC (gov.ao)
- Maia, J. M., & Williams, L. A. (2005). Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas em Psicologia*. 13(2), 91-103. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413
- Meira, R. C. M., & Centa, L. M. (2003). A evolução da família e suas implicações na educação dos filhos. *Revista: Família Saúde e Desenvolvimento*. 5(3), 223-230. <http://dx.doi.org/10.5380/fsd.v5i3.8085>
- OMS (2014). *Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014*. Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo.
- Redondo, J. (2017). Quando o passo está desacertado: Violência no contexto familiar e ser criança. In F. Xarepe, I. F. Costa & M. Morgado (Coords.), *O risco e o perigo na criança e na família*. (1ª ed., pp. 49-39). Edição Pactor.
- Reis, F. L. (2018). *Investigação científica e trabalhos académicos: Guia prático*. (1ª ed.). Edições Silabo.
- Rodrigues, W. M. (2005). Abuso sexual infanto-juvenil: Uma análise à luz da jurisprudência penal brasileira. In J. R. P. Veronese, (Org.). *Violência e exploração sexual infanto juvenil: crimes contra a humanidade*. Editora OAB/SC.
- Sani, A. (2018). Intervenção terapêutica em grupo com crianças expostas à violência doméstica. In A. Sani & S. Caridade (Coords.), *Violência, agressão e vitimação: práticas para a intervenção*. (2ª edição). Edições Almedina.
- Santos, C. M. (2013). *Problemas de saúde mental em crianças e adolescentes: Identificar, avaliar e intervir*. (1ª ed.). Edições Silabo Lda.
- Silva, S. V. M. (2009). Abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma análise do projeto “Depoimento Sem Dano”. *Olhares Plurais*. 1(6), 154-170.



CAPITULO 25

Abuso Sexual: Desenvolvimento Emocional e Fatores de Risco na Adolescência

Ernestina Manuel¹, José De Alcântara² e Zaida Azeredo³

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

²Universidade Agostinho Neto em Luanda

³RECI/ Piaget Viseu.

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

Resumo:

O abuso sexual é um problema mundialmente conhecido. De acordo com as estatísticas divulgadas pelo Instituto Nacional da Criança, de junho à setembro de 2020 foram registados 1.141 casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes, março de 2021 a 2022, 4.706 casos. Pesquisa quantitativa, realizada em Angola-Luanda, município de Talatona, no Complexo Escolar 9037, inqueridos 100 adolescentes com idades compreendidas entre 12 e 18 anos, com o objetivo de avaliar o impacto psicológico do abuso sexual no desenvolvimento emocional. Para o tratamento dos dados foi utilizado o SPSS. Segundo os resultados, 74% conhece as formas de abuso sexual, 6% praticou ato sexual com um adulto, 7% praticou ato sexual com um parente, 8% aliciado a praticar por dinheiro, 9% obrigado a acariciar as partes íntimas de um adulto, 26% assistiu vídeos pornográficos a pedido de um adulto. São emoções que prevalecem nos adolescentes: 33% tristeza, 41% arrependimento, 30% culpa, 41% necessidade de partilhar segredo e não sabe com quem, 56% medo de frequentar determinados lugares, 30% vergonha, 47% desconfiança, 34% dificuldade em manter o sono, 44% deixou de frequentar lugares, 67% desconfia dos adultos e 23% se considera infeliz. O abuso sexual é um fator de risco para a saúde mental dos adolescentes.

Introdução

O abuso sexual em crianças e adolescentes é um problema mundialmente conhecido, não recente, porém que está a aumentar, não só porque se tornou mais visível devido à informação dos mass-media, e de passar a haver legislação que o incrimina, mas também pelas alterações estruturais da família, mas também por se ter tornado numa fonte de riqueza apetecível para quem o pratica (redes de pedofilia). Em Angola de acordo com as estatísticas divulgadas pelo Instituto Nacional da Criança (INAC): de junho a setembro de 2020 foram registados (1.141) casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes; de março de 2021 a 2022 (4.706); de 1 a 7 de janeiro de 2023 (314) denúncias de violência



contra a criança e 22 (9%) correspondem ao abuso sexual de menores. De 1 a 7 de abril de 2023, houve 104 denúncias estando 7(7%) relacionadas com abuso sexual (INAC, 2023).

Abuso sexual em crianças e adolescentes

De modo geral, Stratton e Hayes (2008) consideram o abuso sexual infantil como uma forma de abuso infantil, em que as crianças são envolvidas em atividades sexuais inadequadas, na maioria das vezes com adultos, e que é psicologicamente danosa (2008, p. 1). Para Magalhães et al. (2010) o abuso sexual infantil é o envolvimento da criança ou jovem em práticas que visam a gratificação e satisfação sexual do adulto ou jovem mais velho, numa posição de poder ou autoridade sobre aquele (p. 8).

Importa salientar que abuso sexual infantil não é sempre sinónimo de violação, podendo assumir várias formas, algumas das quais sem penetração. Com as crianças o agressor raramente utiliza a força física para concretizar a ação, preferindo outras abordagens como o aliciamento e/ou utilizando um vínculo de confiança, de autoridade ou de poder e do qual se aproveita para perpetrar a ação (Itembi, 2011 p. 40). Frequentemente o abuso infantil é perpetrado por elemento (pai, padrasto, irmãos, e, outros familiares, bem como vizinhos) próximos em quem a criança deposita confiança o qual tem algum poder ou autoridade sobre elas (Sanderson, 2008, p.79).

Outras formas que poderemos considerar de violência sexual (com uma forte componente sociocultural) podem ser: o “desfloramento mecânico” presente nos grupos étnicos dos Bantos, realizado por uma mulher idosa utilizando os seus dedos ou um pequeno instrumento; (...) bambu dependurado a volta da vagina por aproximadamente três meses ou com formigas ao redor da vulva para devorarem as ninfas e o clitóris; a mutilação genital (...), acreditam que o órgão sexual é símbolo da vida e cortá-lo é como abrir as comportas da vida para que o seu caudal possa ter livre curso” (Altuna, 2014, p. 298-299).

Adolescência e fatores de risco

Segundo a OMS a adolescência é o período do ciclo vital que vai dos 10 aos 19 anos, cronologicamente dividida em pré-adolescência ou adolescência precoce (dos 10 -14 anos) e adolescência tardia (dos 15-19 anos). A adolescência é também uma fase de oportunidades. Assim o adolescente ao testar a sua coragem para defrontar o perigo, quebra simbolicamente as barreiras da infância, tornando-se parte integrante do grupo de pares, ligando assim a assunção do risco a uma das mais velhas tradições da humanidade (Michel & Purper-Ouakil, 2006, p. 216). Para Colombo (2013) toda a criança que foi submetida a um abuso intrafamiliar crónico sofre um dano psíquico e, por conseguinte, estruturará seu psíquico de uma maneira particular que leva a um comportamento e a distorções perceptivas que dificultam um adaptado e evolutivo desenvolvimento pessoal (p. 16). Zimmerman (1999) afirma que é necessário compreender o processo da transgeracionalidade, isto é, há uma forte tendência de que os conflitos resolvidos pelos pais da criança com os seus respetivos pais originais, interiorizados, (...) sejam reeditados nas pessoas dos filhos (p. 103).

De acordo com Paludo e Schiro (2012) de entre os “fatores de risco associados à violência sexual cometida contra adolescentes e jovens adultos” (...) sobressaem o alcoolismo, a



violência familiar e ter familiares que estão ou estiveram presos bem como ser menina e consumir álcool (...) por outro lado, o mesmo estudo identificou que “a violência sexual tende a associar-se à vivência de outros episódios de violência” (p. 402).

Segundo a teoria do equilíbrio do desenvolvimento emocional de Giblin (1981), existe uma distinção entre sentimentos e emoções. Dos 7 aos 12 anos, o desequilíbrio é provocado por percepções imediatas e por comparações sociais e as respostas emocionais envolvem padrões característicos de comportamento; acima dos 13 anos, o desequilíbrio é provocado por comparações interiores e as emoções começam a contribuir para a estabilidade da conceção do Self, particularmente através do humor e atitudes prevalentes (Strongman, 2004, p. 167). E as relações interpessoais da primeira infância desempenham um papel construtivo radical, assumindo o carácter de relações constitutivas da personalidade, ausência ou privação delas, suas deformações, obstáculos ou deficiências, podendo provocar perturbações diversas: regressões, fixações, bloqueios, ou paragem no desenvolvimento global da personalidade (Abreu, 2002, p. 43). Estando associadas com interpretações cognitivas da situação que as produz, tais interpretações cognitivas podem estar associadas diretamente com as emoções secundárias e não apenas com primárias (Williams et al. 2000, p. 22).

Método

O estudo tem como objetivo avaliar o impacto psicológico de abusos sexuais no desenvolvimento emocional do adolescente, no município de Talatona, no Complexo Escolar 9037 (Angola-Luanda).

Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo transversal, enquadrado no paradigma quantitativo. De acordo com Reis (2018) todos os dados podem ser quantificáveis, o que significa que são traduzidos em números, as opiniões e informações para os classificar e analisar. É baseado na observação de fenómenos e tem a finalidade de validar os conhecimentos e a probabilidade de extrapolar os resultados. Permite a realização de estudos com grandes amostras representativas, generalizando as respetivas populações (p. 78).

Participantes

Foram inquiridos 100 adolescentes com idades compreendidas entre 12 e 18 anos, incluídos os adolescentes que possuíam idades compreendidas entre 12 e 18 anos que frequentam o Complexo Escolar 9037 no período da tarde e residem no Distrito Urbano do Futungo de Belas (33.3% do total). Do estudo foram excluídos todos os adolescentes que frequentavam o Ensino Secundário 9037, mas que têm idades inferiores a 12 e superiores a 18, ou que são provenientes de outros Distritos Urbanos. Bem como os adolescentes com idade entre os 12 e 18 anos, mas que frequentam a escola no período da manhã.

Instrumento

Segundo Quivy e Campenhoudt (2013) o inquérito por questionário consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma serie de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude, em relação a questões humanas e sociais, suas expectativas e nível de conhecimentos (...) (p.188). Para o presente trabalho foi elaborado um inquérito com perguntas fechadas, que visavam não só a caracterização socio demográfica dos inquiridos, mas o inquérito era composto por 31 questões subdividas em três dimensões:

- Aspetos que facilitam a compreensão sobre o abuso sexual;
- Descrição dos fatores de risco para a ocorrência do abuso sexual;
- Identificação das emoções negativas.

Após formulação de perguntas, submeteu-se o questionário a uma avaliação dos Juízes aplicando o IVC (Índice de Validade de Conteúdo). Desta feita, foram reformuladas ou eliminadas aquelas questões que não se enquadravam com as variáveis em estudo. Antes de ser aplicado o questionário foi devidamente testado para aferir linguagem e efetuar eventuais correções. Com a duração aproximada de 10 minutos aplicou-se o questionário e fez-se uma observação, usando o modelo formal, o papel do entrevistador foi diretivo, associado a outros eixos semânticos através da similaridade, participação e análise proposicional do discurso. Para o tratamento dos dados foi utilizado o “Statistical Package for Social Sciences” – SPSS para o Windows, versão 12.0.

Considerações éticas

Antes da aplicação dos questionários foram solicitadas às instituições e aos encarregados de educação as devidas autorizações/consentimentos. Aos adolescentes foram-lhes garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Análise e Discussão dos Resultados

Foram inquiridos 100 adolescentes, de idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, de ambos os sexos (tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos inquiridos por grupo etário e género

Idade (anos)	PM	Total	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
12-14	13,5	73	24	49	77%	71%
15-18	16,5	27	7	20	23%	29%
Total	100		31	69	100%	100%

Fonte: Dados da Investigação (2022)

Tabela 2. Aspetos que Facilitam a Compreensão sobre o Abuso Sexual



Questões em Estudo (%)	Masculino n = 31 (%)		Feminino n = 69	
	Sim	Não	Sim	Não
Os teus pais conversam sobre como se prevenir de um abuso sexual?	16 (52,0)	15 (48,0)	48 (70,0)	21 (30,0)
Alguma vez já foi forçado(a) a praticar ato sexual e obrigado(a) a permanecer em silêncio?	3 (10,0)	28 (90,0)	4 (6,0)	65 (94,0)
Já foi obrigado(a) a permanecer em silêncio por causa de um envolvimento sexual?	6 (19,0)	25 (81,0)	6 (9,0)	63 (91,0)
Já ouviu falar sobre as formas de abuso sexual?	24 (77,0)	7 (23,0)	50 (72,0)	19 (28,0)
Sente necessidade de partilhar algum segredo?	8 (26,0)	23 (74,0)	15 (22,0)	54 (78,0)
Sofreu ou sofre ameaças para manter um segredo?	3 (10,0)	28 (90,0)	1 (1,0)	68 (99,0)
Já foi forçado(a) a praticar ato sexual com um adulto?	4 (13,0)	27 (87,0)	2 (3,0)	67 (97,0)
Já foi forçado(a) a praticar ato sexual com um parente?	3 (10,0)	28 (90,0)	4 (6,0)	65 (94,0)
Já foi aliciado(a) a praticar ato sexual por dinheiro?	3 (10,0)	28 (90,0)	5 (7,0)	64 (93,0)
Já foi aliciado(a) a praticar ato sexual sob ameaça de reprovar de classe?	2 (6,0)	29 (94,0)	3 (4,0)	66 (96,0)
Já foi obrigado(a) a acariciar ou tocar nas partes íntimas de um adulto?	5 (16,0)	26 (84,0)	4 (6,0)	65 (94,0)

Fonte: Dados da Investigação (2022)

Em ambos o sexo existe uma elevada percentagem que afirma que os pais conversam com eles sobre como prevenir abusos sexuais e que já ouviram falar de abusos sexuais, porém apesar disso há 19% de rapazes e 10% de raparigas que foram obrigados a permanecer em silêncio devido a um envolvimento sexual; 13% dos rapazes forçado a praticar ato sexual com um adulto; 16% dos rapazes e 6% das raparigas forçados a tocar ou acariciar as partes íntimas de um adulto. De salientar ainda que 10% dos rapazes e 7% das raparigas já foram aliciados a praticar ato sexual por dinheiro (Tabela 2).

Kaplan e Sadock (1990) afirmam existir também um elevado índice de abuso sexual em contexto extrafamiliar, tendo sido relatado em escolas, creches e lares grupais, onde os adultos que cuidam das crianças são os principais perpetradores (Neves, Castro, Hayeck & Cury, 2010, p. 101). Finkelhor (1994) afirma que resultados em pesquisas norte-americanas apontam para que 7% a 36% para mulheres e 3% a 29% para homens” sofram abusos sexuais (pp. 409-417).

Tabela 3. Distribuição dos Inquiridos por Sexo e Fatores de Risco para Ocorrência de Abuso Sexual

Questões em Estudo	Masculino		Feminino	
	n = 31(%)		n = 69 (%)	
	Sim	Não	Sim	Não
Aceita sair com desconhecidos?	1 (3,0)	30 (97,0)	4 (6,0)	65 (94,0)
Já assistiu a vídeos pornográficos a pedido de adulto ou colegas?	14 (45,0)	17 (55,0)	12 (17,0)	57 (83,0)
Já perdeu aulas a troco de um passeio com adulto?	4 (13,0)	27 (87,0)	4 (6,0)	65 (94,0)
Já consumiu álcool?	6 (19,0)	25 (81,0)	15 (22,0)	54 (78,0)
Já consumiu outras drogas?	4 (13,0)	27 (87,0)	3 (4,0)	66 (96,0)
Já experimentou fumar?	6 (19,0)	25 (81,0)	9 (13,0)	60 (87,0)
Foi obrigado a fazer algo para agradar os outros e ser aceite no grupo?	10 (32,0)	21 (68,0)	16 (23,0)	53 (77,0)
Recebe com frequência dinheiro ou presentes de adultos sem o consentimento dos seus pais?	6 (19,0)	25 (81,0)	12 (17,0)	57 (83,0)

Fonte: Dados da Investigação (2022)

Foram identificados alguns comportamentos de risco entre os quais citamos para as meninas: 22% já consumiu álcool e 17% assistiu a vídeos pornográficos. O estudo realizado por Paludo e Schiro (2012) concluiu que “o fato de ser menina e de ter consumido bebida alcoólica” constituíam indicadores de “risco” para “violência sexual” que pode acontecer no seio familiar ou na vizinhança (p. 402). Já entre os rapazes houve 45% que viu filmes pornográficos, 19% consumiu álcool e 13% consumiu drogas (Tabela 3).

A obediência à pressão por pares constitui um fator de risco importante, pois com o intuito de obter proteção contra por exemplo roubos, bullying etc., o adolescente/jovem pode envolver-se em atividades consideradas marginais, como envolvimento em redes de tráfico. No nosso estudo 32% dos rapazes e 23% das raparigas já foram obrigados a fazer algo para agradar aos outros e serem aceite no grupo. No entanto, o benefício da dita “proteção” tende a remeter o “adolescente/jovem” para uma posição de fragilidade, com predisposição para a violação dos seus direitos (Paludo & Schiro, 2012, p. 402).

Tabela 4. Distribuição dos Inquiridos por Sexo e Descrição das Emoções Negativas

Questões em Estudo	Masculino			
	n = 31 (%)		n = 69 (%)	
	Sim	Não	Sim	Não
Sente tristeza com frequência?	10 (32,0)	21 (68,0)	23 (33,0)	46 (67,0)
Sente-se arrependido por algo?	14 (45,0)	17 (55,0)	27 (39,0)	42 (61,0)



Sente culpa por aceitar algo do qual te arrependes?	12 (39,0)	19 (61,0)	18 (26,0)	51 (74,0)
Sente necessidade de partilhar algum segredo e não sabe a quem recorrer?	13 (42,0)	18 (58,0)	28 (41,0)	41 (59,0)
Sente medo de frequentar determinados lugares?	13 (42,0)	18 (58,0)	42 (62,0)	26 (38,0)
Existe algum acontecimento que tornou a sua vida muito triste?	16 (52,0)	15 (48,0)	33 (48,0)	36 (52,0)
Sente vergonha por algo que te aconteceu?	17 (55,0)	14 (45,0)	13 (19,0)	56 (81,0)
Sente-se culpado(a) por aceitar manter contato com um adulto (beijo, carícias, tocar nas íntimas)?	5 (16,0)	26 (84,0)	11 (16,0)	58 (84,0)
Perde sono por pensar em algo que te preocupa?	10 (32,0)	21 (68,0)	24 (35,0)	45 (65,0)
Deixou de frequentar algum lugar por medo?	16 (52,0)	15 (48,0)	28 (41,0)	41 (59,0)
	7 (23,0)	24 (77,0)	26 (38,0)	43 (52,0)
Acredita que não se pode confiar nos adultos?				
Te consideras feliz?	23 (74,0)	8 (26,0)	54 (78,0)	15 (22,0)

Fonte: Dados da Investigação (2022)

Apesar de uma alta percentagem de rapazes e de raparigas dizerem que são felizes do questionário ressaltam várias emoções negativas como por exemplo: *sente necessidade de partilhar um segredo e não sabe com quem; Deixou de frequentar algum lugar por medo, em Sente medo de frequentar determinados lugares*, Algumas das emoções negativas, têm maior incidência para o género feminino, enquanto outras a maior incidência é nos rapazes Tanto nos rapazes como nas raparigas, 16% sente-se culpado por manter um contacto íntimo com um adulto. Chamou-nos também a atenção, o fato de que os adolescentes sentem necessidade de partilhar segredo, e não sabem a quem recorrer, uma vez que são adolescentes e como tal encontram-se numa fase da vida em que se viram para os pares.

Vários estudos apontam que o abuso sexual vivenciado na infância e na adolescência, se não for atendido adequadamente aumenta o risco de futuros distúrbios psíquicos (citado por Neves et al., 2010, p. 105; Rush, 1980; Russel, 1986; Briere, 1992; Moqueen, Itzin, Kennedy, Sinason & Maxted, 2008).

Conclusões

O abuso sexual é algo danoso para a saúde e bem-estar do adolescente, provocando consequências físicas e psicológicas, provocando sentimentos como medo, insegurança, tristeza, solidão, etc. que se podem estender para a sua vida de adulto. Nos adolescentes estudados foram também detetados comportamento de risco associados: à visão de filmes pornográficos, consumo de álcool e outras drogas. Muitos adolescentes desconhecem as formas de abuso sexual, o que os torna ainda mais vulneráveis, por ignorância. Por isso



é importante uma intervenção comunitária por uma equipa multidisciplinar que vise não só a educação dos adolescentes e respetivos pais, mas também intervenha detetando precocemente casos de risco muito elevado e os procure solucionar.

Referências

- Abreu, M. (2002). *Cinco ensaios sobre motivação*. (2ª ed.). Editora Almedina.
- Altuna, R. R. A. (2014). *Cultura Tradicional Bantu*. (2ª ed.). Paulinas Editoras.
- Colombo, I. R., Agosta, C. B. &, Barilari, Z. (2013). Abuso y maltrato infantil. *Inventário de frases revisado*. (3ª ed.). Cauquen Editora.
- Finkelhor, D. (1994). A epidemiologia internacional do abuso sexual infantil. *Maus-tratos infantis e negligência*, 18(5), 409–417. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(94\)900264](https://doi.org/10.1016/0145-2134(94)900264)
- Imbamba, J. M. (2010). *Uma Nova Cultura: Para mulheres e homens novos*. (2ª ed.). Edições Angola.
- Instituto Nacional da Criança. (2023). Notícias | Portal do INAC (gov.ao)
- Intebi, I. (2011) *Proteger, reparar, penalizar: evaluación de sospechas de abuso sexual infantil*. La ed. Granica.
- Magalhães, T. (2010). *O abuso de crianças e jovens: Da suspeita ao diagnóstico*. Lidel, Edições técnicas, Lda.
- Michel, G., & Purper-Ouakil, D. (2006). *Personalidade e Desenvolvimento: Do normal ao patológico*. Instituto Piaget.
- Neves, A. S., Castro, G. B., Hayeck, C. M., & Cury, D. G. (2010). Abuso Sexual contra a criança e o adolescente: Reflexes interdisciplinares. *Temas em psicologia*. 18(1), 99- 111. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=513751435009>
- Paludo, S. S., & Schirò, B. D. E. (2012). Um estudo sobre os fatores de risco e proteção associados à violência sexual cometida contra adolescentes e jovens adultos. *Estudos de Psicologia*, 17(3), 97-404. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000300007>
- Quivy. R., & Campenhoudt, L.V. (2013). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. (6ª ed.). Editora Gradiva.
- Reis, F. L., (2018). *Investigação Científica e Trabalhos Académicos: Guia Prático*. (1ª ed.). Edições. Silabo.
- Sanderson, C. (2008). Abuso sexual em crianças: fortalecendo pais e professores para proteger crianças contra abusos sexuais e pedofilia. *Reimpressão*. M. Books Editora Ltda. Stratton, P., & Hayes, N. (2008). *Dicionário de Psicologia: Tradução de Esméria Rovai*. Cengage Learning.
- Strongman, K. T. (2004). *A Psicologia da emoção*. (2ª ed.). Climepsi Editores.
- Zimmerman, D. E. (1999). *Fundamentos psicanalíticos: Teoria, técnica e Clínica: Uma abordagem didáctica*. Artmed.



CAPITULO 26

Confinamento pela pandemia COVID-19 e impacto na ansiedade dos adolescentes: revisão de literatura

Ana Beatriz Monteiro¹, Maria Inês Figueiredo² & Ana Margarida Moreira²

¹Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior;

²Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

Autor Correspondente: Ana Beatriz Monteiro. E-mail: a39437@fcsaude.ubi.pt

Resumo:

Em março de 2020, a OMS declarou a infeção pelo vírus SARS COV-2 como uma pandemia. Assim, os países impuseram medidas que priorizavam o distanciamento social e restringiam as interações sociais para conter a ameaça. Esses confinamentos são psicologicamente desgastantes para qualquer pessoa. Os adolescentes têm maior risco de desenvolver perturbação da ansiedade generalizada e podem ser especialmente vulneráveis aos efeitos negativos do isolamento que o fecho das escolas e a implementação do ensino à distância provocam. Pretende-se com esta revisão sistemática avaliar o impacto que a pandemia COVID-19 teve nos níveis de ansiedade dos adolescentes a nível mundial. Método: Através da consulta de bases de dados (PubMed, b-on e EBSCOHost) e com o apoio da ferramenta PRISMA, pretende-se recolher as referências mais relevantes, focando-se para tal nos artigos de língua inglesa e portuguesa publicados de janeiro de 2020 até setembro de 2022. Resultados: Tem sido documentado um aumento no número de adolescentes que relatam ter sentido ansiedade durante a pandemia COVID-19 devido às restrições e distanciamento social impostos pelos governos. Discussão: Tendo em consideração o aumento de casos de perturbação de ansiedade generalizada nos adolescentes durante a pandemia, revela-se necessário continuar a analisar a literatura sobre esse tema. Será ainda relevante disseminar ferramentas que permitam a melhoria da saúde mental dos adolescentes.

Introdução

A população mundial enfrentou uma situação sem precedentes devido à pandemia COVID-19. (1) O vírus disseminou-se rapidamente desde a sua descoberta em Wuhan, China, em dezembro de 2019. Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a COVID-19 como uma pandemia global devido à sua rápida transmissão. (1-4) O coronavírus pode causar sintomas respiratórios, febre, tosse e, nos



casos de maior gravidade, pneumonia, insuficiência renal e até morte. (5-7) As medidas de confinamento foram implementadas para conter a propagação do vírus, mas também tiveram um impacto psicológico. (2,8,9)

Em particular, a adolescência é um período crítico de desenvolvimento psicossocial, e os jovens são mais vulneráveis ao stress e têm menos recursos, pela maturação cerebral ainda em desenvolvimento e por menos experiência de vida, para lidar com situações stressantes, o que pode levar a sentimentos de incerteza e angústia. (6,10,11) Como parte do confinamento, muitas escolas encerraram e adaptaram-se a aulas online, exames online, entre outros, reduzindo as interações presenciais dos adolescentes com os seus colegas e levando-os a menos exercício físico, além de se ter verificado padrões de sono irregulares e dietas menos saudáveis. (4,12) Isso afetou negativamente a sua saúde física e mental. (3) Além disso, o isolamento social interferiu na predisposição do desenvolvimento dos adolescentes para procurar uma maior autonomia dos pais e priorizar relacionamentos com os seus pares, que são importantes fontes de apoio para o seu desenvolvimento social. (8,10,13)

A pandemia também aumentou os níveis de ansiedade entre os adolescentes. (14,15) O stress causado pelo isolamento, preocupações com a saúde e perdas pessoais pode desencadear sintomas de ansiedade e mesmo Perturbação de Ansiedade Generalizada. (4,16) No entanto, alguns adolescentes relataram também sentir-se menos ansiosos durante o confinamento, principalmente aqueles que sofriram bullying ou problemas com os pares. Também passar mais tempo com a família e ter tempo livre para atividades relaxantes pode ter efeitos benéficos na saúde emocional dos adolescentes. (13)

Objetivo

É assim pertinente analisar a literatura de modo a avaliar o impacto que a pandemia COVID-19 teve nos níveis de ansiedade dos adolescentes a nível mundial. O presente trabalho tem como objetivo fazer uma revisão sistemática sobre este tema.

Metodologia

Nesta Revisão Sistemática, foram utilizados os motores de busca PubMed, b-on e EBSCOHost para pesquisar artigos em inglês e português publicados entre janeiro de 2020 e setembro de 2022. As palavras-chave utilizadas foram "generalized anxiety disorder" [All Fields] AND "adolescents" [All Fields] OR "teenagers" [All Fields] AND "COVID-19" [All Fields] OR "SARS CoV-2" [All Fields] AND "lockdown" [All Fields] OR "quarantine" [All Fields]. Também foram consultadas outras fontes bibliográficas, incluindo tratados de Psiquiatria da Infância e da Adolescência.

Os critérios de inclusão foram estudos publicados entre janeiro de 2020 e setembro de 2022, em inglês ou português, com participantes adolescentes (10–19 anos, género masculino e feminino) que experimentaram sintomas de Perturbação de Ansiedade Generalizada durante a pandemia COVID-19. Foram excluídos estudos de caso, cartas ao editor, comentários ou manuscritos, estudos em adultos (acima de 19 anos), estudos em crianças (abaixo de 10 anos) e estudos em animais.

Após a eliminação de artigos duplicados, os títulos e resumos foram analisados para determinar sua elegibilidade. Em seguida, os estudos relevantes foram lidos na íntegra e sujeitos aos critérios de inclusão e exclusão anteriormente definidos. Assim, foram selecionados 16 artigos para a Revisão Sistemática. O fluxograma, baseado nos critérios PRISMA-2020, pode ser encontrado na Figura 1.

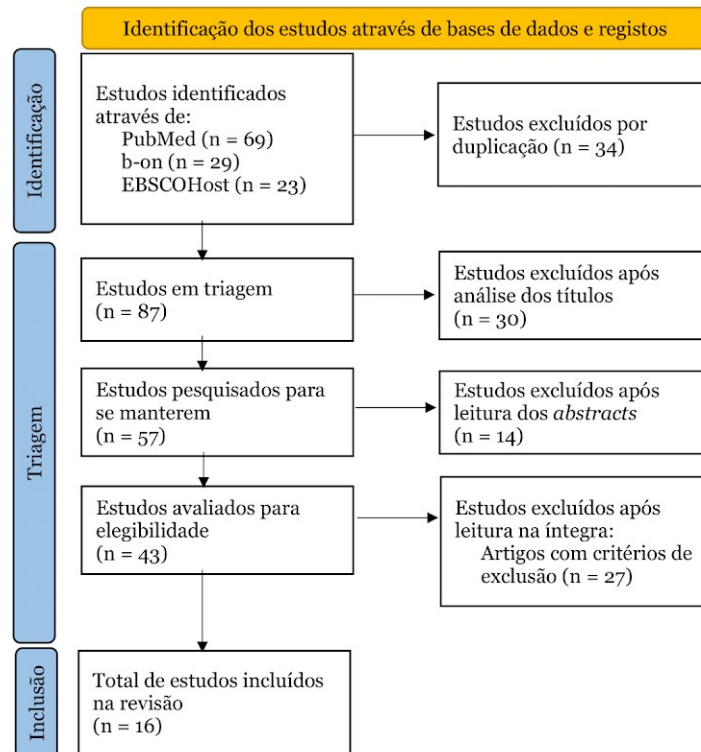


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção, segundo PRISMA-2020.

Resultados

Esta revisão sistemática incluiu um total de 16 estudos que investigaram o impacto da pandemia COVID-19 nos níveis de ansiedade dos adolescentes. Os estudos foram sobretudo publicados entre janeiro de 2021 e abril de 2022 e incluíram diversas populações, com destaque para a asiática (especialmente a China), europeia e norte-americana. Os tamanhos das amostras dos estudos variaram entre 60 e 57.984 participantes (n total = 196866), sendo que os estudos realizados na China tiveram as amostras mais numerosas. A maioria dos estudos foi transversal, mas também houve estudos longitudinais. Foram utilizadas diferentes escalas de avaliação do impacto emocional, incluindo a Escala de Ansiedade Generalizada de 7 itens (GAD-7), a Escala de Autoavaliação da Ansiedade (SAS), o Inventário de Ansiedade Estado-Traço (STAI), a Escala de Ansiedade Infantil de Spence (SCAS), o Questionário de Autoavaliação para Jovens (YSR 11-18) e a Checklist de Sintomas de Hopkins (HSCL-10).



Globalmente, os estudos mostraram que a pandemia teve um impacto negativo na saúde mental dos adolescentes, resultando em níveis elevados de ansiedade. Os fatores relacionados à pandemia que contribuíram para esse aumento incluíram o isolamento social, a incerteza em relação ao futuro, a perturbação das rotinas diárias e a exposição a informações traumáticas. (14)

Na Europa, diversos estudos relataram um aumento significativo dos sintomas de ansiedade durante o período de confinamento, afetando os adolescentes na Grécia, Itália, Alemanha, Suíça e Noruega. A prevalência de sintomas de ansiedade variou entre os estudos, mas foi observado um aumento geral nos níveis de ansiedade. (3,8,11,17,18)

Na América do Norte, estudos realizados no Canadá e nos Estados Unidos também mostraram um aumento da ansiedade entre os adolescentes durante a pandemia. No entanto, um estudo nos Estados Unidos identificou algumas mudanças positivas na saúde mental dos adolescentes durante o confinamento, como maior proximidade com a família e autocuidado. (10,13,15)

Na Ásia, especialmente na China, vários estudos verificaram que a pandemia teve impacto negativo na saúde mental dos adolescentes, resultando em níveis mais elevados de ansiedade. Além disso, foram identificados fatores como ter um membro da família infetado, más relações familiares, histórico de doença mental e baixa autoestima associados a um maior risco de desenvolver ansiedade. (2,4,6,7,12,16,19)

A pandemia COVID-19 teve um impacto significativo nos níveis de ansiedade dos adolescentes em diferentes regiões do mundo, com o isolamento social, a incerteza e a perturbação das rotinas diárias a serem fatores comuns que contribuíram para isso.

Discussão

Nesta revisão, foi realizada uma análise da literatura para avaliar o impacto da pandemia COVID-19 nos níveis de ansiedade dos adolescentes em todo o mundo. Vários países implementaram medidas de distanciamento social e restrições de encontros presenciais para conter o vírus, o que teve um impacto psicológico em pessoas de todas as idades. (8,9) A adolescência é um período crucial para o desenvolvimento psicossocial, e a presença do stresse adicional da pandemia torna os adolescentes mais suscetíveis a desenvolver problemas de saúde mental, como Perturbação de Ansiedade Generalizada. (6,10)

A pandemia teve um impacto negativo nos níveis de ansiedade dos adolescentes, resultando num aumento dos sintomas e numa maior prevalência de Perturbação de Ansiedade Generalizada. (14) Vários fatores contribuíram para esse aumento, incluindo a redução das interações presenciais entre pares devido ao fecho das escolas, a interferência nas atividades diárias importantes para o desenvolvimento emocional e a autonomia dos adolescentes, a preocupação com o desempenho académico, a insegurança económica nas famílias, o aumento dos conflitos familiares e a exposição a eventos traumáticos relacionados à pandemia. (4,8,12,18)



No entanto, a pandemia também teve alguns efeitos positivos na saúde mental dos adolescentes, como o alívio para aqueles que sofrem bullying, o fortalecimento dos laços familiares devido ao aumento do tempo juntos e a oportunidade de adotar estratégias de autocuidado, como exercício físico e meditação. (13)

É crucial continuar a investigar e compreender os efeitos da pandemia na saúde mental dos adolescentes e desenvolver estratégias eficazes para mitigar o seu impacto negativo. Isso inclui promover a resiliência e o desenvolvimento de estratégias de coping saudáveis, implementar programas de educação sobre saúde mental nas escolas, garantir o acesso a cuidados de saúde primários e serviços de saúde mental, oferecer apoio psicossocial adequado e envolver ativamente os adolescentes no planeamento e implementação de medidas de saúde pública. Isso fortalecerá sua autonomia e empoderamento, contribuindo para uma melhor saúde mental.

Conclusão

A pandemia COVID-19 teve um impacto significativo na vida diária de todos, com a interrupção das rotinas, o isolamento social e a incerteza em relação ao futuro. Isso aumentou a ansiedade dos adolescentes, representando um risco para a sua saúde mental. No entanto, também houve efeitos positivos, como mais tempo de qualidade em família, maior flexibilidade na gestão do tempo e autocuidado, além de menor exposição a situações de bullying. É de destacar a importância de priorizar a saúde mental dos adolescentes durante e após a pandemia, encorajando a expressão de sentimentos e fornecendo acesso a recursos de saúde mental. Essas medidas podem ajudar a lidar com o stress e a ansiedade causados pela pandemia, minimizando os efeitos negativos na sua saúde mental e promovendo o seu bem-estar futuro, incluindo sucesso académico e adaptação social e profissional.

Referências

1. Skoda, E. M., Bäuerle, A., Schweda, A., Dörrie, N., Musche, V., Hetkamp, M., Kohler, H., Teufel, M., & Weismüller, B. (2021). Severely increased generalized anxiety, but not COVID-19-related fear in individuals with mental illnesses: A population based cross-sectional study in Germany. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(5), 550-558. doi: 10.1177/0020764020960773.
2. Almhizai, R. A., Almogren, S. H., Altwijery, N. A., Alanazi, B. A., Al Dera, N. M., Alzahrani, S. S., & Alabdulkarim, S. M. (2021). Impact of COVID-19 on Children's and Adolescent's Mental Health in Saudi Arabia. *Cureus*, 13(11), e19786. doi: 10.7759/cureus.19786.
3. Giannopoulou, I., Efstathiou, V., Triantafyllou, G., Korkoliakou, P., & Douzenis, A. (2021). Adding stress to the stressed: Senior high school students' mental health amidst the COVID-19 nationwide lockdown in Greece. *Psychiatry Research*, 295, 113560. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113560.
4. Sifat, R. I., Ruponty, M. M., Rahim Shuvo, M. K., Chowdhury, M., & Suha, S. M. (2022). Impact of COVID-19 pandemic on the mental health of school-going



- adolescents: insights from Dhaka city, Bangladesh. *Heliyon*, 8(4), e09223. doi: 10.1016/j.heliyon.2022.e09223.
5. Bera, L., Souchon, M., Ladsous, A., Colin, V., & Lopez-Castroman, J. (2022). Emotional and Behavioral Impact of the COVID-19 Epidemic in Adolescents. *Current Psychiatry Reports*, 24(1), 37-46. doi: 10.1007/s11920-022-01313-8.
 6. Cao, C., Wang, L., Fang, R., Liu, P., Bi, Y., Luo, S., Grace, E., & Olf, M. (2022). Anxiety, depression, and PTSD symptoms among high school students in China in response to the COVID-19 pandemic and lockdown. *Journal of Affective Disorders*, 296, 126-129. doi: 10.1016/j.jad.2021.09.052.
 7. Liu, Y., Yue, S., Hu, X., Zhu, J., Wu, Z., Wang, J., & Wu, Y. (2021). Associations between feelings/behaviors during COVID-19 pandemic lockdown and depression/anxiety after lockdown in a sample of Chinese children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 284, 98-103. doi: 10.1016/j.jad.2021.02.001.
 8. Schmidt, S. J., Barblan, L. P., Lory, I., & Landolt, M. A. (2021). Age-related effects of the COVID-19 pandemic on mental health of children and adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1901407. doi: 10.1080/20008198.2021.1901407.
 9. Panchal, U., Salazar de Pablo, G., Franco, M., Moreno, C., Parellada, M., Arango, C., & Fusar-Poli, P. (2021). The impact of COVID-19 lockdown on child and adolescent mental health: systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-27. doi: 10.1007/s00787-021-01856-w.
 10. Bélanger, R. E., Patte, K. A., Leatherdale, S. T., Ganssone, R. J., & Haddad, S. (2021). An Impact Analysis of the Early Months of the COVID-19 Pandemic on Mental Health in a Prospective Cohort of Canadian Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 69(6), 917-924. doi: 10.1016/j.jadohealth.2021.07.039.
 11. Mohler-Kuo, M., Dzemaili, S., Foster, S., Werlen, L., & Walitza, S. (2021). Stress and Mental Health among Children/Adolescents, Their Parents, and Young Adults during the First COVID-19 Lockdown in Switzerland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4668. doi: 10.3390/ijerph18094668.
 12. Peng, X., Liang, S., Liu, L., Cai, C., Chen, J., Huang, A., Wang, X., & Zhao, J. (2022). Prevalence and associated factors of depression, anxiety and suicidality among Chinese high school E-learning students during the COVID-19 lockdown. *Current Psychology*, 1-12. doi: 10.1007/s12144-021-02512-x.
 13. Silk, J. S., Scott, L. N., Hutchinson, E. A., Lu, C., Sequeira, S. L., McKone, K. M. P., Do, Q. B., & Ladouceur, C. D. (2022). Storm Clouds and Silver Linings: Day-to-Day Life in COVID-19 Lockdown and Emotional Health in Adolescent Girls. *Journal of Pediatric Psychology*, 47(1), 37-48. doi: 10.1093/jpepsy/jsab107.
 14. Li, F. (2022). Impact of COVID-19 on the lives and mental health of children and adolescents. *Frontiers in Public Health*, 10, 925213. doi: 10.3389/fpubh.2022.925213.
 15. McKune, S. L., Acosta, D., Diaz, N., Brittain, K., Beaulieu, D. J., Maurelli, A. T., & Nelson, E. J. (2021). Psychosocial health of school-aged children during the initial COVID-19 safer-at-home school mandates in Florida: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21(1), 603. doi: 10.1186/s12889-021-10540-2.
 16. Wang, D., Zhao, J., Ross, B., Ma, Z., Zhang, J., Fan, F., & Liu, X. (2022). Longitudinal trajectories of depression and anxiety among adolescents during COVID-19 lockdown in China. *Journal of Affective Disorders*, 299, 628-635. doi: 10.1016/j.jad.2021.12.086.



17. Pisano, S., Catone, G., Gritti, A., Almerico, L., Pezzella, A., Santangelo, P., Bravaccio, C., Iuliano, R., & Senese, V. P. (2021). Emotional symptoms and their related factors in adolescents during the acute phase of Covid-19 outbreak in South Italy. *Italian Journal of Pediatrics*, 47(1), 86. doi: 10.1186/s13052-021-01036-1.
18. Hafstad, G. S., Sætren, S. S., Wentzel-Larsen, T., & Augusti, E. M. (2021). Adolescents' symptoms of anxiety and depression before and during the Covid-19 outbreak - A prospective population-based study of teenagers in Norway. *The Lancet Regional Health - Europe*, 5, 100093. doi: 10.1016/j.lanepe.2021.100093.
19. Lee, H., Noh, Y., Seo, J. Y., Park, S. H., Kim, M. H., & Won, S. (2021). Impact of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Adolescent Students in Daegu, Korea. *Journal of Korean Medical Science*, 36(46), e321. doi: 10.3346/jkms.2021.36.e321.



CAPITULO 27

Discrepância entre Pornografia e Atividade Sexual e sua Associação com o Compromisso

Susana Plácido Monteiro¹, David L. Rodrigues² & Pedro Alexandre Costa³

¹Ispa – Instituto Universitário

²CIS-Iscte, Iscte-Instituto Universitário de Lisboa;

³William James Center for Research, Ispa – Instituto Universitário

Autor Correspondente: Susana Monteiro. E-mail; susana_monteiro1@hotmail.com

Resumo:

Investigação prévia tem demonstrado complexas associações entre a frequência de visualização de pornografia e o compromisso relacional. Propomos que tal pode advir de diferenças entre que as pessoas vêm na pornografia e as suas atividades sexuais relacionais. O objetivo deste estudo correlacional ($n = 733$; $Midade = 27.05$, $DP = 7.22$) foi examinar em que medida a discrepância entre a frequência de visualização de conteúdos em pornografia e a frequência com que praticam atos sexuais na sua relação amorosa está associada a indicadores de qualidade relacional e sexual. Os resultados mostraram que participantes que reportaram maior discrepância no sentido da pornografia reportaram também menor compromisso, menor satisfação sexual e menor novidade sexual. De um modo geral, este estudo sugere que a visualização de pornografia pode, em determinados casos, aumentar desejos sexuais não atendidos na relação e potencialmente contribuir para aumentar frustração sexual na relação.

Introdução

Vários estudos têm investigado a associação entre a frequência de visualização de pornografia e as dinâmicas relacionais (e.g., Campbell & Kohut, 2016; Kohut et al., 2021). Alguns estudos indicam que a visualização de pornografia se associa à experiência de menor qualidade na relação (e.g. compromisso) e à perda de interesse sexual (e.g., Lambert et al., 2012; Maddox et al., 2011; Perry, 2018; Poulsen et al., 2013). No seguimento destes resultados, Grubbs et al. (2019) sugerem que a visualização frequente de pornografia pode levar à adaptação e habituação sexual. Tal poderá tornar estímulos sexuais físicos menos excitantes, podendo reduzir a satisfação sexual e a novidade sexual relacional. Pelo contrário, outros estudos indicam associações positivas entre a frequência de visualização de pornografia e o funcionamento individual e relacional (e.g., Short et al., 2012). Por exemplo, Dwulit e Rzymiski (2019) verificaram que as pessoas



relatam mais facilmente efeitos benéficos da visualização de pornografia na qualidade da relação, comparativamente com os potenciais efeitos adversos. No mesmo sentido, Rodrigues (2021) verificou que a visualização de pornografia isoladamente pode ter sido utilizada durante a pandemia COVID-19 como ser uma ferramenta de obtenção de prazer sexual num contexto em que as interações sociais estavam limitadas.

Estudos mais recentes discutem que a discordância entre os padrões de resultados pode ser explicada, pelo menos em parte, pela forma como a pornografia é utilizada no contexto (e.g., visualização individual solitária vs. conjunta; Kohut et al., 2021). No presente estudo adotámos uma perspetiva diferente, considerando que a pornografia pode ajudar a colmatar necessidades sexuais através de fantasias ou, pelo contrário, enaltecer frustrações sexuais não resolvidas na relação (e.g., Paul & Shim, 2008). Assim, tivemos por objetivos (1) desenvolver um indicador de discrepância entre a frequência de visualização de diferentes atividades na pornografia e a frequência com que essas mesmas atividades são praticadas no contexto relacional e (2) analisar em que medida a maior discrepância no sentido da pornografia se associa a indicadores de qualidade e satisfação sexual relacional.

Hipóteses

Adotando uma abordagem mais exploratória, analisámos em que medida uma maior discrepância no sentido da pornografia (i.e., pessoas que visualizam mais frequentemente atividades em pornografia do que aquelas que praticam em contexto relacional) estava associada a maior ou menor compromisso relacional, satisfação sexual e novidade sexual.

Método

Participantes

A amostra final foi constituída por 733 participantes com idades entre 18 e 61 anos ($M = 27.05$, $DP = 7.22$) e que estavam numa relação amorosa. A maioria das pessoas na amostra identificou-se como sendo do sexo feminino (67,9%), identificou-se como heterossexual (87,6%) e não tinha um relacionamento com vínculo legal (72,6%). A maioria das pessoas indicou residir em Portugal (93,7%) e em áreas metropolitanas (48,6%), completou a sua licenciatura (37,4%) e tinha um emprego (54,4%).

Medidas

Discrepância entre Pornografia e Atividade Sexual

Face à inexistência de medidas específicas, desenvolvemos um indicador com o intuito de aceder à discrepância entre a frequência de visualização de pornografia e a frequência com que cada atividade é praticada em contexto relacional. Para tal, seleccionámos as 10 categorias mais populares de pornografia (Hald & Štulhofer, 2015) e pedimos às pessoas para indicarem com que frequência visualizam cada uma das atividades (1 = Nunca a 5 = Sempre) e com que frequência realizam cada atividade na sua relação (1 = Nunca a 5 = Sempre). Foi calculada a média das categorias para cada tipo de frequência, para de seguida calcular a discrepância. Mais concretamente, subtraímos a frequência média de



atividade à frequência média de visualização, sendo que valores mais elevados indicam maior discrepância no sentido da pornografia.

Compromisso Relacional

Utilizámos a subescala compromisso na relação da versão reduzida da Escala do Modelo do Investimento (Rodrigues & Lopes, 2013; versão original de Rusbult et al., 1998). Esta subescala é composta por quatro itens que avaliam o nível de compromisso (e.g., “Desejo que o meu relacionamento dure por muito tempo”), sendo as respostas a cada item dadas numa escala de sete pontos (1 = Discordo totalmente a 7 = Concordo totalmente). Foi calculada a média de resposta aos itens ($\alpha = .91$), sendo que valores mais elevados indicam maior compromisso.

Satisfação Sexual

Utilizamos a versão reduzida da New Sexual Satisfaction Scale (Štulhofer et al., 2010; versão portuguesa de Pechorro et al., 2014), composta por 12 itens que avaliam a satisfação sexual. Participantes são questionados a indicar a sua satisfação sexual pessoal (seis itens, e.g., “A qualidade dos meus orgasmos”) e a sua satisfação sexual com a atividade sexual relacional (seis itens, “A diversidade das minhas atividades sexuais”). A resposta a cada item foi dada em numa escala de cinco pontos (1 = Nada satisfeito a 5 = Totalmente satisfeito). Foram calculadas as médias de resposta aos itens de cada subescala, com valores mais elevados a indicar maior satisfação sexual individual ($\alpha = .87$) e relacional ($\alpha = .90$).

Novidade Sexual

Utilizámos a Sexual Novelty Scale (Matthews et al., 2020), composta por cinco itens que avaliam em que medida as pessoas numa relação procuram novidade nos seus comportamentos sexuais (e.g., “A experimentação sexual é uma parte importante do nosso relacionamento”). As respostas a cada item foram dadas numa escala de sete pontos (1 = Discordo totalmente a 7 = Concordo totalmente). Foi calculada a média de resposta aos itens ($\alpha = .83$), com valores mais elevados a indicar maior novidade sexual.

Procedimento

Recorrendo a publicações em redes sociais, convidámos potenciais participantes a fazerem parte de um estudo sobre pornografia e relações amorosas. A recolha de dados foi feita através de um questionário alojado na plataforma Qualtrics. O recrutamento de participantes teve como critérios de inclusão a idade (i.e., serem maiores de 18 anos), o estatuto relacional (i.e., terem uma relação amorosa significativa) e a visualização prévia de pornografia (i.e., terem visto pornografia intencionalmente). O questionário iniciou-se com a apresentação do consentimento informado, sem o qual não era possível prosseguir com o estudo, seguido das medidas acima discutidas. O questionário demorou, em média, 16 minutos a ser concluído. Nenhuma questão era obrigatória e foram fornecidos contatos de apoio no final do questionário.

Resultados

As estatísticas descritivas e correlações entre as variáveis em estudo encontram-se reportadas na Tabela 1. Todas as variáveis correlacionaram-se significativamente. Tal como esperado, participantes que reportaram maior discrepância no sentido da pornografia reportaram também menor compromisso relacional, $p = .002$, menor satisfação sexual individual, $p = .006$, e menor satisfação sexual relacional, $p < .001$. Também como esperado, participantes que reportaram maior discrepância no sentido da pornografia reportaram menor novidade sexual, $p < .001$.

Tabela 1. Medidas Descritivas, Correlações entre Variáveis

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Correlações				
			1	2	3	4	5
1. Discrepância	0.10	0.57	-				
2. Compromisso relacional	6.31	0.97	-.12 ^{**}	-			
3. Satisfação sexual individual	3.83	3.83	-.10 ^{**}	.32 ^{***}	-		
4. Satisfação sexual relacional	3.62	0.89	-.26 ^{***}	.35 ^{***}	.69 ^{***}	-	
5. Novidade sexual	4.64	1.32	-.21 ^{***}	.27 ^{***}	.51 ^{***}	.66 ^{***}	-

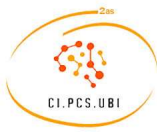
^{**} $p < .010$; ^{***} $p < .001$

Discussão

Estudos anteriores têm demonstrado evidências díspares no que diz respeito à associação entre a visualização de pornografia e o compromisso relacional. Isto ocorre uma vez que a frequência e forma de visualização da pornografia (i.e., isoladamente, independente ou em conjunto) podem influenciar os correlatos, tanto a nível individual como conjugal, a serem positivos ou negativos (Kohut et al., 2021). Vários estudos mostraram que aqueles que visualizam pornografia com maior frequência relatam níveis mais reduzidos de compromisso relacional (por exemplo, Lambert et al., 2012; Perry, 2018). Contudo, há também evidência de que a visualização de pornografia pode ser benéfica para o compromisso relacional (Dwulit & Rzymiski, 2019; Perry, 2018), podendo mesmo em alguns casos servir como forma de gratificação sexual quando as interações sociais se encontram limitadas (Rodrigues, 2021).

Verificámos que uma maior discrepância no sentido da pornografia associou-se a um nível compromisso relacional mais reduzido, menor satisfação sexual pessoal e relacional, bem como menor novidade sexual relacional. Estes resultados vão ao encontro de estudos anteriores, no sentido em que uma maior discrepância poderá ocorrer quando as pessoas visualizam a pornografia isoladamente e não sentem abertura para discutirem necessidades sexuais no contexto relacional. Além disso, a pornografia oferece uma variedade de práticas sexuais e que poderá não ser experimentadas na vida real por variadas razões (e.g., receio de partilhar necessidades e desejos sexuais; pouca recetividade ou abertura ao sexo em contexto relacional). Se assim for, a falta de comunicação e de intimidade sexual poderão ser mecanismos pelos quais a discrepância se associa negativamente a indicadores relacionais.

Limitações/ Sugestões para Estudos Futuros



Uma das limitações deste estudo prende-se com a sua natureza correlacional, o que não permite estabelecer relações causais entre as variáveis. Da mesma forma que a discrepância poderá ter um efeito negativo na qualidade relacional e sexual, a experiência de problemas na relação (sobretudo na esfera sexual) poderá levar a que as pessoas procurem e visualizem um leque mais alargado de atividades sexuais na pornografia. Outra limitação diz respeito às categorias dos conteúdos pornográficos selecionados, estas podem ser limitativas, uma vez que não foram incluídas todas as categorias de pornografia existentes, para além das mesmas poderem ser cumulativas (Hald & Štulhofer, 2015). Por último, não foi controlado neste estudo a forma de visualização de pornografia (i.e., isolada ou conjunta), ainda que assumimos que a maior discrepância poderá ocorrer quando as pessoas visualizam pornografia isoladamente. Sem estudos longitudinais mais alargados não poderemos tirar conclusões acerca de causa e efeito, se há relações bidirecionais entre as variáveis, ou se estas relações são moderadas por variáveis de contexto.

Conclusões

Pretendemos com este estudo contribuir para compreender o papel da pornografia em contexto relacional, mais concretamente, ajudando a perceber melhor em que medida tal comportamento poderá ter implicações para o compromisso relacional, satisfação sexual e novidade sexual. Este estudo propõe uma nova forma de aceder a discrepâncias comportamentais e poderá ser importante para subsidiar a orientação terapêutica junto de casais que enfrentam problemas na área do comportamento sexual. Por um lado, salientamos a importância de uma comunicação clara sobre preferências e expectativas sexuais na relação, para que possa haver um ajuste e evitar desejos sexuais não atendidos ou frustrações sexuais. Por outro lado, será importante desenvolver ferramentas que ajudem a mitigar os efeitos negativos da discrepância.

Referências

- Campbell, L., & Kohut, T. (2016). The use and effects of pornography in romantic relationships. *COPSYC*, *13*, 6–10. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.03.00>
- Dwulit, A. D., & Rzymiski, P. (2019). Prevalence, patterns and self-perceived effects of pornography consumption in polish university students: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(19), 1861–1877. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101861>
- Grubbs, J. B., Perry, S. L., Wilt, J. A., & Reid, R. C. (2019). Pornography problems due to moral incongruence: An integrative model with a systematic review and meta-analysis. *Archives of Sexual Behavior*, *48*(2), 397–415. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1248-x>
- Hald, G. M., & Štulhofer, A. (2015). What types of pornography do people use and do they cluster? Assessing types and categories of pornography consumption in a large-scale online sample. *Journal of Sex Research*, *53*(7), 849–859. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1065953>
- Kohut, T., Dobson, K. A., Balzarini, R. N., Rogge, R. D., Shaw, A. M., McNulty, J. K., Russell, V. M., Fisher, W. A., & Campbell, L. (2021). But What's Your Partner Up to? Associations Between Relationship Quality and Pornography Use

- Depend on Contextual Patterns of Use Within the Couple. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.661347>
- Lambert, N. M., Negash, S., Stillman, T. F., Olmstead, S. B., & Fincham, F. D. (2012). A love that doesn't last: Pornography commitment to one's romantic partner. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31(4), 410–438. <https://doi.org/https://doi.org/10.1521/jscp.2012.31.4.410>
- Maddox, A. M., Rhoades, G. K., & Markman, H. J. (2011). Viewing sexually-explicit materials alone or together: Associations with relationship quality. *Archives of Sexual Behavior*, 40(2), 441–448. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9585-4>
- Matthews, S. J., Giuliano, T. A., Rosa, M. N., Thomas, K. H., & Swift, B. A. (2020). Sexual Novelty Scale. In R. R. Milhausen, J. K. Sakaluk, T. D. Fisher, C. M. Davis, & W. L. Yarber (Eds.), *Handbook of Sexuality-Related Measures* (4th ed., pp. 291–293). Routledge. <https://doi.org/10.1037/t75475-000>
- Paul, B., & Shim, J. W. (2008). Gender, sexual affect, and motivations for internet pornography use. *International Journal of Sexual Health*, 20(3), 187–199. <https://doi.org/10.1080/19317610802240154>
- Pechorro, P. S., Almeida, A. I., Figueiredo, C. S., Pascoal, P. M., Vieira, R. X., Jesus, S. N. (2014). Validação portuguesa da Nova Escala de Satisfação Sexual. *Revista Internacional de Andrologia*, 13(2), 47–53. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2014.10.003>
- Perry, S. L. (2018). Pornography Use and Marital Separation: Evidence from Two-Wave Panel Data. *Archives of Sexual Behavior*, 47(6), 1869–1880. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1080-8>
- Poulsen, F. O., Busby, D. M., & Galovan, A. M. (2013). Pornography use: Who uses it and how it is associated with couple outcomes. *Journal of Sex Research*, 50(1), 72–83. <https://doi.org/10.1080/00224499.2011.648027>
- Rodrigues, D. L. (2021). Solitary and joint online pornography use during the first COVID-19 lockdown in Portugal: Intrapersonal and interpersonal correlates. *Cyberpsychology*, 15(4). <https://doi.org/10.5817/CP2021-4-2>
- Rodrigues, D. L., Lopes, D., Dawson, K., de Visser, R., & Štulhofer, A. (2020). With or Without You: Associations Between Frequency of Internet Pornography Use and Sexual Relationship Outcomes for (Non)Consensual (Non)Monogamous Individuals. *Archives of Sexual Behavior*, 50(4), 1491–1504. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01782-z>
- Rodrigues, D., & Lopes, D. (2013). The investment model scale (IMS): Further studies on construct validation and development of a shorter version (IMS-S). *Journal of General Psychology*, 140(1), 16–28. <https://doi.org/10.1080/00221309.2012.710276>
- Rusbult, C. E., Martz, J. M., & Agnew, C. R. (1998). The investment model scale: Measuring commitment level, satisfaction level, quality of alternatives, and investment size. *Personal Relationships*, 5(4), 357–391. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1998.tb00177.x>
- Short, M. B., Black, L., Smith, A. H., Wetterneck, C. T., & Wells, D. E. (2012). A review of internet pornography use research: Methodology and content from the past 10 years. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 15(1), 13–23. <https://doi.org/10.1089/cyber.2010.0477>
- Štulhofer, A., Buško, V., & Brouillard, P. (2010). Development and bicultural validation of the new sexual satisfaction scale. *Journal of Sex Research*, 47(4), 257–268. <https://doi.org/10.1080/00224490903100561>



CAPITULO 28

Nomofobia, Adição à Internet, Ansiedade e Depressão: Uma Perspetiva de Género em Estudantes Portugueses

Ana Filipa Viegas & Graça Esgalhado

Universidade da Beira Interior

Autor Correspondente: Ana Filipa Viegas. E-mail; anaviegas.afv@gmail.com

Resumo:

Nas últimas décadas o smartphone tem-se mostrado um objeto essencial no quotidiano das pessoas, devido às múltiplas capacidades e recursos facilitadores que oferece. Este uso crescente veio criar uma sobre-exposição, assim como uma utilização desapropriada, decorrente da falta de treino e de conhecimentos sobre as implicações do mesmo. Esta investigação pretende avaliar as diferenças em função do género nos níveis de nomofobia, de adição à internet e da sintomatologia ansiógena e depressiva em estudantes portugueses. Método: participaram 661 indivíduos (idade: $M=26,03$; 67.8% mulheres). Os participantes responderam a um questionário sociodemográfico, ao Questionário de Nomofobia (Galhardo et al., 2020), Teste de Adição à Internet (Pontes, Patrão & Griffiths, 2014) e Questionário de Sintomas Breves (BSI 18) (Nazaré, Pereira & Canavarró, 2017). As mulheres evidenciaram mais sintomas de ansiedade e níveis mais elevados de nomofobia do que os homens. Verificou-se uma correlação forte e positiva entre adição à internet e nomofobia. Não se encontraram diferenças na adição à internet em função do género. Conclusão: Os resultados sublinham a forte relação entre a adição à internet e níveis de nomofobia, e que a nomofobia pode estar influenciada pelo género, nomeadamente no receio por perder a conexão e por abdicar da conveniência.

Introdução

Nas últimas décadas e maioritariamente na população jovem, as novas tecnologias estão cada vez mais presentes. Com capacidade de resposta a diferentes tipos de necessidades, o smartphone e a sua pequena dimensão, fácil transporte e desempenho eficaz (Barnes et al., 2019; Chan-Olmsted and Xiao, 2019) explicam a elevada utilização por parte da população, enquanto ferramenta de lazer, de contacto com os amigos e de suporte social (Miranda & Pacheco, 2020).

Para Ahn e Jung (2016) cria-se uma sobre-exposição e uma utilização desapropriada, decorrente da falta de treino e de conhecimentos sobre as implicações deste uso. No entanto, o que torna difícil viver sem ter um acesso constante, explica-se pela sua



conveniência na rotina do dia a dia, tornando a possibilidade de perder o smartphone ou a ligação WiFi um fator gerador de stress (Buctot et al., 2020).

O surgimento da Pandemia Covid-19 e seguido confinamento, contribuíram para que grande parte da população portuguesa privilegiasse a utilização do smartphone e de outras tecnologias como meio para suprir a falta de convívio social, ao facilitar as atividades de ensino-aprendizagem e de trabalho à distância. Consequentemente, numa sociedade onde a tecnologia já se mostrava uma tendência, gerou-se um aumento nos padrões de consumo que, em muitos casos, se traduziu em consequências negativas a nível físico, emocional e funcional (Arrivillaga, 2020; Massano-Cardoso et al., 2022).

Diversos autores consideram que a utilização do smartphone traz problemas e consequências negativas para a sociedade, nomeadamente a nomofobia. Definida como a tecnopatía do mundo moderno, o termo nomofobia surge da abreviatura inglesa “No mobile-phonophobia” (Souza & Cunha, 2018) e caracteriza-se pela ansiedade de separação do smartphone, trazendo sensações de desconforto, nervosismo e angústia (Bragazzi e Del Puente, 2014; Castro et al., 2018), que assentam nos seguintes pontos: (1) sentimentos decorrentes da impossibilidade de conseguir comunicar; (2) perda da conectividade, nomeadamente no que diz respeito às redes sociais; (3) desconforto generalizado causado pela perda do acesso instantâneo a informações; e, por último, (4) abdicar da conveniência proporcionada pelas vantagens do smartphone (acesso rápido e constante à internet, redes sociais, aplicações etc. a qualquer hora e qualquer lugar). Assim, sujeitos com níveis mais elevados de nomofobia são mais propensos a ficar nervosos, angustiados e ansiosos face à possibilidade de perder o smartphone e, por isso, tendem a possuir mais que um dispositivo, fazendo-se acompanhar de um carregador para garantir que conseguem recarregar a bateria se necessário, e evitando locais sem sinal de internet (Maziero & Oliveira, 2016; Galhardo et al., 2020).

A nomofobia não foi ainda formalmente reconhecida como uma patologia, visto não existir consenso sobre os critérios de diagnóstico possíveis para a sua incorporação no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) (Finotti et al., 2018). Porém, por todas as alterações comportamentais e de rotina mencionadas anteriormente e dada a sua prevalência, poderá vir a ser considerada um problema de saúde pública, o que justificará a sua inclusão no DSM-V (Galhardo et al., 2020).

Pesquisas que se debruçam sobre as diferenças nos níveis de nomofobia entre géneros, não obtêm resultados consistentes. Adnan e Gezgin (2016), numa amostra com estudantes universitários, não encontram diferenças, enquanto Hosgor e Hosgor (2019) e Güllüce, Kaygin e Borekci (2019) observam diferenças estatisticamente significativas, em função do género. Também Yildirim e Correia (2015) verificaram que as diferenças são significativas, com as mulheres a obterem pontuações mais elevadas na nomofobia e em todas as suas dimensões. Resultados de uma meta-análise evidenciam também que são as mulheres que mais pontuam nos níveis de nomofobia (Avci, 2022).

Diversos estudos observaram relações entre sintomas psicológicos e uso excessivo da internet (Kaya et al., 2016), referindo que a adição à internet está associada a depressão e altos níveis de ansiedade (Akin & İskender, 2011; Amoah et al., 2022; Toth et al., 2021). Segundo Massano-Cardoso e colaboradores (2022), o acesso ao smartphone torna-se



ainda mais atrativo para indivíduos com altos níveis de ansiedade já que, muitas vezes, este dispositivo móvel funciona como recurso tranquilizador.

Por outro lado, pesquisas sugerem que o uso problemático da internet é maior nos homens do que nas mulheres (Odaci & Çikrikçi, 2014; Pilar et al., 2020). Mari e colaboradores (2023) referem que o género masculino tende a ser mais dependente da internet, e a utilizá-la para suprir vários tipos de necessidades, os jogos online, pornografia e sexo cibernético, enquanto o género feminino, na sua maioria, faz uso da internet para trocas sociais. Para Traore e colaboradores (2023), a adição à internet é maior no género feminino que no género masculino e a variável género não se mostra preditora de nomofobia e adição à internet.

Uma vez que são escassos os estudos sobre nomofobia na população portuguesa, considerou-se pertinente realizar esta pesquisa com o principal objetivo de avaliar os níveis de nomofobia, adição à internet e de sintomatologia ansiógena e depressiva numa amostra constituída por estudantes portugueses. Mais especificamente, os objetivos do presente estudo são: (1) avaliar os níveis globais de cada uma das variáveis em estudo; (2) comparar cada uma das variáveis em função do género; e (3) avaliar o grau de associação entre a nomofobia, a adição à internet, a sintomatologia depressiva e a ansiógena.

Método

A amostra é obtida por conveniência, e é constituída por 661 sujeitos portugueses (N=661), dos quais 68% são mulheres e 32% são homens, com idades compreendidas entre os 18 e os 50 anos, com uma média de idade de 26.03 (DP= 8.36) anos.

Os participantes são maioritariamente solteiros (58%), 25% estão numa relação significativa, 11% estão casados e os restantes 6% representam divórcios e uniões de facto. Ao nível das habilitações literárias, 44% dos participantes são licenciados, 40% tem o ensino secundário, 12% tem mestrado, pós-graduação ou doutoramento, e os restantes 4% têm menos de 11 anos de escolaridade. A maioria dos participantes têm um estatuto socioeconómico médio (57%), 30% baixo-médio, 8% médio-alto e cerca de 5% um estatuto socioeconómico baixo. 63% dos participantes residem num pequeno meio urbano, 25% num pequeno meio rural e 11% num grande meio rural. A maioria são estudantes (58%), 32% são trabalhadores por conta de outrem, 5% estão desempregados e 4% são trabalhadores por conta própria.

Instrumentos

Nesta investigação utiliza-se um protocolo constituído por quatro instrumentos:

(1) *Questionário sociodemográfico*, que inclui questões que permitem compreender e caracterizar a amostra, nomeadamente a idade, género, situação profissional, escolaridade, estatuto socioeconómico e estado marital.

(2) *Nomophobia Questionnaire* (NMP-Q) de Yildirim e Correia (2015): Questionário de Nomofobia (NMP-Q-PT), traduzido e validado para a população portuguesa por

Galhardo et al., (2020). O Questionário de Nomofobia (NMP-Q) é um instrumento de autorrelato composto por 20 itens que avaliam 4 dimensões: (1) Não ser capaz de se comunicar; (2) Perder a conexão; (3) Não ter acesso a informações; e, por último (4) Abdicar da conveniência. A resposta aos 20 itens está disposta numa escala de Likert de 7 pontos: (1) Discordo totalmente a (7) Concordo Totalmente. As pontuações mais altas indicam maior gravidade dos níveis de nomofobia. Este instrumento apresenta boas qualidades psicométricas ($\alpha = .95$). A pontuação mínima deste questionário é 20 e a máxima 140. Uma pontuação mais alta no NMP-Q reflete um nível mais alto de nomofobia, com a gravidade da nomofobia classificada da seguinte forma: 0–20: sem nomofobia, 21–59: leve, 60–99: moderada e ≥ 100 : nomofobia grave (Yildirim & Correia, 2015).

(3) *Internet Addiction Test (IAT) de Young (1998)*: Teste de Adição à Internet adaptado para a população portuguesa por Pontes, Patrão e Griffiths (2014). Compreende 20 itens. Disposto numa escala de Likert de 6 pontos: (0) Raramente a (5) Sempre. As pontuações mais altas revelam maiores níveis de adição. Este instrumento apresenta boas qualidades psicométricas ($\alpha = .90$). A pontuação mínima é 0 e a máxima é 100. De acordo com os critérios de corte propostos por Young (1998), a pontuação de 20 a 39 corresponde a uso médio; de 40 a 69 indica problemas frequentes devido ao uso da Internet; a pontuação de 70 a 100 revela adição à internet.

(4) *Versão reduzida do Brief Symptoms Inventory (BSI-18) de Derogatis (2001)* traduzido e validado para a população portuguesa por Nazaré, Pereira e Canavarro (2017). Este instrumento é composto por 18 itens, distribuídos por 3 dimensões (1) Somatização – 6 itens; (2) Depressão – 6 itens; e, por último (3) Ansiedade – 6 itens. Disposto numa escala de Likert de 4 pontos: (0) Nada a (4) Muitíssimas Vezes. Quanto maior a pontuação obtida, maior os níveis de sintomatologia ansiógena e depressiva presentes. Este instrumento apresenta boas qualidades psicométricas ($\alpha = .80$). A pontuação mínima é 0 e a máxima é 72. O ponto de corte nos estudos de aferição para a população portuguesa para a sintomatologia depressiva é de 4.04 (DP=4.52), e para a sintomatologia depressiva é de 4.90 (DP=4.10) (Canavarro et al., 2017).

Procedimentos

O protocolo de investigação descrito foi disponibilizado online através de um link criado no âmbito deste estudo, tendo sido disseminado na internet por meio de mailing lists, plataformas digitais e redes sociais. A recolha da amostra decorreu de setembro de 2022 a dezembro de 2022. A participação é voluntária, respeitando o consentimento informado e assegurando aos participantes a confidencialidade e o anonimato das respostas, sendo que estes podem desistir a qualquer momento. As análises estatísticas foram realizadas através do IBM SPSS Statistics for Windows, versão 29.

Resultados

Pontuações totais para as variáveis do estudo

Para a nomofobia obtiveram-se valores médios de 74.73 (DP=22.86), o que sugere que a amostra revela um grau moderado de nomofobia. Na adição à internet, a amostra revela

fazer um uso médio da internet, com uma média de 22.86 (DP=14.25), indicador de ausência de adição à internet. Relativamente à sintomatologia psicopatológica, os participantes evidenciam níveis elevados de sintomatologia ansiógena 7,02 (DP=4,27) e de sintomatologia depressiva 6,70 (DP=4,78).

Comparação das variáveis em função do género

Podemos observar na Tabela 1 diferenças estatisticamente significativas entre o género feminino e masculino para as variáveis “Nomofobia”, “Abdicar da conveniência”, “Não conseguir comunicar” e sintomatologia ansiógena ($p < .01$). Nestas variáveis são as mulheres que obtêm pontuações mais elevadas. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os géneros, nas variáveis: “Não ter acesso à informação” ($t(130) = 655, p = .896$); “Perder a conexão” ($t(1.955) = 655, p = .051$); Adição à internet ($t(-1.268) = 655, p = .205$) e Sintomatologia Depressiva ($t(.490) = 655, p = .624$).

Associação entre nomofobia, adição à internet, a sintomatologia depressiva e ansiógena

Os resultados mostram uma relação significativa, positiva e fraca entre nomofobia e sintomatologia ansiógena ($r = .214; p < 0.001$) e sintomatologia depressiva ($r = .265; p < 0.001$). Entre nomofobia e adição à internet a relação é moderada, positiva e estatisticamente muito significativa ($r = .520; p < 0.001$). Entre a adição à internet e não ter acesso à informação ($r = .501; p < 0.001$), perder a conexão ($r = .497; p < 0.001$), não conseguir comunicar ($r = .494; p < 0.001$) e sintomatologia ansiógena ($r = .403; p < 0.001$), as relações são moderadas, positivas e estatisticamente muito significativas (ver Tabela 2).

Tabela 1. Valores médios (DP) para a nomofobia, adição à internet e sintomatologia depressiva e ansiógena em função do género

Variável	Média	D.P.	<i>t</i> (d.f)	<i>p</i>
Nomofobia				
Não ter acesso à informação				
Mulher	14.45	4.969	.130(655)	.896
Homem	14.39	4.874		
Abdicar da conveniência				
Mulher	22.64	6.553	3.330(655)	.001*
Homem	20.84	6.260		
Perder a conexão				
Mulher	16.32	6.077	1.955(655)	.051
Homem	15.30	6.587		
Não conseguir comunicar				
Mulher	22.96	7.253	4.024(655)	.001*
Homem	20.46	7.818		
Nomofobia Total				
Mulher	76.37	22.433	2.842(655)	.005*
Homem	70.98	23.029		
Adição à internet				
Mulher	21.47	14.131	-1.268(655)	.205
Homem	22.97	14.189		

Sintomatologia depressiva				
Mulher	6.72	4.797	.490(655)	.624
Homem	6.53	4.637		
Sintomatologia Ansiógena				
Mulher	7.51	4.412	4.513(655)	.001*
Homem	5.92	3.720		

* $p < .01$

Tabela 2. Resultados da correlação entre as variáveis

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 Não ter acesso à informação	1	.709**	.735**	.724**	.861**	.501**	.214**	.241**
2. Abdicar da Conveniência		1	.702**	.770**	.887**	.390**	.143**	.221**
3 Perder a conexão			1	.833**	.910**	.497**	.203**	.228**
4 Não conseguir comunicar				1	.937**	.494**	.215**	.261**
5 Nomofobia Total					1	.520**	.214**	.265**
6 Adição à Internet						1	.403**	.351**
7 Sintomatologia Ansiógena							1	.705**
8 Sintomatologia Depressiva								1

** <0.001

Discussão

A nomofobia ou “medo de ficar sem acesso ao telemóvel”, é uma perturbação do mundo moderno com graves implicações na saúde mental da população. Indivíduos com quadros clínicos de perturbação ansiosa, de pânico ou outras fobias, tendem a estar mais vulneráveis a desenvolver nomofobia (Loureiro, 2018). Na atualidade e nomeadamente na população universitária, o uso do smartphone contribui para o aumento da nomofobia, dadas as facilidades que este oferece no que diz respeito ao acesso permanente e imediato à internet. Este acesso permite não só o estabelecimento de contactos com os outros através das redes sociais como Facebook ou Instagram, mas também facilita, nos contextos de ensino-aprendizagem, a obtenção de recursos como livros e artigos e a utilização de plataformas como o Moodle. Deste modo, estar online faz parte dos momentos do quotidiano dos adolescentes, jovens e adultos.

Neste estudo observa-se um nível moderado de nomofobia, uso médio da internet, indicador de ausência de adição à internet e níveis elevados de sintomatologias ansiógena e depressiva. Também se verificam relações entre adição à internet e não ter acesso à informação, perder a conexão, não conseguir comunicar e abdicar da conveniência, dimensões da nomofobia.

Os resultados da pesquisa também mostram uma relação significativa entre nomofobia, adição à internet e sintomatologia ansiógena e depressiva. Estes resultados, suportados por diversas investigações, sugerem que pessoas com maiores níveis de adição à internet e sintomatologia ansiógena, tendem a ser mais propensas a desenvolver nomofobia. Efetivamente, resultados similares foram verificados noutros estudos, nos quais a relação entre “a desordem do mundo moderno”, ou seja, a nomofobia, se relaciona com a



sintomatologia psicopatológica (Rosales-Huamani et al., 2019). Sentimentos de ansiedade são associados à nomofobia, devido à falta de acesso ao telemóvel, a par de outros como a preferência pela comunicação móvel em vez de comunicação face a face, e a problemas financeiros resultantes da utilização (Bragazzi & Del Puente, 2014; Kuss & Griffiths, 2017). Também o uso excessivo da internet surge associado a sintomas psicopatológicos (Kaya et al., 2016), a depressão e altos níveis de ansiedade (Akın et al., 2011; Amoah et al., 2022; Toth et al., 2021). Nesta pesquisa, com níveis elevados de sintomas de ansiedade e depressão, evidencia-se uma relação entre esta sintomatologia e um uso moderado da internet.

No presente estudo também se revelam diferenças estatisticamente significativas na “Nomofobia”, no “Abdicar da conveniência”, e em “Não conseguir comunicar” entre o género feminino e masculino, sendo as mulheres que obtêm valores mais elevados. Estes resultados são consistentes com os de outros estudos que indicam que a incidência de nomofobia é maior nas mulheres (Gezgin, Cakir & Yildirim, 2018). Diversas pesquisas relataram diferenças significativas de género na nomofobia e no uso problemático de smartphones (Arpaci, Baloglu e Kesici, 2019; Yildirim et al., 2016). Loureiro (2018) e Moreno-Guerrero e colaboradores (2020) também observaram diferenças estatisticamente significativas na nomofobia entre os géneros para a população portuguesa, sendo as mulheres quem obtêm valores mais elevados.

Albursan et al. (2019) referem que as mulheres apresentam um risco maior de uso problemático de smartphones do que os homens. Estas diferenças de género podem explicar-se pela influência de fatores socioculturais, a que podem encontrar-se associadas diferentes preferências de entretenimento e, conseqüentemente, de adoção de comportamentos diferenciados para os dois géneros. Weiser (2000) sugere que as mulheres preferencialmente utilizam a internet para a comunicação interpessoal, enquanto os homens usam a internet para se divertirem e ocuparem os tempos livres. Outros autores referem que as mulheres tendem a criar mais do que uma conta nas redes sociais, o que conduz a um maior uso do smartphone para o manter das contas atualizadas, o que contribuiu para a criação de uma dependência do mesmo (Pavithra et al., (2015).

Os resultados do presente estudo também mostram diferenças estatisticamente significativas na sintomatologia psicopatológica entre o género feminino e masculino. São as mulheres que evidenciam maiores níveis de sintomas de ansiedade e de sintomas depressivos, em comparação com os homens. Deursen e colaboradores (2015) afirmam que as mulheres passam mais tempo com smartphones e apresentam maior ansiedade quando não conseguem aceder-lhes, o que poderá contribuir para as diferenças na sintomatologia ansiógena entre homens e mulheres. Esta ferramenta de trabalho, de lazer, de contacto com os amigos e de suporte social (Miranda & Pacheco, 2020), parece criar, de forma diferenciada entre os géneros, uma sobre-exposição e uma utilização desapropriada, com conseqüências mais negativas para a saúde mental das mulheres participantes na investigação.

Conclusão

O objetivo principal desta pesquisa é de avaliar os níveis de nomofobia, adição à internet e de sintomatologia ansiógena e depressiva numa amostra constituída por estudantes



portugueses. Mais especificamente, pretende-se comparar cada uma das variáveis em função do género e avaliar o grau de associação entre a nomofobia, a adição à internet, a sintomatologia depressiva e a ansiógena. Os resultados mostram uma prevalência moderada de nomofobia na amostra de estudantes portugueses, um uso médio da internet, indicador de ausência de adição à internet, níveis elevados de sintomatologia ansiógena e de sintomatologia depressiva, e diferenças significativas entre os géneros. O género feminino evidencia níveis mais elevados de nomofobia e de sintomatologia psicopatológica, comparativamente com os homens.

Estudos futuros, de cariz longitudinal, com o objetivo de clarificar diferenças de género na nomofobia, resultados não consensuais na investigação e a incidir também sobre os fatores que influenciam os níveis de nomofobia – família, pares, traços de personalidade, nível académico e sociocultural - poderão ter um contributo importante no conhecimento desta problemática.

Implicações: Numerosas pesquisas põem em evidência o impacto do uso excessivo do smartphone, da adição à internet, da nomofobia na saúde mental e ocupacional dos sujeitos, assim como no seu bem-estar. Neste sentido, este trabalho traz contributos para a compreensão das implicações que o uso excessivo da internet e do smartphone pode conduzir a adições e à nomofobia, e que é importante reconhecer que esta é uma questão de saúde pública, com uma repercussão cada vez mais relevante, pelo que se justifica não só, a elaboração e promoção de estratégias de controlo da(s) dependência(s) e da nomofobia, como de prevenção destas perturbações.

Limitações e pesquisas futuras: o desenho do estudo foi transversal e com recurso a um método de amostragem não probabilística, o que inviabiliza a generalização de resultados e o assumir de relações de causa e efeito entre as variáveis do estudo. O facto de se verificar heterogeneidade entre a dimensão da amostra dos dois géneros poderá trazer algum enviesamento na análise comparativa dos resultados. Assim, pesquisas futuras devem seguir procedimentos de amostragem aleatória e adotar um estudo longitudinal. A pesquisa também não incluiu amostras clínicas, o que limita a generalização dos resultados para amostras clínicas. Pesquisas futuras devem, portanto, considerar diferentes grupos clínicos e considerar faixas etárias mais alargadas.

Referências

- Adnan, M., & Gezgin, D. M. (2016). A modern phobia: Prevalence of nomophobia among college students. *Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences (JFES)*, 49(1), 141-158.
- Ahn, J., & Jung, Y. (2016). The common sense of dependence on smartphone: A comparison between digital natives and digital immigrant. *New media & society*, 18(7), 1236–1256. <https://doi.org/10.1177/1461444814554902>
- Akın, A. & İskender, M. (2011). Internet addiction and depression, anxiety and stress. *International Online Journal of Educational Sciences*, 3(1), 138-148
- Albursan, I. S., Al Qudah, M. F., Dutton, E., Hassan, E. M. A. H., Bakhiet, S. F. A., Alfnan, A. A., et al. (2019). National, sex and academic discipline difference in smartphone addiction: A study of students in Jordan, Saudi Arabia, Yemen and



- Sudan. *Community Mental Health Journal*, 55(5), 825–830. DOI: 10.1007/s10597-019-00368-x
- Amoah, C. (2022). Internet Addiction and Correlates Among Tertiary Students In a Sub-Saharan African Country – Case Of Knust, Ghana: A Follow Up Study. *Journal of Science and Technology*, 41(2), 71-86. <https://doi.org/10.4314/just.v41i2.1336>
- Arpaci, I. (2019). Culture and nomophobia: The role of vertical versus horizontal collectivism in predicting nomophobia. *Information Development*, 35(1), 96–106. <https://doi.org/10.1177/0266666917730119>
- Arpaci, I., Baloğlu, M., & Kesici, Ş. (2019). A multi-group analysis of the effects of individual differences in mindfulness on nomophobia. *Information Development*, 35(2), 333–341. <https://doi.org/10.1177/0266666917745350>
- Arrivillaga, C., Rey, L., & Extremera Pacheco, N. (2020). Uso Problemático Del Smartphone Y Ajuste Psicológico En Adolescentes: El Papel Clave De La Inteligencia Emocional. *Know and Share Psychology*, 1(4). <https://doi.org/10.25115/kasp.v1i4.4258>
- Avci, E. (2022). Difference between gender in terms of nomophobia in Turkey: a meta-analysis. *The European Research Journal*, 8(1), 74-83. DOI:10.18621/eurj.865153
- Barnes, M. E., Dunlop, H. M., Holt, E. A., Zheng, Y., & Brownell, S. E. (2019). Different evolution acceptance instruments lead to different research findings. *Evolution: Education and Outreach*, 12(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s12052-019-0096-z>
- 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/10.2147/PRBM.S41386>
- Buctot, D. B., Kim, N., & Kim, S. H. (2020). The role of nomophobia and smartphone addiction in the lifestyle profiles of junior and senior high school students in the Philippines. *Social Sciences & Humanities Open*, 2(1), 100035. <https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2020.100035>
- Chan-Olmsted, S., & Xiao, M. (2019). Factors affecting smartphone dependency of media consumers. *International Journal of Mobile Communications*, 17(3), 353-375. <https://doi.org/10.1504/IJMC.2019.098595>
- Díaz Miranda, N., & Extremera Pacheco, N. (2020). Inteligencia Emocional, Adicción al Smartphone Y Malestar Psicológico Como Predictores De La Nomofobia En Adolescentes. *Know and Share Psychology*, 1(2). <https://doi.org/10.25115/kasp.v1i2.3195>
- 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). Correlation Between The Dependence of Smartphone on Adolescence and Some Psychiatric Transfers – Review of Literature. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research-BJSCR*, 25(2), 128–134. <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>
- 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>
- Gezgin D. M., Çakır, (2016). Analysis of nomophobic behaviors of adolescents regarding various factors. *International Journal Human Sciences*, 13(2), 504-19 DOI: 10.14687/jhs.v13i2.3797



- Gezgin DM, Cakir O, Yildirim S. (2018). The relationship between levels of nomophobia prevalence and internet addiction among high school students: The factors influencing nomophobia. *International Journal Research Education and Science (IJRES)*, 4(1) 215–225. DOI: 10.21890/ijres.383153
- Güllüce AC, Kaygin E, Borekci NE. (2019). [Determination of the relationship between the level of nomophobia and subjective wellbeing of university students: Ardahan case]. *Hacettepe University Journal of Economics and Administrative Sciences*, 37(4), 651-674. <https://doi.org/10.17065/huniibf.482061>
- Hosgor, H., Hosgor, G. D. (2019). The relationship among nomophobia, fear of missing out and demographic variables: example of the healthcare manager candidates. *Current Addiction Research*, 3(1), 16-24. DOI: 10.5455/car.105-1562758780
- Kaya, F., Delen, E. & Young, K. S. (2016) Psychometric properties oh the Internet Addiction Test un Turkish. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(1), 130-134. DOI: 10.1556/2006.4.2015.042
- Kuss D. J, Griffiths M. D. (2017). Social Networking Sites and Addiction: Ten Lessons Learned. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(3), 311. DOI: 10.3390/ijerph14030311
- Loureiro, D.F., & Galhardo, A. (2018). *Desenvolvimento da Versão Portuguesa do Questionário de Nomofobia (NMP-Q-PT): estudo da estrutura fatorial e propriedades psicométricas* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Miguel Torga <https://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/938>
- Mari, E., Biondi, S., Varchetta, M., Cricenti, C., Frascchetti, A., Pizzo, A., Barchielli, B., Roma, P., Vilar, M. M., Sala, F. G., Giannini, A. M., & Quaglieri, A. (2023). Gender differences in internet addiction: A study on variables related to its possible development. *Computers in Human Behavior Reports*, 9. <https://doi.org/10.1016/j.chbr.2022.100247>
- Massano-Cardoso, I. M., Figueiredo, S. & Galhardo, A. (2022). Nomofobia na população portuguesa em contexto pandémico: Estudo comparativo antes e durante a Pandemia COVID-19. *Portuguese Journal of Behavioral & Social Research*, 8(1), 1-13. <https://doi.org/10.31211/rpics.2022.8.1.239>
- Maziero, M. B., & Oliveira, L. A. (2016). Nomofobia: Uma revisão bibliográfica. *Unoesc & Ciência*, 8(1) 73-80.
- Moreno-Guerrero, A. J., Aznar-Díaz, I., Cáceres-Reche, P., & Rodríguez-García, A. M. (2020). Do age, gender and poor diet influence the higher prevalence of nomophobia among young people?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10) <https://doi.org/10.3390/ijerph17103697>
- Odaci, H., & Çikrikçi, Ö. (2014). Problematic internet use in terms of gender, attachment styles and subjective well-being in university students. *Computers in Human Behavior*, 32, 61–66. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.11.019>
- Pavithra, M. B., Madhukumar, S., & TS, M. M. (2015). A study on nomophobia-mobile phone dependence, among students of a medical college in Bangalore. *National Journal of community medicine*, 6(03), 340-344.
- Pontes, H. M., Patrão, I. M., & Griffiths, M. D. (2014). Portuguese validation of the internet addiction test: An empirical study. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(2), 107–114. <https://doi.org/10.1556/JBA.3.2014.2.4>
- Rosales-Huamani, J.A., Guzman-Lopez, R.R., Aroni-Vilca, E.E., Matos-Avalos, C.R., Castillo-Sequera, J.L. (2019). Determining Symptomatic Factors of Nomophobia in Peruvian Students from the National University of Engineering. *Preprints.org*, 2019010331. <https://doi.org/10.20944/preprints201901.0331.v1>



- Souza, K. N. M., & Cunha, M. R. (2018). Nomofobia: O Vazio Existencial. O Portal dos Psicólogos.
- Toth, G., Kapus, K., Hesszenberger, D., Pohl, M., Kosa, G., Kiss, J., Pusch, G., Fejes, E., Tibold, A. & Feher, G. (2021) Internet Addiction and Burnout in A Single Hospital: Is There Any Association?. *International Journal of Environmental Research Public Health*, 18(2), 615. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020615>
- Traore, B., Aguilo, Y., Hassoune, S., & Nani, S. (2023). Determinants of internet addiction among medical students in Casablanca: a cross-sectional study. *Global Health Journal*. <https://doi.org/10.1016/j.glohj.2023.04.005>
- Van Deursen, A. J. A. M., Bolle, C. L., Hegner, S. M., & Kommers, P. A. M. (2015). Modeling habitual and addictive smartphone behavior: The role of smartphone usage types, emotional intelligence, social stress, self-regulation, age, and gender. *Computers in Human Behavior*, 45, 411–420. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.12.039>
- 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/10.1089/109493100316012>.
- 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. DOI: 10.1016/j.chb.2015.02.059
- Young, K. S. (1999). Internet addiction: Evaluation and treatment. <https://doi.org/10.1136/sbmj.9910351>



CAPITULO 29

Microagressões, variáveis sociodemográficas e sintomatologia ansiosa numa população portuguesa LGBTQIA+

Maria Inês Mateus¹, Manuel Loureiro^{1,2} & Jorge Gama¹

¹Universidade da Beira Interior

²Research Center in Sports Sciences, Health Sciences and Human Development (CIDESD)

Autor Corredente: Maria Inês Mateus. E-mail; m.ines.mateus@gmail.com

Resumo:

As microagressões LGBTQIA+ caracterizam-se por manifestações hostis, depreciativas ou de desprezo, mais ou menos inconscientes, e realizadas de forma verbal, comportamental ou ambiental. Estas são dirigidas a pessoas devido à sua identidade de género, orientação sexual ou outra particularidade, seja esta assumida ou percebida por outros. Assim, o presente estudo teve como objetivo perceber e caracterizar as microagressões LGBTQIA+ numa população portuguesa, tendo em conta variáveis sociodemográficas como o género, a orientação sexual e o nível de escolaridade, bem como variáveis de saúde mental, concretamente a sintomatologia ansiosa. A amostra foi constituída por 133 participantes com diferentes identidades de género e orientações sexuais, e o protocolo incluiu três questionários: o Questionário Sociodemográfico, a Escala de Microagressões de Género e Minorias Sexuais (GSMMS) e as Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21). Ainda que os resultados obtidos na GSMMS indicassem que a frequência com a qual os participantes sofriam microagressões LGBTQIA+ era relativamente baixa, foram encontradas diferenças significativas nas microagressões LGBTQIA+ tendo em conta o género, a orientação sexual e o nível de escolaridade. Relativamente aos sintomas de ansiedade, a amostra apresentou valores de ansiedade severa e foi encontrada uma correlação positiva entre estes e as microagressões LGBTQIA+. O presente estudo permitiu-nos obter mais informações sobre a temática das microagressões, ainda muito pouco explorada, bem como perceber como estas se relacionam com variáveis sociodemográficas e de que forma afetam as pessoas que as experienciam, em contexto português.

Introdução

Ainda que a investigação com microagressões tenha já uma base científica sólida, a maioria da literatura diz respeito a microagressões raciais, principalmente nos Estados



Unidos da América. No entanto, sendo a comunidade LGBTQIA+ uma comunidade vulnerável e com especial propensão para ser alvo de preconceitos, estereótipos, discriminação e outros ataques sociais, achamos pertinente compreender de que forma ocorrem as microagressões dirigidas a estas pessoas, e quais as suas particularidades, especificamente no contexto português.

Desta forma, o presente estudo teve como principal objetivo obter mais informações sobre a ocorrência das microagressões baseadas na orientação sexual e identidade de género numa amostra portuguesa LGBTQIA+, bem como compreender a sua relação com algumas variáveis sociodemográficas, entre as quais o género, a orientação sexual e o nível de escolaridade. Foi também estudada a relação entre as microagressões LGBTQIA+ e sintomas psicopatológicos, mais concretamente, sintomas de ansiedade. Assim, esta investigação permitiu-nos obter mais informações sobre a temática das microagressões, ainda muito pouco explorada, bem como perceber como estas se relacionam com variáveis sociodemográficas e de que forma afetam as pessoas que as experienciam, em contexto português.

Enquadramento Teórico

Saúde Mental na população LGBTQIA+

Muitos estudos têm tentado compreender os valores baixos de saúde mental encontrados na população LGBTQIA+, como é o caso da investigação de Meyer (2003), que conceptualizou o Modelo de Stress das Minorias (Minority Stress Model), com especial enfoque nas pessoas gays, lésbicas e bissexuais. Neste modelo, Meyer refere que existe uma maior prevalência de doenças psiquiátricas na população LGB, que é explicada pelos excessivos stressores sociais, estigma e preconceito dos quais as pessoas não heterossexuais são alvo (Meyer, 2003). Em investigações posteriores este modelo foi já expandido de forma a incluir também pessoas transgénero e não conformes de género (Testa et al., 2015). O stress das minorias encontra-se relacionado com níveis mais elevados de distress psicológico (Breslow et al., 2015), que, por sua vez, se encontram associados a maiores níveis de heterossexismo e a menores níveis de autoaceitação (Woodford et al., 2014).

Segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) “as situações de discriminação e rejeição das pessoas LGBTQI+ afetam a sua autoestima e confiança e são fatores de risco para o desenvolvimento de problemas de ansiedade, depressão, ideação suicida e tentativas de suicídio, uso de substâncias e doenças cardiovasculares” (OPP, 2022, p.5). Desta forma, para além de as pessoas LGBTQIA+ terem maiores níveis de ansiedade do que indivíduos heterossexuais e cisgénero (Borgogna et al., 2019), existe também uma elevada prevalência de comportamentos autolesivos, que, particularmente em pessoas transgénero, parecem estar relacionados a uma tentativa de redução da disforia de género e à gestão de emoções associadas a doenças mentais ou físicas (Morris & Galupo, 2019). É também importante perceber que pessoas que se identificam, simultaneamente, como pertencendo a uma minoria de género (transgénero ou não conformes de género) e a uma minoria sexual têm níveis mais elevados de depressão e ansiedade do que aqueles que se identificam como cisgénero, sendo eles heterossexuais ou não (Borgogna et al., 2019).



Relação entre Microagressões e Saúde Mental

Estudos prévios sugerem que as microagressões em grupos sociais marginalizados se encontram associadas a piores níveis de saúde mental, nomeadamente: níveis mais baixos de autoestima (Nadal, Wong, et al., 2014), mais sintomas de depressão (Nadal, Griffin, et al., 2014), mais sintomas de ansiedade (Blume et al., 2012; Nadal, Griffin, et al., 2014), maior prevalência de emoções negativas (Nadal, Griffin, et al., 2014), mais dificuldades no controlo comportamental (Nadal, Griffin, et al., 2014), níveis mais baixos de bem estar (Nadal et al., 2015), bem como níveis mais elevados de consumo de álcool (Blume et al., 2012). Além disso, as microagressões sofridas pelas pessoas LGBTQIA+ afetam negativamente o seu desenvolvimento identitário, tendo impacto nas suas necessidades de privacidade e de aceitação, e contribuindo para o aumento do distress psicológico (Wegner & Wright, 2016; Woodford et al., 2014).

A discriminação sofrida por parte da comunidade LGBTQIA+ está presente a um nível sistémico, e os cuidados de saúde não são exceção. Uma grande percentagem da população LGB afirma evitar os cuidados de saúde, com receio de poder vir a sofrer algum tipo de discriminação, e os números são ainda maiores quando falamos de pessoas transgénero (Casey et al., 2019). Um estudo de Morris et al. (2020) que teve como objetivo estudar as microagressões em pessoas transgénero e não binárias, sofridas por parte dos profissionais de saúde mental que as acompanhavam, revelou que a ocorrência destas leva a uma maior insatisfação e a uma redução da procura de ajuda futura nos pacientes. De facto, o uso incorreto de pronomes e o controlo exercido por parte dos profissionais parecem ter um efeito particularmente nefasto para a pessoa, tendo um efeito significativo na sua saúde psicológica, relacionado com o aumento dos sintomas de distress psicológico, ansiedade e depressão e podendo, inclusivamente, ampliar a sua disforia de género (McLemore, 2018; Pratt-Chapman et al., 2021).

Conceito de microagressão

O termo “microagressão” foi cunhado pelo psiquiatra Chester Pierce, em 1970, ao falar sobre “mecanismos ofensivos” nas relações interpessoais entre brancos e negros, nos Estados Unidos da América (p. 265). Como referido por Pierce (1970), a grande maioria das atitudes ofensivas não são evidentes nem incapacitantes, mas sim subtis e inesperadas. É comum que as consequências destas atitudes só sejam totalmente compreendidas quando ocorrem de forma reiterada e, ainda que, muitas vezes, uma só atitude abusiva seja relativamente inofensiva, o seu efeito cumulativo tem grandes implicações tanto para as vítimas como para os perpetradores (Pierce, 1970; Sue et al., 2007).

Alguns anos mais tarde, Derald Wing Sue et al. (2007) viriam a definir as microagressões como manifestações verbais, comportamentais ou ambientais, breves e quotidianas, que podem ou não ser intencionais, em que são dirigidos comentários hostis, depreciativos, de desprezo ou insultos a uma determinada pessoa ou grupo. As microagressões podem também ocorrer enquanto atitudes de desprezo subtis, olhares, gestos ou tons de desdém para com a pessoa (Sue et al., 2007). Ainda que estas sejam muitas vezes inconscientes e não percecionadas como tal (Sue et al., 2007), advêm de sentimentos de superioridade que o perpetrador sente em relação a um grupo de pessoas (Pierce, 1970).

Estas trocas encontram-se de tal forma automatizadas e disseminadas nas conversas e interações do dia-a-dia, que são muitas vezes desvalorizadas e percecionadas como



inocentes e inofensivas (Sue et al., 2007). No entanto, ainda que, muitas vezes, os perpetradores não estejam conscientes do quão ofensivas são as suas ações e que até os próprios recetores possam não perceber as microagressões como tal, é importante compreender que estas têm um impacto negativo e duradouro no desenvolvimento pessoal (Wegner & Wright, 2016). Devido à presença dos seres humanos em diferentes grupos e posições sociais, há uma grande probabilidade de todos nós irmos a experienciar microagressões, o que pode incluir não só ser sujeito, como também iniciar ou observar tais atitudes (Dover, 2016).

Tipos de microagressões

Com o objetivo de compreender o fenómeno das microagressões, Sue et. al. (2007) criaram uma taxonomia que permite conceptualizá-las em três formas distintas: microataques, microinsultos e microinvalidações. Os microataques são caracterizados por ataques verbais ou não-verbais, descritos como tendo como objetivo magoar a vítima, nomeadamente chamando-lhe nomes, evitando-a ou discriminando-a (Sue et al., 2007). A diferença entre os microataques e a discriminação mais evidente reside no facto de, frequentemente, palavras insultuosas poderem ser usadas de forma inconsciente ou não intencional. Por exemplo, empregando uma conotação negativa a palavras associadas à comunidade LGBTQIA+ (Nadal, 2013).

Por sua vez, os microinsultos pressupõem comunicações ofensivas e insensíveis que rebaixam a pessoa com base na sua identidade, tratando-se de mensagens que transmitem insultos de forma subtil e encoberta. Estas mensagens dependem do contexto em que ocorrem e podem ser entendidas como agressões por parte dos recetores, quando usadas regularmente. Os microinsultos são habitualmente verbais, no entanto, também podem ser não verbais (Sue et al., 2007). Um exemplo de microinsulto dirigido à população LGBTQIA+ é o estereótipo de que todas as mulheres lésbicas são másculas ou todos os homens gays são efeminados (Nadal et al., 2016).

Por fim, as microinvalidações constituem comunicações que excluem, negam ou invalidam pensamentos, sentimentos ou experiências de vida das pessoas às quais são dirigidas. Na maioria dos casos, quando os indivíduos são confrontados com os seus atos de microagressão, estes consideram que a vítima está a exagerar, como resultado da ideia de que as microagressões não são graves (Sue et al., 2007). Por exemplo, quando é dito a um adolescente LGBTQIA+ que simplesmente está confuso ou que a sua orientação sexual e/ou identidade de género se trata apenas de uma fase pela qual está a passar, isto constitui uma microinvalidação (Vaccaro & Koob, 2018).

Vaccaro e Koob (2018) referem ainda um quarto tipo de microagressões, as microagressões ambientais. Segundo os autores, estas tratam-se de práticas de exclusão de pessoas LGBTQIA+, em contextos locais, nacionais e internacionais. Constitui um exemplo destas microagressões o facto de, no âmbito académico, apenas serem mencionadas problemáticas relativas à saúde de pessoas LGBTQIA+ para comentar a sua relação com a presença do vírus do VIH em homens homossexuais (Vaccaro & Koob, 2018). Desta forma, as microagressões não se restringem a interações interpessoais e à opressão baseada em grupos sociais, ocorrendo também a um nível sistémico (Dover, 2016; Nadal, 2019; Sue et al., 2007).

Microagressões dirigidas à população LGBTQIA+



Particularmente em relação à comunidade LGBTQIA+, as queixas de discriminação referidas como estando mais intimamente associadas a esta população são os insultos, a violência, as ameaças, o assédio, seja ele sexual ou não, e as microagressões (Casey et al., 2019). Com base em diversas investigações prévias, Nadal et al. (2010) criaram uma taxonomia, que teve como foco as microagressões sofridas por pessoas gays, lésbicas, bissexuais e transgénero, não só no seu quotidiano, mas também em contexto terapêutico. Segundo esta taxonomia, existem oito temas principais que estão presentes nestas microagressões, sendo eles: 1) usar terminologia heterossexista; 2) impor culturas/comportamentos heteronormativos; 3) considerar a experiência LGBT como universal, assumindo que todas as pessoas pensam e/ou agem da mesma forma; 4) considerar as pessoas LGBT exóticas pela sua diferença; 5) existir desconforto/desaprovação da experiência LGBT; 6) negar a existência de heterossexismo/transfobia na sociedade; 7) presumir que pessoas LGBT possuem uma doença ou anormalidade sexual; e 8) negar o próprio heterossexismo (Nadal et al., 2010).

Ainda que a discriminação experienciada pela comunidade LGBTQIA+ tenha uma base comum, esta acaba por se distinguir e diversificar, consoante aquilo em que se baseia, podendo ser a orientação sexual, a identidade de género ou qualquer outra particularidade da pessoa (Casey et al., 2019). Existem quatro grandes temas no que concerne às microagressões associadas à orientação sexual. Por um lado, as microagressões dirigidas a pessoas gays, lésbicas ou bissexuais podem subentender uma sexualidade desviante, considerando que existe algo de errado ou perigoso com aquela pessoa. Por outro lado, as pessoas vítimas de microagressões sexuais podem sentir que são cidadãos de “segunda classe”, podendo ser inferiorizadas e desencorajadas a casar ou adotar filhos, por exemplo. O terceiro fator que parece estar presente está relacionado com as perceções que pessoas heterossexuais podem possuir sobre pessoas LGB, imaginando aspetos culturais e comportamentais sobre como estas devem agir, podendo ficar impressionadas quando percebem que essas ideias não se verificam, por exemplo, quando percecionam um homem gay como “normal” por ele não ser feminino. Por último, as microagressões na população LGB podem ainda relacionar-se com estereótipos de conhecimentos ou comportamentos considerados característicos nestas pessoas, como por exemplo assumir que homens gays e bissexuais possuem conhecimentos sobre design de interiores ou roupas de mulher (Wegner & Wright, 2016).

É também importante considerar a influência da interseccionalidade nas microagressões, uma vez que uma só pessoa pode ser discriminada por um vasto conjunto de fatores e identidades, por exemplo, por ser uma pessoa LGBTQIA+, negra e que sofre de uma doença física. Assim, poderá vir a ser alvo de microagressões tanto a um nível interpessoal como sistémico (Nadal et al., 2016). Desta forma, pessoas LGBTQIA+ que pertençam simultaneamente a uma minoria racial/étnica ou a qualquer outra minoria social têm uma maior propensão para relatar episódios de discriminação (Casey et al., 2019).

Método

Participantes

A amostra do presente estudo é constituída por 133 participantes com nacionalidade portuguesa. Os dados sociodemográficos foram organizados na tabela que se segue (Tabela 1).

Tabela 1. Tabela das características sociodemográficas dos participantes (n=133)

Variáveis		N (%)	M (DP)	Md (Q1; Q3)
Idade			23.84 (5.60)	22 (20; 25)
Género	Homem cisgénero	28 (21.1)		
	Mulher cisgénero	90 (67.7)		
	Pessoa não cisgénero	15 (11.3)		
Orientação sexual	Heterossexual	52 (39.1)		
	Homossexual	21 (15.8)		
	Bissexual	45 (33.8)		
	Outra	15 (11.3)		
Habilitações académicas	Até 12 anos	66 (49.6)		
	Licenciatura	42 (31.6)		
	Pós-graduação ou Mestrado	25 (18.8)		

Instrumentos

Para a recolha de informação, este estudo utilizou vários instrumentos, sendo eles: o Questionário Sociodemográfico, a Escala de Microagressões de Género e Minorias Sexuais (GSMMS) e as Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21). O questionário sociodemográfico foi especificamente desenvolvido para utilização no presente estudo, tendo tido em conta variáveis como a idade, o género, a orientação sexual e as habilitações académicas dos participantes.

Relativamente à Escala de Microagressões de Género e Minorias Sexuais (GSMMS), a sua construção foi baseada na investigação sobre microagressões experienciadas por pessoas transgénero e minorias sexuais (Nadal et al., 2016). A GSMMS é constituída por 12 itens, com cinco opções de resposta, com questões como por exemplo: “As pessoas sugerem que a sua orientação sexual ou identidade de género é apenas uma fase, uma escolha, ou não é real” ou “As pessoas fazem-lhe questões invasivas porque você é LGBTQIA+ ou acham que é LGBTQIA+”. Os participantes devem responder a cada uma das questões, indicando com que frequência experienciaram cada um dos acontecimentos mencionados no último ano (Timmins et al., 2017).

A GSMMS não se encontra validada para a população portuguesa, pelo que foi necessário proceder à tradução da mesma para português. Para tal, recorreu-se ao apoio de dois tradutores independentes, um que fez inicialmente a tradução dos itens e o outro que realizou a retroversão. Posteriormente, a versão original e a retroversão foram



comparadas, no sentido de verificar a existência de diferenças entre as duas, não tendo sido encontradas diferenças significativas. Esta escala apresentou valores de .910 para o Alfa de Cronbach, e de .938 para o Alfa Ordinal, o que indica uma elevada consistência interna (Murphy & Davidshofer, 1988).

As Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) são da autoria de P. Lovibond e S. Lovibond (1995) e foram traduzidas e validadas para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004), sendo que no presente estudo foi apenas utilizada a escala de Ansiedade. Cada item apresenta um conjunto de sintomas emocionais negativos, em que a pessoa deve responder de que forma se aplicaram a si na última semana. Este instrumento é composto por uma escala do tipo Likert, variando os seus valores entre 0 e 3 (Pais-Ribeiro, 2006). No estudo da consistência interna obtiveram-se valores de .894 para o Alfa de Cronbach de .894 e .921 para o Alfa Ordinal, o que evidencia uma elevada consistência interna (Murphy & Davidshofer, 1988).

Procedimentos

A recolha de dados foi efetuada em formato online, através da disseminação de mailing lists, redes sociais, e ainda diversas associações que fazem um trabalho junto de pessoas LGBTQIA+. Foram respeitados todos os princípios éticos e deontológicos, tendo o presente projeto sido aprovado pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (N.º CE-UBI-Pj-2022-005-ID1181).

Foi respeitado o princípio do consentimento informado, em que os participantes foram informados relativamente aos pareceres da investigação, a confidencialidade e o anonimato. Os dados recolhidos foram utilizados com o exclusivo propósito de tratamento estatístico de dados para o estudo, de forma a contribuir para uma maior aquisição de conhecimentos científicos nesta área. O questionário manteve-se online de janeiro a maio de 2022, tendo sido respeitado o princípio do voluntário. Esta amostra foi recolhida através de técnicas não probabilísticas como a conveniência e a bola de neve.

Após a recolha de dados, foi elaborado um ficheiro Excel, a partir da qual foi criada uma base de dados em SPSS (IBM SPSS Statistics, versão 26, 2019), tendo estes sido submetidos a diversas análises estatísticas. Uma vez que existiam categorias com um número muito reduzido de participantes, foi necessário efetuar transformações nas variáveis categóricas. Foi também criada uma nova variável “Pertença à comunidade LGBTQIA+”, em que se consideravam como não pertencentes aqueles que eram, simultaneamente, cisgénero e heterossexuais, e como pertencentes todos os restantes.

Resultados

Na amostra do presente estudo, a média e a mediana do score das microagressões LGBTQIA+ foram iguais a 2.12 (DP=.89) e 2.08 (Q1= 1.29; Q3= 2.759), respetivamente. Na análise da comparação dos grupos do score das microagressões LGBTQIA+ com a identidade de género foi realizado o Teste de Robustez de Welsh. Obtiveram-se as médias 2.21 (DP=.63), 1.95 (DP=.89) e 2.99 (DP=.79) do score das microagressões LGBTQIA+ para os grupos dos homens cisgénero, mulheres cisgénero e pessoas não cisgénero, respetivamente. A amostra evidenciou uma influência estatisticamente significativa da identidade de género no score das microagressões LGBTQIA+ ($p < .001$).



Das comparações aos pares entre as médias do score das microagressões LGBTQIA+ dos géneros encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo das pessoas não cisgénero e os grupos dos homens cisgénero ($p=.009$) e das mulheres cisgénero ($p<.001$). Entre os grupos dos homens cisgénero e mulheres cisgénero, a diferença das médias do score das microagressões LGBTQIA+ não foi estatisticamente significativa ($p=.267$).

Relativamente à orientação sexual, obteve-se, do score das microagressões LGBTQIA+, as médias de 1.49 (DP=.64) para pessoas heterossexuais, 2.58 (DP=.71) para pessoas homossexuais, 2.42 (DP=.83) para pessoas bissexuais e, por fim, 2.77 (DP=.77) para pessoas com outras orientações sexuais. Os resultados sugerem que existe uma influência estatisticamente significativa da orientação sexual no score das microagressões LGBTQIA+ ($p<.001$).

Das comparações aos pares entre as médias do score das microagressões LGBTQIA+ da orientação sexual encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo das pessoas heterossexuais e os três restantes grupos, sendo eles os das pessoas homossexuais ($p<.001$), das pessoas bissexuais ($p<.001$) e das pessoas com outras orientações sexuais ($p<.001$). Entre os grupos dos participantes homossexuais com os participantes bissexuais ($p=.948$) e com os participantes com outras orientações sexuais ($p=.969$), bem como entre os participantes bissexuais e com outras orientações sexuais ($p=.454$), não foram encontradas diferenças significativas nas médias do score das microagressões LGBTQIA+.

Para verificar a influência das habilitações académicas nas microagressões LGBTQIA+, foi realizado o teste de Kuskal-Wallis. As medianas do score das microagressões LGBTQIA+ para as pessoas até 12 anos de escolaridade foi de 2.38 (Q1=1.33; Q3=3.00), para as pessoas com Licenciatura de 2.13 (Q1=1.42; Q3=2.69) e para as pessoas com Mestrado e/ou Pós-graduação de 1.58 (Q1=1.04; Q3=2.08). Foi verificada uma influência estatisticamente significativa das habilitações académicas no score das microagressões LGBTQIA+ ($p=.008$).

Das comparações aos pares entre as médias do score das microagressões LGBTQIA+ das habilitações literárias, apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo das pessoas que tinham até 12 anos de escolaridade e aquelas com Mestrado ou Pós-graduação ($p=.006$). Não foram encontradas diferenças significativas nem entre as pessoas com Licenciatura e aquelas com até 12 anos de escolaridade ($p=1.00$), nem entre as primeiras e as pessoas com Mestrado ou Pós-graduação ($p=.098$).

De seguida, foram analisados os valores de sintomatologia ansiosa na amostra, sendo a sua média 7.77 (DP=5.81) e a mediana 7.00 (Q1=3.50; Q3=11.00). Posteriormente foi realizada, com o coeficiente de correlação de Pearson, uma análise da correlação entre os scores das microagressões LGBTQIA+ e os sintomas de ansiedade, tendo-se obtido uma correlação positiva moderada ($r=.635$, $p<.001$).

Discussão

Segundo os resultados obtidos na GSMMS, os participantes indicaram que a frequência com a qual sofriam de microagressões LGBTQIA+ era relativamente baixa, variando a



maioria das suas respostas entre “nunca” e “por vezes”, relativamente às experiências incluídas no questionário. Estes resultados podem ser justificados pelo facto de 36.8% dos participantes não pertencerem à comunidade LGBTQIA+, o que diminui a probabilidade de virem a reportar este problema como algo que vivenciem com frequência. Além disso, algumas questões incluídas no instrumento utilizado eram especialmente dirigidas a pessoas não cisgénero, sendo que, na presente amostra, apenas existiam 15 participantes que se incluíam neste grupo.

Apesar do score das microagressões LGBTQIA+ ser relativamente baixo, estas parecem ser significativamente afetadas por algumas das variáveis sociodemográficas estudadas. Como mencionado na literatura, neste estudo foram encontradas diferenças significativas na experiência de microagressões LGBTQIA+ entre as pessoas cisgénero e não cisgénero, sendo estas últimas substancialmente mais vitimizadas. Estes resultados vão, como esperado, ao encontro de estudos prévios, que nos indicam que estas são experiências com as quais muitas pessoas não cisgénero têm de lidar no seu quotidiano, em diversos contextos (Nadal, 2013).

Relativamente à variação das microagressões LGBTQIA+ tendo em conta a orientação sexual, foram encontradas diferenças significativas na frequência das microagressões nas diversas orientações sexuais, particularmente entre as pessoas heterossexuais e as restantes, o que nos indica que pessoas não heterossexuais reportam sentir mais níveis de microagressões relacionadas com a sua orientação sexual, como tinha já sido descrito em investigações prévias (e.g. Robinson & Rubin, 2016). Entre os grupos dos participantes não heterossexuais, não foram encontradas diferenças significativas nas queixas de microagressões. No entanto, é possível perceber que são as pessoas que não se identificam como homo ou bissexuais (e sim como pansexuais, assexuais, entre outras orientações), aquelas que reportam experienciar este problema mais regularmente. Tal como apresentado no estudo de Gartner e Sterzing (2018), os adolescentes que se identificavam como pansexuais, queer ou outra orientação sexual que não LGB sofriam mais frequentemente microagressões por parte dos seus familiares do que aquelas que se identificavam como homossexuais. Posto isto, como verificado na presente amostra, podemos afirmar que, de facto, as pessoas não cisgénero pertencentes a uma minoria sexual parecem apresentar um maior risco para experienciar microagressões interpessoais e ambientais, relacionadas com a sua identidade de género e/ou orientação sexual, sejam estas assumidas ou percebidas por outros (Gartner & Sterzing, 2018).

No que diz respeito à variação das microagressões LGBTQIA+ tendo em conta o nível de escolaridade, foram encontradas diferenças significativas entre os grupos, concretamente entre as pessoas com até 12 anos de escolaridade e aquelas que possuíam um mestrado e/ou pós-graduação, em que eram as primeiras as que reportavam sofrer mais frequentemente com as microagressões LGBTQIA+. Ainda que estes resultados se possam dever a alguma assimetria apresentada entre estes dois grupos, estes não são inesperados.

Sendo esta amostra maioritariamente constituída por jovens no final da adolescência e por adultos emergentes, muitos deles a frequentar o ensino superior, é possível que estes resultados se encontrem não só relacionados com o grau de escolaridade das pessoas, como também com a sua idade. Num estudo longitudinal que acompanhou jovens adultos, homo e bissexuais, durante um período de 8 anos, foi descrito que as experiências



estigmatizantes tinham tendência a diminuir ao longo do tempo (Pachankis et al., 2018). Estes participantes reportavam, a cada novo momento da investigação, sofrer menos rejeição e discriminação, ser mais imunes ao estigma internalizado e ser mais expressivos em relação à sua orientação sexual (Pachankis et al., 2018). Assim, para além de pessoas com níveis de escolaridade mais elevados apresentarem menos queixas, enquanto vítimas de microagressões LGBTQIA+, estudos indicam que alunos mais velhos ou que frequentavam a universidade há mais tempo tinham atitudes mais positivas perante pessoas LGBTQIA+ (Copp & Koehler, 2017). Isto parece indicar que, de forma geral, pessoas mais velhas ou com níveis mais elevados de escolaridade estão menos expostas a situações de microagressões LGBTQIA+, tanto enquanto vítimas, como enquanto perpetradores, integrando ambientes universitários de maior aceitação.

No que concerne à associação entre as microagressões LGBTQIA+ e os sintomas de ansiedade, foi encontrada uma correlação positiva moderada entre ambos. Além disso, segundo os resultados médios obtidos na sintomatologia ansiosa, e utilizando a classificação fornecida por Lovibond e Lovibond (1995), a amostra do presente estudo apresentou valores de ansiedade severa. Estes valores indicam que os níveis de sintomatologia apresentada estão bastante acima dos valores médios da população geral, segundo os dados apresentados na versão original da EADS-42 (Lovibond & Lovibond, 1995). Assim, a amostra apresentou níveis significativos de sintomatologia psicopatológica, associada aos episódios de microagressões LGBTQIA+ experienciados.

As experiências de discriminação e violência, tanto de uma forma mais subtil, como é o caso das microagressões, como de uma forma mais explícita, afetam negativamente o bem-estar psicológico, de forma cumulativa. Ou seja, o impacto negativo na saúde mental é tanto maior quanto a quantidade de circunstâncias e contextos em que este tipo de experiências ocorre (Mendoza-Perez & Ortiz-Hernandez, 2021). Desta forma, como evidenciado pelos resultados obtidos, as microagressões LGBTQIA+ estão significativamente associadas a maior sintomatologia ansiógena experienciada pelas suas vítimas. Estes são resultados esperados, já que tinha sido previamente descrita a estreita relação entre estas variáveis (Wright & Lewis, 2020), nomeadamente o facto de as microagressões causarem ansiedade, stress e sintomas de trauma, o que aumenta a probabilidade de as pessoas lesadas virem a sofrer com algum quadro psicopatológico (Williams et al., 2018).

Posto isto, uma vez que alguns sintomas de saúde mental nesta população estão relacionados com stressores específicos, alguns autores defendem que as intervenções realizadas devem ser adaptadas às características das pessoas, ou seja, é importante que a intervenção psicológica com pessoas LGBTQIA+ tenha em consideração a teoria do stress das minorias enquanto um dos alvos a intervir (Fulginiti et al., 2021). De facto, Meyer (2003) afirmou que existia uma maior prevalência de doenças mentais em pessoas LGBTQIA+, como consequência dos stressores sociais a que estavam sujeitas, tal como se veio a verificar no presente estudo. O autor descreveu este modelo como ocorrendo de duas formas distintas: de uma forma distal (processo externo ao indivíduo, objetivo na medida em que não depende da sua perceção, como em situações de preconceito, discriminação e violência), e de uma forma proximal (processo subjetivo, relacionado com a identificação da pessoa enquanto LGBTQIA+, como por exemplo através das expectativas de rejeição, da ocultação da sua identidade ou da homofobia internalizada).



Possivelmente devido às mudanças sociais que têm vindo a ser feitas e à maior consciencialização sobre estas temáticas, ao longo dos anos, as pessoas têm vindo a manifestar os seus preconceitos de forma mais subtil (Nadal, 2018). As microagressões ocorrem num continuum que varia desde intencionais, explícitas e evidentes a não intencionais, implícitas e subtis (Johnson et al., 2021), o que, muitas vezes, torna a sua identificação complexa e, mesmo quando o perpetrador está consciente da sua intenção, pode negar que esta seja maliciosa (Johnson et al., 2021). Assim, apesar de todas as microagressões possuírem um certo grau de invisibilidade, os seus efeitos nocivos são bastante notórios (Johnson et al., 2021), já que, ainda que as microagressões ocorram de forma aparentemente mais discreta do que os crimes de ódio, o heterossexismo ou a transfobia explícitos, os seus efeitos continuam a ter repercussões significativamente negativas na saúde mental das suas vítimas (Nadal et al., 2011).

Limitações e considerações para estudos futuros

Este estudo tem algumas limitações, nomeadamente o facto de, por vezes, os grupos comparados serem bastante heterogéneos ao nível do número de participantes, o que pode afetar a interpretação dos resultados. Uma outra limitação pode ser o facto de este ter sido disseminado através de um inquérito online, o que pode ter sido um impedimento à resposta por parte de outras pessoas, nomeadamente pessoas de faixas etárias mais velhas.

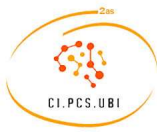
A terceira limitação deve-se ao facto de a GSMMS, por limites de ordem amostral, não ter sido cabalmente adaptada mas apenas traduzida para a população portuguesa, ainda que a tradução tenha sido feita de forma rigorosa e a versão obtida da escala apresente uma elevada consistência interna.

Sendo esta uma população particularmente vulnerável e que tem vindo a sofrer com preconceitos, estereótipos, discriminação ao longo da história, é importante que os estudos sejam realizados de forma inclusiva. Ao nível dos construtos relacionados com a saúde mental, seria também interessante estudar como variáveis como a autoestima e o autoconceito das pessoas vítimas de microagressões são afetadas, bem como averiguar quais as estratégias de coping que mais utilizam e quais poderão ser mais adequadas. Em estudos futuros, é também importante ter uma perspetiva interseccional, e refletir sobre como a pertença simultânea a diferentes grupos socialmente marginalizados pode exacerbar o impacto negativo das microagressões nas pessoas. De facto, as microagressões interseccionais parecem prever mais estratégias de coping negativas e níveis mais baixos de bem-estar psicológico e de saúde física comparativamente às microagressões não interseccionais (Costa et al., 2022).

Referências

- Blume, A. W., Lovato, L. V., Thyken, B. N., & Denny, N. (2012). The relationship of microaggressions with alcohol use and anxiety among ethnic minority college students in a historically White institution. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 18*(1), 45–54. <https://doi.org/10.1037/a0025457>
- Borgogna, N. C., McDermott, R. C., Aita, S. L., & Kridel, M. M. (2019). Anxiety and depression across gender and sexual minorities: Implications for transgender, gender nonconforming, pansexual, demisexual, asexual, queer, and questioning

- individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 6(1), 54–63. <https://doi.org/10.1037/sgd0000306>
- Breslow, A. S., Brewster, M. E., Velez, B. L., Wong, S., Geiger, E., & Soderstrom, B. (2015). Resilience and collective action: Exploring buffers against minority stress for transgender individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 253–265. <https://doi.org/10.1037/sgd0000117>
- Casey, L. S., Reisner, S. L., Findling, M. G., Blendon, R. J., Benson, J. M., Sayde, J. M., & Miller, C. (2019). Discrimination in the United States: Experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer Americans. *Health Services Research*, 54(S2), 1454–1466. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13229>
- Copp, H. L., & Koehler, W. J. (2017). Peer attitudes toward LGBT-identified university students as mediated by demographic factors. *Journal of Gay and Lesbian Mental Health*, 21(4), 277–291. <https://doi.org/10.1080/19359705.2017.1320697>
- Costa, P. L., McDuffie, J. W., Brown, S. E. V., He, Y., Ikner, B. N., Sabat, I. E., & Miner, K. N. (2022). Microaggressions: Mega problems or micro issues? A meta-analysis. *Journal of Community Psychology*, 1–17. <https://doi.org/10.1002/jcop.22885>
- Fulginiti, A., Rhoades, H., Mamey, M. R., Klemmer, C., Srivastava, A., Weskamp, G., & Goldbach, J. T. (2021). Sexual minority stress, mental health symptoms, and suicidality among LGBTQ youth accessing crisis services. *Journal of Youth and Adolescence*, 50, 893–905. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10964-020-01354-3>
- Gartner, R. E., & Sterzing, P. R. (2018). Social ecological correlates of family-level interpersonal and environmental microaggressions toward sexual and gender minority adolescents. *Journal of Family Violence*, 33(1), 1–16. <https://doi.org/10.1007/s10896-017-9937-0>
- Johnson, V. E., Nadal, K. L., Sissoko, D. R. G., & King, R. (2021). “It’s not in your head”: Gaslighting, ‘splaining, victim blaming, and other harmful reactions to microaggressions. *Perspectives on Psychological Science*, 16(5), 1024–1036. <https://doi.org/10.1177/17456916211011963>
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.). Psychology Foundation.
- McLemore, K. A. (2018). A minority stress perspective on transgender individuals’ experiences with misgendering. *Stigma and Health*, 3(1), 53–64. <https://doi.org/10.1037/sah0000070>
- Mendoza-Perez, J. C., & Ortiz-Hernandez, L. (2021). Association between overt and subtle experiences of discrimination and violence and mental health in homosexual and bisexual men in Mexico. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(23–24), NP12686–NP12707. <https://doi.org/10.1177/0886260519898423>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Morris, E. R., & Galupo, M. P. (2019). “Attempting to dull the dysphoria”: Nonsuicidal self-injury among transgender individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 6(3), 296–307. <https://doi.org/10.1037/sgd0000327>



- Morris, E. R., Lindley, L., & Galupo, M. P. (2020). “Better issues to focus on”: Transgender microaggressions as ethical violations in therapy. *Counseling Psychologist*, 48(6), 883–915. <https://doi.org/10.1177/0011000020924391>
- Murphy, K., & Davidshofer, C. (1988). *Psychological testing: Principles and applications*. Prentice-Hall.
- Nadal, K. L. (2013). *That's so gay! Microaggressions and the lesbian, gay, bisexual, and transgender community*. American Psychological Association.
- Nadal, K. L. (2018). *Microaggressions and traumatic stress: Theory, research, and clinical treatment*. American Psychological Association.
- Nadal, K. L. (2019). A decade of microaggression research and LGBTQ communities: An introduction to the special issue. *Journal of Homosexuality*, 66(10), 1309–1316. <https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1539582>
- Nadal, K. L., Griffin, K. E., Wong, Y., Hamit, S., & Rasmus, M. (2014). The impact of racial microaggressions on mental health: Counseling implications for clients of color. *Journal of Counseling and Development*, 92(1), 57–66. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2014.00130.x>
- Nadal, K. L., Issa, M. A., Leon, J., Meterko, V., Wideman, M., & Wong, Y. (2011). Sexual orientation microaggressions: “Death by a thousand cuts” for lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of LGBT Youth*, 8(3), 234–259. <https://doi.org/10.1080/19361653.2011.584204>
- Nadal, K. L., Rivera, D. P., & Corpus, M. J. H. (2010). Sexual orientation and transgender microaggressions: Implications for mental health and counseling. In D. W. Sue (Ed.), *Microaggressions and marginality: Manifestation, dynamics, and impact* (pp. 217–240). John Wiley & Sons, Inc.
- Nadal, K. L., Whitman, C. N., Davis, L. S., Erazo, T., & Davidoff, K. C. (2016). Microaggressions toward Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Genderqueer People: A review of the literature. *Journal of Sex Research*, 53(4–5), 488–508. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1142495>
- Nadal, K. L., Wong, Y., Griffin, K. E., Davidoff, K., & Sriken, J. (2014). The adverse impact of racial microaggressions on college students’ self-esteem. *Journal of College Student Development*, 55(5), 461–474. <https://doi.org/10.1353/csd.2014.0051>
- Nadal, K. L., Wong, Y., Sriken, J., Griffin, K., & Fujii-Doe, W. (2015). Racial microaggressions and Asian Americans: An exploratory study on within-group differences and mental health. *Asian American Journal of Psychology*, 6(2), 136–144. <https://doi.org/10.1037/a0038058>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2022). Contributo Científico OPP - Planos de Ação da Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação 2018-2030 – Portugal + Igual (ENIND). https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/contributo_cient_fico_opp_p_lanos_de_ac_o_da_enind_2018_2030.pdf
- Pachankis, J. E., Sullivan, T. J., Feinstein, B. A., & Newcomb, M. E. (2018). Young adult gay and bisexual men’s stigma experiences and mental health: An 8-year longitudinal study. *Developmental Psychology*, 54(7), 1381–1393. <https://doi.org/10.1037/dev0000518>
- Pais-Ribeiro, J. L. (2006). *Avaliação psicológica em contextos de saúde e de doença: Instrumentos publicados em português*. Quarteto.



- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229–239.
- Pierce, C. (1970). Offensive mechanisms. In F. B. Barbour (Ed.). *The Black seventies* (pp. 265–282). Porter Sargent Publisher.
- Pratt-Chapman, M. L., Murphy, J., Hines, D., Brazinskaite, R., Warren, A. R., & Radix, A. (2021). “When the pain is so acute or if I think that I’m going to die”: Health care seeking behaviors and experiences of transgender and gender diverse people in an urban area. *PLOS ONE*, 16(2), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246883>
- Robinson, J. L., & Rubin, L. J. (2016). Homonegative microaggressions and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Gay and Lesbian Mental Health*, 20(1), 57–69. <https://doi.org/10.1080/19359705.2015.1066729>
- Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A. M. B., Nadal, K. L., & Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. *American Psychologist*, 62(4), 271–286. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.4.271>
- Testa, R. J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., & Bockting, W. (2015). Development of the gender minority stress and resilience measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(1), 65–77. <https://doi.org/10.1037/sgd0000081>
- Timmins, L., Rimes, K. A., & Rahman, Q. (2017). Minority stressors and psychological distress in transgender individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(3), 328–340. <https://doi.org/10.1037/sgd0000237>
- Vaccaro, A., & Koob, R. M. (2018). A critical and intersectional model of LGBTQ microaggressions: Toward a more comprehensive understanding. *Journal of Homosexuality*, 66(10), 1317–1344. <https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1539583>
- Wegner, R., & Wright, A. J. (2016). A psychometric evaluation of the homonegative microaggressions scale. *Journal of Gay and Lesbian Mental Health*, 20(4), 299–318. <https://doi.org/10.1080/19359705.2016.1177627>
- Williams, M. T., Kanter, J. W., & Ching, T. H. W. (2018). Anxiety, stress, and trauma symptoms in African Americans: Negative affectivity does not explain the relationship between microaggressions and psychopathology. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 5(5), 919–927. <https://doi.org/10.1007/s40615-017-0440-3>
- Woodford, M. R., Kulick, A., Sinco, B. R., & Hong, J. S. (2014). Contemporary heterosexism on campus and psychological distress among LGBQ students: The mediating role of self-acceptance. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 84(5), 519–529. <https://doi.org/10.1037/ort0000015>
- Wright, L. T. N., & Lewis, J. A. (2020). Is physical activity a buffer? Gendered racial microaggressions and anxiety among African American women. *Journal of Black Psychology*, 46(2–3), 122–143. <https://doi.org/10.1177/0095798420929112>



CAPITULO 30

O impacto das experiências adversas na saúde mental das crianças

Ana Silvano¹, Celeste Simões² e Sofia Santos³

¹Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa

²Instituto de Saúde Ambiental, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

³UIDEF-Instituto da Educação, Universidade de Lisboa

Autor Correspondente: Ana Silvano. E-mail: anassilvano@gmail.com

Resumo:

A infância é a fase da vida em que os indivíduos são mais vulneráveis e o desenvolvimento neurológico é rápido e altamente responsivo às influências do ambiente. As experiências ao longo desta fase influenciam a saúde mental infantil. Eventos de vida stressantes, i.e., experiências adversas, enquanto desvio ambiental esperado, exigem novas formas de adaptação. Dada a necessidade de categorizar e definir os seus limites, devido à presença de múltiplos eventos adversos, e à escassez de evidências na área, é nosso objetivo apresentar uma revisão da literatura sobre o impacto das experiências adversas na saúde mental infantil. Estas experiências aumentam probabilidade de doença e comportamentos de internalização/externalização negativos. No início da adolescência são igualmente observados problemas comportamentais, pelo que a variabilidade na resposta das crianças à adversidade pode atenuar ou agravar o impacto da exposição, condicionada pelo momento e a gravidade da adversidade, bem como pela presença de fatores de proteção. Contudo compreender quais as experiências que predizem determinado tipo de comportamento ainda é um desafio. Neste campo, a resiliência constitui um elemento chave para a prevenção ou mitigação de impactos negativos, e na capacitação de famílias, profissionais, e na consciencialização da comunidade para programas e políticas promotoras de saúde.

Introdução

Um dos tópicos no âmbito da educação para a saúde envolve as experiências adversas na infância (EAI), identificadas na literatura com impacto ao longo da vida, pelo que o seu estudo mais aprofundado na saúde mental infantil é emergente na investigação (Dube, 2018). A infância é a fase da vida de maior vulnerabilidade (Dion et al., 2020; Liming & Grube, 2018) e em que o desenvolvimento neurológico é mais rápido e, conseqüentemente, altamente responsivo às influências do ambiente durante esses



períodos (Liming & Grube, 2018; Walker, 2021). Ao longo deste período, coexistem as eventuais dificuldades nas competências fundamentais (1ª infância) e/ou académicas e socioemocionais (2ª infância) (Dion et al., 2020). Conhecer o estágio de desenvolvimento da exposição informa se uma experiência pode ser definida como “adversa” (Portwood et al., 2021). A definição de Experiências Adversas da Infância (EAI) é ainda pouco consensual (Chen, 2020; Dion et al., 2020; Finkelhor, 2020; Liming & Grube 2018; Portwood et al., 2021). De acordo com Finkelhor as EAI são “experiências de desenvolvimento que não são típicas no desenvolvimento infantil e frequentemente sobrecarregam os recursos de coping de uma criança” (Finkelhor, 2020, p. 2).

Os primeiros dois séculos de investigação clarificam que a definição de EAI centra-se na exposição às dez experiências originais (abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência física, negligência emocional, prisão do cuidador, doença mental, abuso de substâncias, violência doméstica e separação/divórcio dos pais), e atualmente o seu significado é mais subjetivo do que objetivo, devido ao caráter percetivo individual das experiências vivenciadas (Portwood et al., 2021). Dion e colaboradores (2020) defendem que a presença de múltiplos eventos adversos desafia a categorização e a definição de limites do conceito. Outros autores, discutem a possibilidade de encarar as EAI como um fator de risco (Hawes et al. 2021). As características dos eventos experienciados (Portwood et al., 2021), a interação entre as variáveis/fatores (Hughes et al., 2017), a presença e o efeito de adversidades cumulativas Hamby et al. (2021), os mecanismos dose-resposta (Briggs et al., 2021; Hamby et al., 2021), e a idade da exposição (Hawes et al., 2021) são cruciais e devem ser tidos em conta na avaliação do risco da saúde mental das crianças. Esta análise e avaliação pode beneficiar a saúde pública, a psicologia e outros profissionais no desenvolvimento de estratégias adequadas para prevenir ou atenuar os resultados negativos (Briggs et al. (2021).

A literatura recente defende a expansão da terminologia para Experiências Traumáticas e Adversas na Infância, tanto para facilitar e clarificar as investigações centradas na exposição de crianças ao trauma, como para informar e sensibilizar outras áreas da prática e política das EAI (Portwood et al., 2021; Weems et al., 2021). Alguns autores defendem ainda o papel da resiliência crucial na mitigação e/ou prevenção dos resultados negativos associados às EAIs (Hamby et al., 2021; Hays-Grudo et al., 2021). Os fatores sociais, económicos, culturais e ambientais influenciam significativamente a esfera de saúde da criança e o seu desenvolvimento ao longo da vida (Walker, 2021), ou seja, crianças com múltiplas exposições a EAI são mais propensas a ter problemas sociais, emocionais, comportamentais, de desenvolvimento e bem estar geral com impacto negativo a longo prazo (Dion et al., 2020; Liming & Grube, 2018). Estima-se que a maioria das perturbações mentais e de comportamento são justificadas pela EAI (Portwood et al., 2021).

Os estudos sobre crianças e adolescentes com EAI são escassos (Chen, 2022), constatando-se que os adultos são, tendencialmente, o foco de pesquisa (Oh et al., 2018). Oh e a sua equipa (2018), verificaram uma variabilidade na resposta das crianças à adversidade, que pode atenuar ou agravar o impacto da exposição, condicionada pelo momento e a gravidade da adversidade, bem como pela presença de fatores de proteção. As queixas somáticas e os atrasos do desenvolvimento são também destacados (ex: alterações neurológicas/cognitivas/psicológicas) (Dion et al., 2020; Oh et al., 2018).



Em 2022, Aluh e colaboradores desenvolveram um estudo nacional, no âmbito do World Mental Health Survey com o objetivo de descrever a epidemiologia da Perturbação da Ansiedade Social (PAS) e compreender a sua relação com as EAI. A amostra foi constituída por 3849 participantes residentes em Portugal e que falassem português, com idade superior a 18 anos. Os resultados indicam que 30,86% dos participantes revelam ter experienciado pelo menos uma EAI, com maior prevalência para a “morte dos pais” (11.3%), “violência na família” (7.93%) e “abuso físico” (6.27%). No entanto, para pessoas com PAS a “violência familiar” foi a mais prevalente (21.1%). O estudo explana as consequências intergeracionais da adversidade infantil (Aluh et al., 2022).

Nos Estados Unidos da América (EUA), Finkelhon (2020) analisou as tendências das EIAs, antes e no início do século 21. O autor identificou três adversidades significativas que se estenderam até ao século 20 (abuso de drogas pelos cuidadores, prisão de um dos cuidadores e divórcio) e na geração mais recente (século 21) verificou uma descida de exposição às adversidades, e um aumento do abuso de drogas e o surgimento do abuso de álcool. O autor levanta a questão sobre o motivo pelo qual a diminuição da exposição não produz efeitos mais promissores na saúde.

Concomitantemente, em 2020 foi divulgado o estudo de Bomysoad e Francis (2020) com base em relatórios da Pesquisa Nacional Americana de Saúde Infantil, referentes a 2016 e 2017, de crianças menores não institucionalizadas. Os resultados revelaram ausência de EAI nos adolescentes (46%). Todavia, foram identificadas cinco EAI prevalentes nesse intervalo de tempo como “divórcio dos pais” (33%), “dificuldades económicas” (25%), “exposição a problemas de abuso de substâncias” (12%) ou “doença mental” (10%), e “familiar detido” (10%). Os autores evidenciam que a saúde mental dos adolescentes diminui com o aumento da exposição a EAI, e defendem que a compreensão dos fatores protetores da saúde mental, para jovens expostos a EAI, pode projetar o desenvolvimento de programas ao nível da prevenção de problemas de internalização/externalização associados (Bomysoad & Francis, 2020) Na China, uma pesquisa do Sistema de Proteção de Crianças de Famílias de Alto Risco, referente ao ano 2017, conduzida por Chen (2022) mostrou que a exposição elevada a EAI aumenta a probabilidade de hiperatividade (4.45), problemas emocionais (4.49) e de comportamento (6.04), comunicação entre pares (4.44) e problemas pró-sociais (6.33), comparativamente com crianças sem nenhum tipo de EAI.

Tzouvara e colaboradores (2023) com intuito de identificar lacunas na investigação atual, identificam que apenas 12 dos 58 estudos elegíveis foram realizados com crianças e adolescentes, entre 2020 e 2022. A literatura recente começa a avaliar questões mais complexas, como a transmissão intergeracional das EAI, as suas consequências e manifestação em populações especiais (Burkhart, 2022). Parece identificar-se a tendência para a transmissão geracional das adversidades da infância ou do trauma (Burkhart, 2022), uma vez que a vivência de uma ou mais experiências adversas ao longo da infância aumenta a probabilidade de adversidades nos descendentes (Aluh et al., 2022; Burkhart, 2022). Uma das limitações passa pela: necessidade de confiar no relatório do cuidador/assistente social (Liming & Grabe, 2018; Silva & Mota, 2018), uma vez que as EAI podem ser subnotificadas, especialmente para populações em risco; e indisponibilidade de informações sobre as tendências das EAI por subgrupos, nomeadamente em categorias raciais (Finkelhon, 2020).



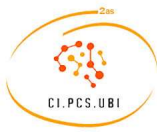
As recomendações apontam para a realização de: estudos longitudinais (Liming & Grube, 2018; Oh et al., 2018; Silva & Mota, 2018), prospetivos (Liming & Grube, 2018) e qualitativos (Liming & Grube, 2018; Silva & Mota, 2018), que avaliem a idade (Liming & Grube, 2018), frequência (Liming & Grube, 2018; Oh et al., 2018) e cronicidade da exposição (Liming & Grube, 2018). A análise dos fundamentos teóricos da EAI e as principais diferenças entre as variáveis (Chen, 2022; Liming & Grube, 2018), bem como a compreensão aprofundada da adversidade (Aluh et al., 2022; Oh et al., 2018), dos seus efeitos de exposição (Liming & Grube, 2018; Oh et al., 2018), consequências no bem-estar (Liming & Grube, 2018), nos vários domínios do desenvolvimento (Aluh et al., 2022; Liming & Grube, 2018) e como fatores de desregulação de resposta ao stress (Chen, 2022; Oh et al., 2018), em diferentes populações (Chen, 2022) são outras recomendações evidenciadas na literatura.

A mitigação das EAI, a capacitação das famílias e a consciencialização da comunidade (Dion et al., 2020; Liming & Grube, 2018) devem estimular a implementação e desenvolvimento de: formação contínua sobre EAI para profissionais (Finkelhon, 2020; Liming & Grube, 2018; Oh et al., 2018), para que possam compreender as relações entre a adversidade e o risco de doença (Oh et al., 2018); rastreios das crianças e suas famílias (Aluh et al., 2022; Burkhart, 2022); intervenções precoces efetivas (Aluh et al., 2022; Bomysoad & Francis, 2020; Silva & Mota, 2018), conscientes da importância dos problemas de internalização e externalização (Bomysoad & Francis 2020) e que quebrem o ciclo intergeracional da adversidade (Aluh et al., 2022; Burkhart, 2022); programas de prevenção e intervenção para crianças com múltiplas EAI (Bomysoad & Francis, 2020; Dion et al., 2020; Liming & Grube, 2018), com foco na identificação de fatores de proteção (Dion et al., 2020; Oh et al., 2018). Este conjunto de ações assume um papel decisivo a favor de mudanças das políticas públicas e dos serviços de saúde (Liming & Grube, 2018).

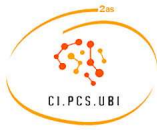
Sendo a infância o período mais vulnerável das nossas vidas, compreender a relação entre as experiências traumáticas/adversidade e os comportamentos de internalização/externalização neste período de vida, e o seu impacto no desenvolvimento psicomotor infantil, é imprescindível para a elaboração e implementação de medidas e estratégias, com foco nos fatores de proteção, para prevenir/atenuar os resultados negativos face às EAI, nos diferentes contextos de vida da criança.

Referências

- Aluh, D. O., Azeredo-Lopes, S., Cardoso, G., Pedrosa, B., Grigaité, U., Dias, M., Xavier, M., Caldas-de-Almeida, J. M. (2022). Social anxiety disorder and childhood adversities in Portugal: Findings from the WHO world mental health survey initiative. *Psychiatric Research*, 315 (114734). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114734>
- Bomysoad, R. N. & Francis, L. A. (2020). Adverse Childhood Experiences and Mental Health Conditions Among Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 11 (6), 868-870. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.04.013>



- Briggs, E. C., Amaya-Jackson, L., Putnam, K. T., & Putnam, F. W. (2021). All ACEs are not equal: The contribution of synergy to ACE scores. *American Psychologist*, 76(2), 243–252. <https://doi.org/10.1037/amp0000768>
- Burkhart, K., Ievers-Landis, C. E., & Huth-Bocks, A. (2022). Introduction to the special issue on adverse childhood experiences (ACEs): prevention, intervention and access to care. *Children*, 9 (1205). <https://doi.org/10.3390/children9081205>
- Chen, Y. (2022). Adverse childhood experiences and behavioral problems in early adolescence: an empirical study of Chinese children. *Frontiers in Psychiatry*, 13 (896379). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.896379>
- Dube, S.R. (2018). Continuing conversations about adverse childhood experiences (ACEs) screening: A public health perspective. *Child Abuse & Neglect*, 85, 180–184. [10.1016/j.chiabu.2018.03.007](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.007)
- Dion, J., Nilsen, W., Gagné, A. S., Lapierre, A. & Hébert, M. (2020). Adverse childhood experiences. In S. Hupp & J.D. Jewell (Ed). *The Encyclopedia of Child and Adolescent Development*, 1-12. <https://doi.org/10.1002/9781119171492.wecad221>
- Finkelhor, D. (2020). Trends in adverse childhood experiences (ACEs) in the United States. *Child Abuse & Neglect*, 108. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104641>
- Hamby, S., Elm, J. H. L., Howell, K. H., & Merrick, M. T. (2021). The cumulative burden of childhood adversities transforms the science and practice of trauma and resilience. *American Psychologist*, 76(2), 230–242. <https://doi.org/10.1037/amp0000763>
- Hawes, D. J., Lechowicz, M., Roach, A., Fisher, C., Doyle, F. L., Noble, S., & Dadds, M. R. (2021). Capturing the developmental timing of adverse childhood experiences: The Adverse Life Experiences Scale. *American Psychologist*, 76(2), 253–267. <https://doi.org/10.1037/amp0000760>
- Hays-Grudo, J., Morris, A. S., Beasley, L., Ciciolla, L., Shreffler, K., & Croff, J. (2021). Integrating and synthesizing adversity and resilience knowledge and action: The ICARE Model. *American Psychologist*, 76(2), 203–215. <https://doi.org/10.1037/amp0000766>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experience on health: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2(8), 356–366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Liming, K. & Grube, W. (2018). Wellbeing outcomes for children exposed to multiple adverse experiences in early childhood: a systematic review. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 35, 317-335. <https://doi.org/10.1007/s10560-018-0532-x>
- Oh, D. L., Jerman, P., Marques, S.S., Koita, K., Boparai, K. P. S., Harris, N. B., & Bucci, M. (2018). Systematic review of pediatric health outcomes associated with childhood adversity. *BMC Pediatrics*, 18 (33). <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1037-7>.
- Portwood, S. G., Lawler, M.J. & Roberts, M.C. (2021). Science, practice, and policy related to adverse childhood experiences: framing the conversation. *American Psychological Association*, 76 (2), 181-187. <https://doi.org/10.1037/amp0000809>
- Rothman, E.F. & Lynch, A.K. (2023). The state of the science on adverse childhood experiences. *Occupational Therapy Journal of Research*, 43 (1), 6-13. [10.1177/15394492221120799](https://doi.org/10.1177/15394492221120799)



- Silva, M. F. M. & Mota, C. P. (2018). Adversidade na infância e objetivos de vida em adultos: Papel mediador da vinculação dos pais. *Psicologia: Revista da Associação Portuguesa Psicologia*, 32 (1), 49-62. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v32i1.1309>
- Tzouvara, V., Kupdere, P., Wilson, K., Matthews, L., Simpson, A., Foye, U. (2023). Adverse childhood experiences, mental health, and social functioning: A scoping review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 139 (106092). <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106092>
- Walker, D. (2021). Parenting and Social Determinants of Health. *Archives of Psychiatric Nursing*, Elsevier, 35 (1), 134-136, <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.10.016>
- Weems, C. F., Russell, J. D., Herringa, R. J., & Carrion, V. G. (2021). Translating the neuroscience of adverse childhood experiences to inform policy and foster population level resilience. *American Psychologist*, 76(2), 188–202. <https://doi.org/10.1037/amp0000780>



CAPITULO 31

Qualidade de Vida Sexual na Menopausa

Carla Baltazar, Henrique Pereira & Rosa Marina Afonso

Universidade da Beira Interior

Autor Correspondente: Carla Baltazar. E-mail; carla.fbaltazar86@gmail.com

Resumo:

Introdução: A Qualidade de Vida Sexual é um termo habitualmente usado, para abranger aspectos relacionados com a ausência ou presença de problemas sexuais, satisfação e bem-estar sexual, sendo esta bastante subjetiva. Neste sentido, é fundamental relembrar que a presença de problemas sexuais não é, de todo sinónimo de má qualidade de vida sexual. Na verdade, a Sexualidade na Menopausa inclui, igualmente, sexo, relaxamento, comunicação e intimidade partilhada entre o casal, como em qualquer outra etapa da vida. Deste modo, a vida sexual existe e persiste “viva”, até alcançar níveis de idade mais avançados. **Objetivos:** Estudar a relação entre a Qualidade de Vida Sexual e a Menopausa, em 108 mulheres com idades compreendidas entre os 39 e os 92 anos de idade. **Método:** O estudo em análise é de natureza quantitativa e transversal (a informação foi recolhida num só momento), É, também descritivo e exploratório (procura descrever as relação entre as variáveis). Para este estudo, foram utilizados, um questionário sociodemográfico, um questionário elaborado, tendo por base o Menopause Health Questionnaire (The North American Menopause Society) e um Questionário de Qualidade de Vida Sexual Feminino (SQoL-F). **Resultados:** As senhoras com idades compreendidas entre os 71 e 80 anos têm menor qualidade de vida sexual (M:43,71;DP: 13,05). As senhoras da faixa etária dos 51 aos 60 anos têm uma boa qualidade de vida sexual (M:39,05; DP:13,27) Porém, estas diferenças não são estatisticamente significativas [$F(3,96)=0,619$; $p=0,619$]. **Discussão:** Conhecidos os resultados foi possível comprovar a elevada qualidade de vida sexual das mulheres na meia-idade (51-60 anos) que já se encontram na menopausa. Foi também provado, que as mulheres solteiras com e sem filhos, apresentam uma melhor qualidade de vida sexual.

Introdução

A Organização Mundial de Saúde definiu qualidade de vida como a perceção que os indivíduos têm, acerca da sua posição na vida, no contexto da cultura, e sistema de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Kabodi, et. al,2019) Com o avanço da idade, o aparecimento dos primeiros sintomas da menopausa são determinantes na redução da qualidade de vida relacionada com a saúde. Esta fase de desenvolvimento é definida como a cessão permanente da menstruação



decorrente da perda da atividade folicular ovariana, identificada doze meses consecutivos de amenorreia, para a qual não existe outra causa patológica ou fisiológica óbvia (Duzgun, et. al, 2022). A deficiência dessas hormonas provoca vários sintomas somáticos, vasomotores, sexuais e psicológicos que prejudicam a qualidade de vida das mulheres. A sexualidade é uma componente importante na vida de uma mulher e parte do seu bem-estar físico e emocional. A função sexual pode ser influenciada por alterações hormonais e fisiológicas associadas à menopausa, fatores psicossocioculturais, económicos, uso de drogas, atrofia vulvovaginal, doença crónica e distúrbio hipotativo do desejo sexual (Pinheiro & Costa, 2020). A ocorrência de atrofia no epitélio vaginal e secura, devido à falta de estrogénio, afeta negativamente a relação sexual. Estas mudanças resultam na diminuição do desejo sexual, excitação, lubrificação, satisfação e orgasmo e levam à dispareunia (Kabodi, et. al, 2019).

Assim, na presente investigação revelou-se pertinente a avaliação dos aspetos relacionados com a qualidade de vida sexual na menopausa, incidindo sobretudo, nos hábitos pessoais e sintomatologia que podem ter um forte impacto na qualidade de vida destas mulheres, assim como, na sua história e satisfação sexual.

Materiais e Métodos

Do ponto de vista metodológico, o estudo em análise é de natureza quantitativa e transversal. Reveste-se de um carácter predominantemente descritivo exploratório, na medida em que procura descrever as relações entre as variáveis.

Sendo a menopausa um processo natural na vida das mulheres, acompanhando-as cerca de um terço das suas vidas, é imprescindível aprofundar este tema. Neste sentido, este estudo tem como objetivo geral (1) avaliar a qualidade de vida sexual na menopausa e, como objetivos específicos: (1) comparar os níveis de qualidade de vida sexual com as características sociais das participantes; (2) comparar os níveis de qualidade de vida sexual com os hábitos pessoais; (3) comparar os níveis de qualidade de vida sexual com a história sexual e (4) comparar os níveis de qualidade de vida sexual com a perceção que as participantes têm da menopausa. Tendo por base os objetivos do estudo, foram definidas as seguintes hipóteses: (1) As mulheres com Menopausa têm uma qualidade de vida sexual reduzida; (2) As mulheres com um nível socioeconómico alto têm uma maior qualidade de vida sexual quando comparadas com as mulheres que têm um nível socioeconómico baixo; (3) As mulheres casadas têm maior qualidade de vida sexual; (4) As mulheres que têm filhos têm uma melhor qualidade de vida quando comparadas com as que não têm filhos; (5) As mulheres que consideram ter uma excelente saúde apresentam uma melhor qualidade de vida sexual quando comparadas com as restantes; (6) As mulheres que praticam exercício físico têm uma boa qualidade de vida sexual; (7) As mulheres que foram vítimas de abuso sexual (agressão física, relações sexuais forçadas, abuso verbal/emocional) têm uma reduzida qualidade de vida sexual; (8) A crise económica é o fator que provoca mais stress às mulheres e, por isso, têm pior qualidade de vida sexual; (9) As mulheres que tiveram alterações na saúde no seio familiar apresentam menor qualidade de vida sexual; (10) As mulheres que lidam mal com o stress têm pior qualidade de vida; (11) As mulheres que são sexualmente ativas têm uma melhor qualidade de vida sexual; (12)



As mulheres que sofreram de infeções sexualmente transmitidas têm pior qualidade de vida sexual; (13) As mulheres que se preocupam com a vida sexual têm uma melhor qualidade de vida sexual; (14) As mulheres que perderam o interesse na atividade sexual têm uma pior qualidade de vida; (15) As mulheres que perderam a capacidade de excitação demonstram ter uma reduzida qualidade de vida sexual; (16) As mulheres que perderam a resposta face à atividade sexual têm uma qualidade de vida sexual reduzida; (17) As mulheres que manifestam dor no momento do coito têm uma baixa qualidade de vida sexual; (18) As mulheres que detêm uma autoperceção positiva têm uma maior qualidade de vida sexual; (19): As mulheres que apresentam um fraco conhecimento acerca da menopausa evidenciam uma baixa qualidade de vida sexual. Posto isto, foram definidas as variáveis dependente e independente, imprescindíveis para a concretização da presente investigação, uma vez que se pretende averiguar a influência que estas últimas detêm sobre as variáveis dependentes. Assim sendo, as variáveis independentes são: Idade; Nível Socioeconómico; estado civil; nível de ensino; filhos; perceção de saúde; prática de exercício físico; abuso sexual; fatores que provocam stress; alterações no seio familiar; a forma de lidar com o stress; vida sexual ativa; infeções sexualmente transmissíveis; preocupação com a vida sexual; interesse na atividade sexual; capacidade de excitação; ausência de resposta; dor no momento do coito; autoperceção da menopausa; conhecimento acerca da menopausa. Como variáveis dependentes surgem: Qualidade de vida sexual e a Satisfação Sexual.

Participantes

A amostra foi constituída por 108 mulheres com idades compreendidas entre os 39 e os 92 anos e provenientes maioritariamente do distrito da Guarda. Os critérios de inclusão para a recolha de dados foi obviamente estar na menopausa e com idade superior a 39 anos.

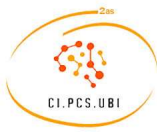
Instrumento

Para a recolha dos dados das participantes recorreu-se a dois questionários, particularmente, o Questionário Sociodemográfico que foi elaborado em formato papel e também, através do (“Google Docs”) e o Questionário de Qualidade de Vida Sexual Feminino (SQoL-F). O primeiro aborda questões relacionadas com a Saúde e Sexualidade e foi desenvolvido, tendo por base o Menopause Health Questionnaire (The North American Menopause Society).

Procedimentos

Após a construção do questionário sociodemográfico para a presente investigação, procedeu-se à sua distribuição, sendo parte deles entregue pessoalmente e a outra parte, através da sua publicação via internet, de forma a obter mais informação. De referir que, em ambos os questionários foram garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados facultados, assim como, a sua utilização exclusiva para este estudo. Concluída a recolha da amostra, os dados foram introduzidos e tratados através do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 19.0).

Análise Estatística



Como referido anteriormente, para se proceder à análise quantitativa da informação obtida, recorreu-se a versão 19.0 de um programa de análise estatística, designado por SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Seguidamente, através do Kolmogorov-Smirnov (K-S) verificou-se que a amostra segue uma distribuição normal, o que viabiliza a análise da estatística descritiva. Para além desta análise, foram efetuados, Testes T e a análise de Variância (Anova). Por conseguinte, em resultado da quantidade de variáveis incluídas nesta investigação, optou se por selecionar as características sociais (ex. idade, estatuto socioeconómico, nível de ensino, estado civil e filhos); Hábitos Pessoais (autoperceção de saúde, prática de exercício físico, abuso sexual e stress); História Sexual (vida ativa, preocupação e interesse com a atividade sexual, excitação, orgasmo e dor) e, por último, a perceção e conhecimento da menopausa.

Resultados

Tendo em consideração os dados obtidos da investigação, verificou-se que no que se refere à Idade, o grupo de participantes que apresenta uma menor qualidade de vida sexual é o das participantes com idades compreendidas entre os 71 e 80 anos (M:43,71; DP:13,05), contrariamente ao grupo cuja faixa etária corresponde aos 51 aos 60 anos que demonstram ter uma qualidade de vida sexual favorável, pois obtiveram valores médios (M:39,05; DP:13,27). Porém, estas diferenças não são estatisticamente significativas [F (3,96) = 0,619; p = 0,619].

Relativamente ao Estatuto Socioeconómico, apurou-se que as participantes que usufruem de um nível financeiro Médio manifestam uma qualidade de vida sexual mais desfavorecida (M:43, DP: 13,38). Por outro lado, as participantes com um nível de vida Médio-Alto mostram ter uma boa qualidade de vida sexual (M: 30,67; DP: 11,57), sendo tais dissimilaridades estatisticamente significativas [F (4,91) = 2,561; P = 0,044]. No que respeita ao Estado Civil, as participantes que evidenciam uma melhor qualidade de vida sexual são as Solteiras (M: 28; DP: 0). Por outro lado, as que demonstram uma reduzida qualidade de vida sexual são as mulheres que vivem em União de Facto, pois obtiveram valores médios mais elevados (M:52,5; DP: 7,5). Tais resultados não são estatisticamente significativos [F (4,96) = 1,425; P = 0,232]. Por último, no que respeita à Presença de Filhos, verificou-se que as participantes que têm Filhos usufruem de uma excelente qualidade de vida sexual, tal pode ser comprovado através dos valores médios obtidos (M:39,9; DP: 13,1). Por outro lado, as que não têm Filhos admitem não ter uma qualidade de vida sexual satisfatória (M:41,6; DP: 15,2). Assim sendo, e partindo da análise efetuada, é possível provar que estes valores não são estatisticamente significativos [F (100,9) = 0,009; P = 0,927].

Relativamente à Autoperceção das participantes em relação à sua Saúde, verificou-se que as participantes que veem a sua saúde como excelente, detêm uma menor qualidade de vida sexual (M: 42,60; DP:21,7), comparativamente às participantes que apresentam uma autoperceção pobre. No entanto, a qualidade de vida sexual deste grupo é agradável (M: 39,14; DP:14,2). No que respeita à relação entre as diferenças nas médias resultantes da comparação dos grupos, é possível observar que estas não são estatisticamente significativas [F (3,89) = 0,083; P = 0,969].



Quanto à Prática de Atividade Física, consta-se que as participantes que costumam fazer desporto apresentam, menor qualidade de vida (M: 43,75; DP: 9,16) do que as participantes que não fazem desporto (M:38, 74; DP:14,27). Facultados estes valores, é permitido concluir que as diferenças nas médias decorrentes da comparação entre os grupos [$F(4,96) = 0,762$; $P=0,552$] não são estatisticamente significativas.

Os valores médios relativos à Agressão Sexual indicam que as participantes que foram vítimas deste tipo de abuso demonstram ter uma boa qualidade de vida sexual (M: 25,00; DP: 2,82), ao contrário das participantes que não sofreram de agressão, pois segundo os dados alcançados, estas usufruem de uma qualidade de vida sexual satisfatória (M: 40,1; DP:13,26). Assim sendo, é possível afirmar que ambas as diferenças nas médias decorrentes da comparação entre os grupos não são estatisticamente significativas [$t(97,2) = -1,60$; $P = 0,11$]. No que toca às Relações Sexuais Forçadas, as participantes que sofreram deste tipo de abuso, admitem ter uma vida sexual com qualidade (M:27; DP:0). Já as participantes que apresentam valores médios mais elevados (M: 39,9; DP: 13,30) admitem usufruir de uma reduzida qualidade de vida sexual. Posto isto, é de referir que a relação entre as médias não é estatisticamente significativa [$t(97) = -1,967$; $P = 0,336$]. Relativamente ao Abuso Verbal e Emocional, as participantes que foram abusadas revelam uma baixa qualidade de vida sexual (M:40,93; DP:14,17), contrariamente às que não foram abusadas. Estas últimas mencionam ter uma elevada qualidade de vida sexual (M: 39,57; DP: 13,20). Sendo assim, é permitido afirmar que as diferenças nas médias decorrentes da comparação entre os grupos não são estatisticamente significativas [$t(97,2) = 0,373$; $P = 0,71$].

No que respeita aos Fatores que Provocam Stress, as participantes referiram ser maioritariamente a família, no entanto este fator, não se constitui uma barreira para a sua qualidade de vida sexual, pois apesar de sofrerem de alguma inquietação com os seus familiares, apresentam uma boa qualidade de vida sexual (M: 31,60; DP:7,70). Em contrapartida, as participantes mencionam outros fatores, mas não especificam. Contudo, parecem ter uma enorme influência na qualidade de vida sexual destas mulheres, levando a uma qualidade de vida sexual empobrecida (M: 41,58; DP:13,64). Posto isto, é importante referir que as diferenças nas médias decorrentes da comparação entre os grupos não são estatisticamente significativas [$F(5,63) = 0,572$; $P = 0,721$]. Seguidamente, em relação às Alterações no Seio Familiar foi comprovado que as participantes que tiveram modificações apresentam uma qualidade de vida inferior (M: 42,67; DP:13,74) comparativamente às mulheres em que o seu íntimo familiar permaneceu inalterável, pois estas últimas evidenciam uma boa qualidade de vida sexual (M:38,40; DP:12,91). Assim sendo, os valores médios das variáveis permitem observar que estas não são estatisticamente significativas [$t(98,54) = 1,500$; $P = 0,137$]. Ainda relativamente ao fator stress, constatou-se que as mulheres que lidam mal com o stress parecem ter uma menor qualidade de vida sexual (M: 40,9; DP: 11,96). Por seu turno, as mulheres que lidam muito mal com o stress admitem ter uma qualidade de vida sexual satisfatória (M:34,50; DP:13,75). Todavia, é de referir que a diferenças nas médias decorrentes da comparação entre os grupos não são estatisticamente significativas [$F(3,79) = 0,360$; $P = 0,782$]. No que concerne à Vida Sexual Ativa das participantes, observou-se que as que não têm uma vida sexual ativa, não desfrutam de uma boa qualidade de vida sexual (M:43,37; DP: 13,79), contrariamente às participantes que praticam atividade sexual com frequência, pois dada a sua atuação gozam de uma qualidade de vida sexual bastante agradável (M:37,81;12,67). Deste modo, é possível



comprovar que as variáveis são estatisticamente significativas [$t(98,64) = -2,027$; $P = 0,045$]. Neste sentido, em relação às Infecções Sexualmente Transmissíveis, é facultada a informação de que as participantes com infeções apresentam uma melhor qualidade de vida ($M:36,50$; $DP:19,09$) do que as participantes sem infeções ($M: 40,25$; $DP:13,33$), pois segundo os valores médios, estas últimas não apresentam uma boa qualidade de vida sexual. Dadas as variáveis em estudos, verifica-se que estas não evidenciam uma relação estatisticamente significativa [$t(93,1) = -0,392$; $P = 0,696$]. Relativamente às Preocupações face à Vida Sexual, verificou-se que as participantes que não têm preocupações apresentam uma menor qualidade de vida sexual ($M: 40,76$; $DP:12,45$). Por conseguinte, as mulheres que mostram elevadas preocupações na relação sexual com o seu parceiro parecem ter uma boa qualidade de vida ($M:38,91$; $DP: 12,45$).

Assim sendo, é de referir que as diferenças nas médias decorrentes da comparação entre os grupos não são estatisticamente significativas [$t(96,92) = -0,677$; $P = 0,500$]. O Interesse na Atividade Sexual é um componente necessário à prática da atividade sexual, neste sentido e, com base nos valores médios verificou-se que as mulheres que apresentam interesse na relação sexual, detêm menor qualidade de vida ($M:44,68$; $DP:13,48$), já para as participantes que não manifestam interesse pela atividade sexual, a qualidade de vida sexual é positiva ($M:35,44$; $DP:11,80$). Desta feita, tendo em conta a relação entre as diferenças nas médias decorrentes da comparação entre os grupos, verifica-se que estas são estatisticamente significativas [$t(97,91) = 3,635$; $P < 0,000$]. No que respeita à Capacidade de Excitação, observou-se que as mulheres que a perderam ostentam uma menor qualidade de vida sexual ($M:42,70$; $DP:13,39$). Já as mulheres que não perderam a capacidade de excitação exibem uma melhor qualidade de vida sexual, facto que se pode comprovar, através dos valores médios obtidos ($M: 37,09$; $DP:12,78$). Desta forma, dado o resultado da investigação verifica-se que as diferenças nas médias decorrentes da comparação entre os grupos são estatisticamente significativas [$t(96,94) = 2,497$; $P = 0,014$].

Em relação à Resposta Sexual (orgasmo) observou-se que as participantes que perderam a resposta transparecem, uma menor qualidade de vida sexual ($M: 44,20$; $DP:14,09$) do que as mulheres em que a sua resposta sexual face à sua atividade sexual ainda prevalece. Nestas a qualidade de vida sexual é favorável ($M: 35,89$; $DP:11,79$). Sendo assim, é possível afirmar que a relação entre as diferenças nas médias decorrentes da comparação entre os grupos é estatisticamente significativa [$t(91,86) = 3,089$; $P < 0,003$]. Por último segue-se a Dor no Momento do Coito. Neste âmbito, as mulheres que sentem dor têm menor qualidade de vida sexual ($M:43,57$; $DP: 13,93$), em contraste, as mulheres que não sentem dor no momento do coito exibem uma melhor qualidade de vida sexual ($M: 39,91$; $DP: 12,83$). Assim sendo, é importante referir que a diferença nas médias decorrentes da comparação entre os grupos não é estatisticamente significativa [$t(91,26) = 1,090$; $P = 0,279$]. Relativamente à Autoperceção em relação à Menopausa, foi possível observar que as participantes que percebem a menopausa como sendo negativa ($M: 42,64$; $DP:13,60$), apresentam uma menor qualidade de vida sexual, quando comparadas com as participantes que vêm a menopausa, de forma positiva ($M: 38,98$; $DP:13,16$), pois estas apresentam uma boa qualidade de vida sexual. No entanto, existem ainda opiniões que não foram discriminadas, contudo, para estas mulheres a qualidade de vida sexual é igualmente agradável. Isto pode ser comprovado através dos valores médios ($M: 35,85$; $DP: 15,15$). Assim, a diferença nas médias da comparação entre os grupos não é estatisticamente significativa [$F(2,90) = 0,778$; $P = 0,462$]. Por conseguinte, em relação

às preocupações para com a menopausa, as mulheres que admitem não ter qualquer apreensão neste âmbito, apresentam pior qualidade de vida sexual (M:50,0; DP: 0).

Por sua vez, as participantes demonstram ter uma qualidade de vida satisfatória são aquelas que têm receio de perder cálcio, o que lhe causa alguma inquietação (M:27; DP:0). Assim sendo, as diferenças nas médias decorrentes da comparação entre os grupos em estudo não apresentam uma relação estatisticamente significativa [F (4,21) = 1,992; P =0,133]. Por último, segue-se o Conhecimento relativo à Menopausa, onde predomina o fraco, isto revela que as participantes que demonstram ter um escasso conhecimento acerca da menopausa, têm uma elevada qualidade de vida sexual (M: 30,71; DP: 13,29). Por outro lado, as participantes que apresentam um conhecimento razoável em relação mostram uma qualidade de vida sexual empobrecida (M:42,03; DP: 12,95). Desta forma verifica-se que as diferenças nas médias da comparação entre os grupos existentes apresentam uma relação estatisticamente significativa [F (4,94) = 1,124; P =0,350].

Discussão

Tendo em consideração os resultados obtidos da análise da informação recolhida é possível confirmar ou refutar as hipóteses previamente definidas. Posto isto, seguem-se as hipóteses que foram definidas e rejeitadas pelos dados resultantes da investigação. (Tabela 1).

Tabela 1. Hipóteses e Resultados da investigação

Hipóteses	Maior Qualidade de Vida Sexual	Resultados da Investigação
2	Nível socioeconómico alto	Estatuto Médio-Alto
3	Casadas	Solteiras
6	Excelente saúde	Saúde Reduzida
7	Praticam exercício físico	Não praticam exercício físico
	Menor Qualidade de Vida Sexual	Resultados da Investigação
1	As mulheres com Menopausa	Qualidade de vida Sexual Satisfatória
8	As mulheres que foram vítimas de abuso sexual	Vítimas de abuso sexual (agressão física, relações forçadas) têm QVS
9	Crise económica provoca mais stress	Fator: família e têm uma boa QVS
13	Sofreram de infeções sexualmente transmitidas	Mulheres que tiveram este tipo de infeções têm QVS



15	Perderam o interesse na atividade sexual	Apresentam uma boa QVS
21	Fraco conhecimento acerca da menopausa	Têm uma boa QVS

Referências

- Pinheiro, F. & Costa, E. (2020). *Menopausa: Preditores da Satisfação Conjugal. Psicologia, Saúde & doenças, 21(2), 322-342.*
- Duzgun, A. A., Kok, G., Sahin, S., & Guvenc, G. (2022). *Assessment of Depression and Sexual Quality of Life in Postmenopausal Women. Perspectives in psychiatric care, 58(4), 2029–2036.* <https://doi.org/10.1111/ppc.13024>.
- Kabodi, S., Ajami, E., Zakiei, A., Zangeneh, A. & Saeidi, S. (2019). *Women's Quality of Life in Menopause with a Focus on Hypertension. J Obstet Gynecol India 69, 279–283* <https://doi.org/10.1007/s13224-018-1172-y>



CAPITULO 32

Avaliação da eficácia da psicoterapia online na redução de sintomas de depressão e ansiedade em adultos: uma revisão sistemática da literatura.

Helga Costa & Henrique Pereira

Universidade da Beira Interior

Autor Correspondente: Helga Costa. E-mail; helga.sanches.costa@ubi.pt

Resumo:

A adoção de medidas restritas a nível de distanciamento social impostas pela pandemia Covid 19, incitou mudanças tecnológicas ao nível da prestação dos cuidados de saúde mental, verificando-se um crescimento acentuado na área da ehealth. Muitos profissionais de saúde mental, nomeadamente, psicólogos/as, integraram a modalidade online na sua prática profissional. Por se considerar fundamental conhecer o impacto e a efetividade da intervenção online na saúde mental, a presente investigação, de carácter exploratório e descritivo, teve como objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura sobre a eficácia da intervenção psicológica online na redução de sintomas de ansiedade e de depressão da população adulta. Método: foi elaborado um protocolo de investigação baseado na metodologia PRISMA e definidos os seguintes critérios de inclusão: 1) Estudos empíricos quantitativos que avaliavam a eficácia da psicoterapia online e respondiam à questão de investigação; 2) Estudos realizados com adultos de 18 anos ou mais, entre 2018 e 2022; 3) Estudos publicados em revistas científicas indexadas; 4) Estudos em formato integral. A pesquisa realizou-se em inglês, nas bases de dados bibliográficas Scopus, Web of Science e Pubmed. As referências foram analisadas, filtradas, armazenadas e organizadas. Foram selecionados os estudos que cumpriam os critérios de inclusão definidos e excluídos aqueles que não cumpriam ou se apresentavam duplicados. Resultados: os estudos analisados indicaram que a intervenção psicológica online revelou-se eficaz na redução de sintomas de depressão e ansiedade, no entanto, para uma maior robustez e validação científica destes resultados, sublinham a necessidade de realização de mais investigação que avalie a sua eficácia. Discussão/Conclusões: a evidência científica alerta-nos para a escassez de estudos que avaliem com rigor a eficácia da intervenção psicológica online e, nesse sentido, enfatizamos a realização de mais investigações nesta área. É crucial que se desenvolvam mais instrumentos psicométricos, cientificamente validados, que cumpram esse objetivo, a fim de se promover a qualidade dos cuidados de saúde psicológica prestados às populações e, paralelamente, a evolução da ciência psicológica nesta área da ehealth e das tecnologias da informação e da comunicação, que se encontra em franca expansão.



Introdução

A adoção de medidas restritas a nível de distanciamento social impostas pela pandemia Covid 19, incitou mudanças tecnológicas ao nível da prestação dos cuidados de saúde mental, verificando-se um crescimento acentuado na área da ehealth (Carvalho et al., 2019; WHO, s.d.). Muitos profissionais de saúde mental, nomeadamente, psicólogos/as, integraram a modalidade online na sua prática profissional (Gruber et al., 2020).

Diversas terminologias têm sido utilizadas como sinónimos para nomear a prática psicológica mediada por Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), entre as quais a e-terapia, telepsicologia, eMental health, ciberterapia, terapia/aconselhamento online, psicoterapia online; intervenção psicológica online, etc., não existindo, ainda, consenso sobre a melhor definição. Segundo Barak, Klein e Proudfoot (2009) existe uma falta de clareza quanto a esta questão e estes autores sublinham a importância de uma uniformização desta terminologia, tornando as particularidades de cada uma destas práticas, mais objetivas e claras.

Destacamos o ponto de vista de Kaplan que, em 1997, referia que a psicoterapia online não constitui uma nova modalidade de psicoterapia, mas antes, uma nova forma de a praticar, na qual psicólogo e paciente se encontram em locais e/ou settings diferentes (Kaplan, 1997). É importante referir que, algumas intervenções online se realizam de forma automatizada, sem a presença e a orientação do profissional e, nestes casos, o nível de apoio prestado e a intensidade do contato, assim como, os objetivos da intervenção diferem das intervenções mediadas por serviços humanos (Brog et al., 2021). Schueller, & Torous (2020) salientam, no entanto, que as ferramentas mais eficazes são aquelas que contemplam serviços humanos e, nessa ótica, importa investigar sobre a forma de implementação e a atuação dos profissionais perante as TICs.

A presente investigação, pretendeu focar-se na intervenção psicológica mediada por TICs, na modalidade síncrona, isto é, na qual a comunicação terapeuta e paciente é estabelecida em tempo real (e.g., videoconferência) e, nesse sentido, optámos por utilizar a denominação “psicoterapia online”.

Por se considerar fundamental conhecer o impacto e a efetividade da intervenção online na saúde mental, a presente investigação, de carácter exploratório e descritivo, teve como objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura sobre a eficácia da psicoterapia online na redução de sintomas de ansiedade e de depressão da população adulta. De facto, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2022), durante a pandemia Covid 19, os casos de ansiedade e depressão aumentaram 25% em todo o mundo e continuam a aumentar, confrontando-nos, atualmente, com esta realidade preocupante e sobre a qual é crucial intervir.

Método

A formulação da questão de investigação, desenvolveu-se com o apoio da ferramenta PICO (Armstrong, 1999). Com o intuito de tornar a pesquisa mais eficiente e transparente, foi elaborado um protocolo de investigação, baseado na metodologia PRISMA (Page et al., 2021), que incluiu todas as etapas e métodos de elaboração de uma revisão



sistemática. No protocolo foram explicitados os seguintes critérios de inclusão: 1) Estudos empíricos quantitativos e mistos que avaliavam a eficácia intervenção psicológica online e respondiam à questão de investigação; 2) Estudos realizados com adultos de 18 anos ou mais, entre 2018 e 2022; 3) Estudos publicados em revistas científicas indexadas; 4) Estudos em formato integral; 5) Estudos realizados na modalidade síncrona.

Processo de pesquisa e seleção dos estudos

A pesquisa realizou-se em inglês, nas bases de dados bibliográficas Scopus, Web of Science e Pubmed, tendo sido utilizados os seguintes descritores: "online psychotherapy" OR "online psychological intervention*" OR "internet based psychotherapy" OR "Telepsycho*" AND "efficacy" OR "effective*" NO "child*" OR "adolescent*" OR "teen*" OR "group*". A pesquisa foi efetuada de forma igual nas 3 bases de dados (TITLE-ABS-KEY na Scopus; Topic na WOS; Title/Abstract na PubMed) de 2018/01/01 a 2022/12/31.

Extração dos dados

A extração dos artigos foi realizada através do software de gestão de referências Mendeley, procedendo-se, depois, ao seu armazenamento e organização. Examinaram-se os títulos e resumos e os estudos duplicados ou irrelevantes foram excluídos. Excluíram-se, ainda, os estudos referentes a intervenções psicológicas realizadas por profissionais sem o grau de psicólogo/a, bem como ferramentas de autoajuda online. Foram, igualmente, excluídas as intervenções em que a interação entre o/a psicólogo/a e paciente se realizou de forma assíncrona por se considerar serem muito diferentes do âmbito psicoterapêutico tradicional face-a-face. Selecionaram-se os estudos que cumpram os critérios de inclusão definidos e procedeu-se à leitura e à análise dos mesmos.

Resultados

Seleção dos estudos

A nossa pesquisa identificou 250 artigos, excluímos 115 por se encontrarem duplicados e 125 depois de ler o título e o abstrat, perfazendo um total de 10 artigos para ler na íntegra (Fig.1). Destes 10 artigos, quatro foram excluídos por se tratar de programas de intervenção assíncronos e/ou sem contato direto com o/a psicólogo/a, um por se tratar de uma nota editorial e outro por constituir uma overview e não uma investigação. No total, foram incluídos neste estudo quatro artigos, que cumpram os critérios de inclusão e elegibilidade.

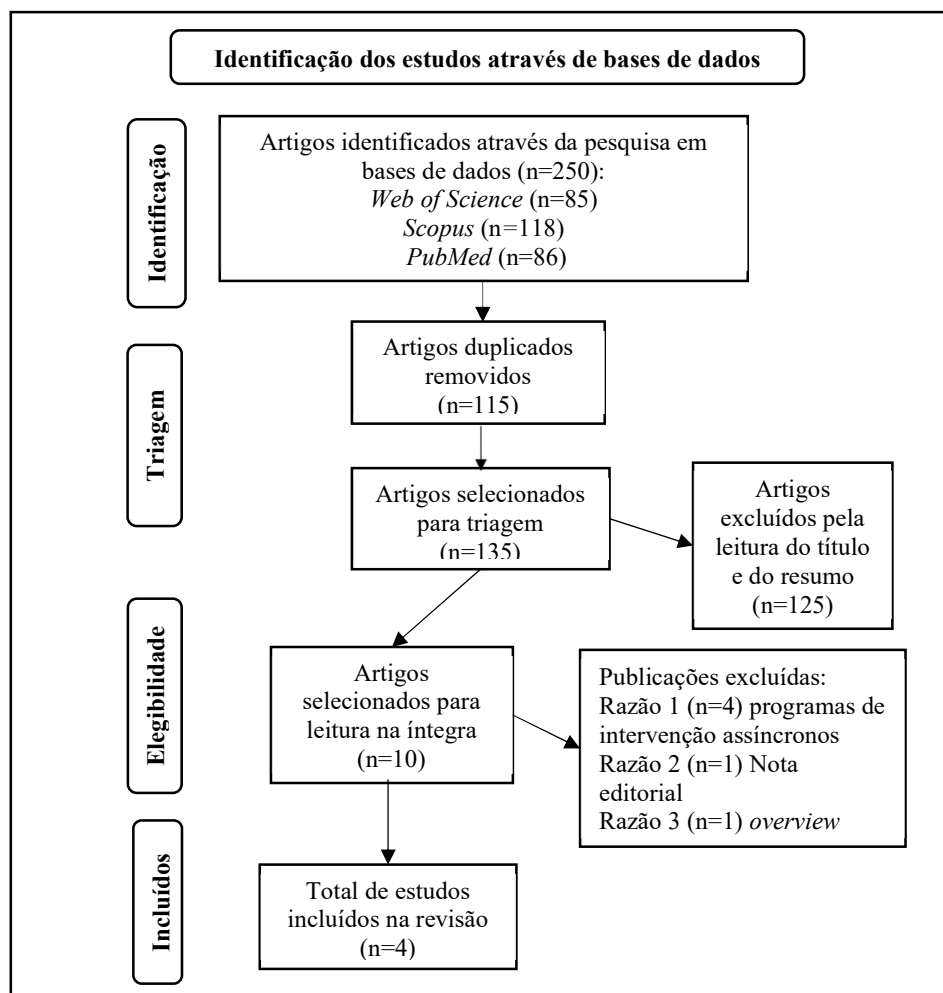


Fig.1 Fluxograma PRISMA do número de artigos encontrados e selecionados após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão (Page et al., 2021).

Características Sócio- Demográficas

A partir dos artigos selecionados (N=4), foram incluídos nesta revisão sistemática de literatura 141 adultos (tabela 1.) Os participantes, maioritariamente mulheres, apresentavam sintomatologia depressiva e ansiosa, concretamente, depressão leve (N=4), episódio psicótico breve (N=6), perturbação de pânico com e sem agorafobia e outras perturbações (N= 71); sintomatologia diversa (ansiedade, desânimo, stress situacional e insónia) (N=60). Estas investigações foram desenvolvidas no Canadá (N=1), Colômbia (N=1), Itália (N=1) e Espanha (N=1).

Características da Intervenção

Os estudos incluídos consistiram maioritariamente em programas de intervenção síncronos ou mistos, nos quais existiu sempre o contacto em tempo real com um/a psicólogo, ainda que pudessem apresentar uma componente assíncrona. Consistiram em estudos não randomizados, sendo que dois deles apresentaram uma metodologia mista (qualitativa e quantitativa) e outros dois uma metodologia quantitativa. Todas as intervenções contemplaram momentos Pré e Pós teste de avaliação de sintomas. Duas

intervenções contemplaram também uma medida de avaliação da satisfação e/ou eficácia da intervenção. A tabela 1. apresenta informação mais detalhada acerca das características e dos resultados destes estudos.

A avaliação da sintomatologia e a avaliação da eficácia da intervenção realizou-se através dos seguintes instrumentos: escalas de ansiedade e depressão (DASS-21; BDI, BAI, etc.), entrevista Clínica Estruturada para o DSM (SCID), inventários de sintomas (SCL-90-R, SA-45), escalas de coping e resiliência (COPE-28); CD-RISK), questionários de aliança terapêutica (CALPAS, WAI), Índice de Mudança Confiável (RCI), Escala de Motivação do Cliente para a Terapia e escalas de satisfação e medidas de eficácia da intervenção (Questionário de Satisfação do utilizador; CSQ-8 e Item de Perceção da Eficácia da Intervenção Recebida). Foi ainda utilizada a entrevista qualitativa semi-estruturada. Três estudos utilizaram a abordagem cognitivo-comportamental e um a Terapia de Intervenção na Crise Focada na Compaixão.

Verificaram-se melhorias significativas na sintomatologia depressiva e ansiosa em todos os estudos e não foram encontradas diferenças significativas entre a Psicoterapia por Videoconferência e Psicoterapia Face a Face.

Tabela 1. Características dos estudos e avaliação da eficácia da redução de sintomas de ansiedade e depressão na população adulta

Estudo	Objetivos	Desenho e Metodologia	Descrição Amostra	Intervenção	Instrumentos	Resultados
Bouchard et al., 2020 Canadá	Avaliar a eficácia da Psicoterapia por Videoconferência vs. Psicoterapia Face-a-Face em relação à Perturbação de Pânico e Agorafobia	NR de Não Inferioridade de Quant. Qual.	N = 71 >18 e 65 anos< 17% M 83% F	Pré/Pós Testes e F-UP (12 meses) Manual de tratamento standarizado (5 módulos) 12 sessões online de 60-min. Abordagem teórica: TCC	Entrevista Clínica Estruturada para o DSM (SCID); Escala de Pânico e Agorafobia (PAS); Inventário de Mobilidade “When Alone” (MI); Questionário de Sensações Corporais (BSQ); Inventário da depressão de Beck (BDI) Questionário de Cognitiones Agorafóbicas (ACQ); Escala de Aliança Psicoterapêutica da Califórnia (CALPAS); Escala de Motivação do Cliente para a Terapia; Entrevista semi-estruturada	Melhorias significativas na Perturbação de Pânico, na Agorafobia, no medo das sensações corporais e no humor deprimido. Não foram encontradas diferenças significativas entre VCP e FF. Os testes de Não Inferioridade confirmaram que a PVC não foi menos eficaz do que a terapia PFF. A aliança de trabalho foi muito significativa em PVC e não diferiu estatisticamente de PFF.

Cheli, Cavallett & Petrocchi (2020) Itália	Avaliar a eficácia da TFC online na Intervenção na Crise em pessoas diagnosticadas com transtorno psicótico breve	NR Quant. Qual	N= 6 >19 e 27 anos< 4 = M 2 = F	Pré e Pós teste Avaliação diária (DASS-21) 4 sessões semanais de videochamada de 1 hora; Serviço de mensagens com acesso ao terapeuta e a exercícios; 28 dias no total; Abordagem teórica: TFC de Intervenção na Crise	Inventário Clínico de Sintomas 90-R (SCL-90-R); Escala da Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21); Índice de Mudança Confiável (RCI); Entrevista semi-estruturada (baseada no Working Alliance Inventory –versão reduzida); Análise fenomenológica hermenêutica	Cinco dos seis participantes demonstraram uma mudança confiável tanto nos índices de depressão, como nos da ansiedade e todos relataram estabilidade ou melhoria da aliança de terapêutica. Não se verificaram episódios psicóticos agudos durante o confinamento. 1º estudo que se propôs a avaliar a Terapia Focada na Compaixão e Intervenção na Crise
Sánchez et al., 2021 Colômbia	Avaliar a eficácia do atendimento na intervenção online em pacientes diagnosticados com sintomas de depressão e ansiedade	NR Quant.	N=4 \bar{x} =24,13 anos 4 = F	Pré/Pós Testes Baseada no Programa de Intervenção de Tratamento Via Internet para depressão (Flores et al., 2014) - 5 fases 6 semanas (1 hora, sessão semanal) 16 sessões Abordagem teórica: TCC	Inventário da Depressão de Beck (BDI); Inventário da Ansiedade de Beck (BAI); Questionário de Satisfação do utilizador	Remissão parcial dos sintomas de depressão e melhoria significativa dos sintomas de ansiedade em todas as pacientes. Os níveis de satisfação também foram elevados, nomeadamente, em relação às técnicas CC, aos períodos durante o tratamento e a disponibilidade do terapeuta.
González-Brignardell o et al., 2022 Espanha	Avaliar a eficácia de uma intervenção psicológica online breve realizada durante o confinamento COVID-19	NR Quant.	N=60 \bar{x} =41.49 anos 70.4%=F	Pré/Pós Testes Aplicação individualizada de um protocolo de avaliação psicológica (50m) + intervenção breve de 9 etapas (1 a 3 sessões) Abordagem teórica: Psicoeducação e exercícios de regulação; Avaliação de riscos situacionais; Promoção de estratégias de resiliências	Versão abreviada do Inventário de Sintomas (SA-45); CORE-OM; Inventário de <i>Coping</i> (COPE-28); Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISK); Questionário de Satisfação do Cliente (CSQ-8); Item de Percepção da Eficácia da Intervenção Recebida (ad hoc).	Diminuição significativa da sintomatologia inicial em todas as dimensões analisadas. Melhoria nas estratégias de coping e resiliência. Níveis elevados de satisfação e eficácia percebida.

Nota: NR = Não-randomizado; Quant. = Quantitativa; Qual. = Qualitativa; PVC = Psicoterapia por videoconferência; PFF = Psicoterapia Face-a-face; F-UP = Follow-Up; TCC = Terapia Cognitivo-Comportamental; TFC = Terapia Focada na Compaixão; N = nº de participantes; M = masculino F = feminino; m = minutos.



Discussão/Conclusão

Os estudos analisados indicaram que a intervenção psicológica online revelou-se eficaz na redução de sintomas de depressão e ansiedade, no entanto, dado o tamanho muito reduzido da amostra e a inexistência de grupo de controlo nos estudos analisados, não nos permite generalizar os resultados. Esta amostra reduzida pode explicar-se pelo facto de grande parte das investigações já realizadas assentarem na eficácia de programas de intervenção estruturados e não tanto na eficácia da psicoterapia individual síncrona. Nesse sentido, a metodologia mista pareceu-nos ser uma mais-valia.

Investigações futuras devem ser realizadas com amostras maiores e metodologia mais robusta. Esta constatação vai ao encontro de vários estudos quantitativos (Gruber et al., 2020; White et al., 2020; Brog et al., 2021; Fernandez et al., 2021) e qualitativos (Montero-Marín et al., 2013; Scott, Knott, Finlay-Jones & Mancini, 2022) que apontam para a eficácia da intervenção psicológica online, no entanto, também salientam a necessidade de se realizarem mais estudos que investiguem e corroborem a eficácia desta prática. Segundo a OPP, “é necessária mais investigação que permita informar e validar a utilização de novas ferramentas e programas de prestação de serviços de Saúde Psicológica, produzindo dados sobre a sua eficácia e resultados terapêuticos.” (Carvalho et al. 2019, p.14).

Esta revisão sistemática de literatura alerta-nos para a escassez de estudos que avaliem com rigor a eficácia da psicoterapia online síncrona e, nesse sentido, enfatizamos a realização de mais investigações nesta área, assim como o desenvolvimento de mais instrumentos psicométricos, cientificamente validados.

Referências

- Armstrong, E. C. (1999). The well-built clinical question: The key to finding the best evidence efficiently. *WMJ*, 98(2):25–8.
- Barak, A, Klein, B., & Proudfoot, J. G. (2009). Defining Internet-supported therapeutic interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(1), 4-17.
- Brog, N. A., Hegy, J. K., Berger, T., & Znoj, H. (2021). An internet-based self-help intervention for people with psychological distress due to COVID-19: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 22, 171. doi:10.1186/s13063-021-05089-9
- Carvalho, R. G., Fonseca, A. D., Dores, A. R., Santos, C. M., Batista, J., Salgado, J., Sousa, M., & Grupo de Trabalho em Psicologia e eHealth da Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2019). Linhas de Orientação para a Prestação de Serviços de Psicologia Mediados por Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC). https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/guidelines_opp_psicologia_ehealth.pdf
- Fernandez, E., Woldgabreal, Y., Day, A., Pham, T., Gleich, B. & Aboujaoude. E. (2021). Live psychotherapy by video versus in-person: A meta-analysis of efficacy and its relationship to types and targets of treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 28, 6, 1535-1549.
- Gruber, J., Prinstein, M. J., Clark, L. A., Rottenberg, J., Abramowitz, J. S., Albano, A. M., Aldao, A., Borelli, J. L., Chung, T., Davila, J., Forbes, E. E., Gee, D. G., Hall,



- G. C. N., Hallion, L. S., Hinshaw, S. P., Hofmann, S. G., Hollon, S. D., Joormann, J., Kazdin, A. E., : : & Weinstock, L. M. (2020). Mental health and clinical psychological science in the time of COVID19: challenges, opportunities, and a call to action. *The American Psychologist*, 76, 409–426. <https://doi.org/10.1037/amp0000707>
- Kaplan, E. H. (1997). Telepsychotherapy: Psychotherapy by telephone, video telephone, and computer video conferencing. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6, 227-237.
- Montero-Marín, J., Carrasco, J. M., Roca, M., Serrano-Blanco, A., Gili, M., Mayoral, F., Luciano, J. V., Lopez-del-Hoyo, Y., Olivan, B., Collazo, F., Araya, R., Baños, R., Botella, C., & García-Campayo, J. (2013). Expectations, experiences and attitudes of patients and primary care health professionals regarding online psychotherapeutic interventions for depression: protocol for a qualitative study. *BMC psychiatry*, 13, 64. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-64>.
- Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow. C.D. et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021; 372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71.
- Schueler, S. M., & Torous, J. (2020). Scaling evidence-based treatments through digital mental health. *American Psychologist*, 75(8), 1093–1104. <https://doi.org/10.1037/amp0000654>
- Scott, S., Knott, V., Finlay-Jones, A. L. & Mancini, V. O. (2022). Australian Psychologists Experiences with Digital Mental Health: a Qualitative Investigation. *J. technol. behav. sci.* <https://doi.org/10.1007/s41347-022-00271-5>.
- White, V., Linardon, J., Stone, J. E., Holmes-Truscott, E., Olive, L., Mikocka-Walus, A., ... Speight, J. (2020). Online psychological interventions to reduce symptoms of depression, anxiety, and general distress in those with chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, 1-26. doi:10.1017/S0033291720002251
- World Health Organization. (s.d.). Using e-health and information technology to improve health. Consultado a 18 de Maio de 2023, de <https://www.who.int/westernpacific/activities/using-e-health-and-informationtechnology-to-improve-health>
- World Health Organization (2022). Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic’s impact. Consultado a 18 de Maio de 2023. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1



CAPITULO 33

O Impacto da Ansiedade nos Sintomas Psicológicos em Adultos

Ana Pinto, Ana Santos, Beatriz Henriques, Luísa Oliveira, Henrique Pereira

Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior

Autor Correspondente: Ana Pinto. E-mail; ana.beatriz.pinto@ubi.pt

Resumo:

Distúrbios como a ansiedade estão a tornar-se cada vez mais evidentes, sendo que tendem a surgir pela primeira vez no início da idade adulta, especialmente no período universitário. Este estudo pretende avaliar os níveis de sintomas de ansiedade em adultos. Participaram 749 sujeitos com idades compreendidas entre os 18 e os 82 anos (Midade=27.80; DP=10.95), do género feminino (66.6%) e do género masculino (33.4%). Estes responderam a um Questionário Sociodemográfico e ao BSI para avaliar os sintomas psicológicos. Nesta amostra, os sintomas de ansiedade são médios comparando com a mediana teórica (M=1.18; Md=1.17), já os sintomas psicológicos estão acima do expectável (M=1.01; Md=.89). A regressão hierárquica demonstrou que o primeiro modelo explica 11.7% da variância do construto e as variáveis faixa etária, género, orientação sexual, habilitações académicas e a nacionalidade são preditores significativos dos sintomas psicológicos ($p<.001$). O segundo modelo, explica 83.7% da variância e os preditores significativos onde adicionamos os sintomas de ansiedade são o género, a orientação sexual e estes ($p<.001$). Conclui-se que a amostra demonstra mais sintomas psicológicos, sendo importante prevenir e tratar os sintomas de ansiedade destas populações vulneráveis.

Introdução

Segundo um questionário realizado pela OMS, aproximadamente 75% de todas as doenças mentais são manifestadas durante os inícios da idade adulta, sendo que ansiedade e depressão são os distúrbios mais frequentes (Hajduk et al., 2022). A educação universitária é um período crucial numa idade de transição, entre a adolescência e a idade adulta, devido à maior angústia a que os estudantes estão expostos em comparação com a população em geral (Arnett, Žukauskiene, & Sugimura, 2014, as cited in Amerio et al., 2022). Em particular, as perturbações mentais durante este período podem estar associadas a efeitos negativos sobre o desenvolvimento dos jovens, incluindo a deterioração do desempenho académico, abandono da universidade e impacto negativo a



longo prazo no mercado de trabalho durante a adultez, funcionamento das relações interpessoais e saúde (Scott et al., 2016; Bruffaerts et al., 2018, as cited in Amerio 2022).

Estudos recentes contribuíram para explicar diversos fatores que predis põem a doença mental, o que incluía fatores sociodemográficos, comportamentais e educacionais. Estes incluía m, género, residência, estatuto relacional, socioeconómico, solidão, autonomia pessoal, família, pressão de grupo, performance académica, estudar na língua inglesa, horário preenchido, pressão para ser bem-sucedido e planeamento do futuro (Abdallah & Gabr, 2014; Alim et al., 2017; Beiter et al., 2015, as cited in Islam et al., 2022).

Desta forma, propomos neste estudo desenvolver processos metodológicos e compreender melhor a relação entre sintomas ansiógenos e as variáveis sociodemográficas, nomeadamente idade, género, nacionalidade, estado civil, orientação sexual, habilitações académicas, local de residência, estatuto socioeconómico e situação profissional nos sintomas psicológicos. O presente estudo apresenta uma tipologia transversal, descritiva, preditiva, correlacional e comparativa. Assim sendo, procuramos responder aos seguintes problemas de investigação: “Qual será o impacto dos níveis de sintomas de ansiedade nos estudantes universitários e não estudantes?”; “Qual será a associação entre sintomas de ansiedade e idade?”; “Será que as mulheres têm mais ansiedade que os homens?”; “Será que as pessoas mais novas apresentam maiores níveis de ansiedade que as pessoas mais velhas?”; “Será que os estudantes apresentam níveis de ansiedade maiores do que os não-estudantes?”; “Quais serão os preditores significativos dos sintomas psicológicos nesta amostra?”.

De modo a responder a estes problemas, procedemos à elaboração destes objetivos: Avaliar os níveis de sintomas de ansiedade em estudantes universitários e não estudantes; Determinar o grau de associação entre sintomas de ansiedade e idade; Comparar os níveis de sintomas de ansiedade entre géneros; Comparar os níveis de sintomas de ansiedade nas diferentes faixas etárias; Comparar os níveis de ansiedade entre os estudantes e não estudantes e Determinar o valor preditivo das variáveis sociodemográficas e sintomas de ansiedade nos sintomas psicológicos.

Adicionalmente à elaboração dos objetivos mencionados, foram criadas as seguintes hipóteses: Os níveis de sintomatologia de ansiedade numa amostra de estudantes universitários e não estudantes são altos; Existe correlação forte, negativa e significativa entre sintomatologia ansiógena e idade; As mulheres têm níveis mais altos de sintomas de ansiedade que os homens; As pessoas mais novas têm níveis de sintomas de ansiedade maiores do que as pessoas mais velhas; Os estudantes apresentam níveis superiores de sintomas de ansiedade comparativamente com os não estudantes; Os indivíduos de minorias sexuais exibem mais sintomas de ansiedade relativamente aos indivíduos heterossexuais; As variáveis sociodemográficas são preditores significativos dos sintomas psicológicos e A variável sintomas de ansiedade é um preditor significativo dos sintomas psicológicos.

Métodos

Participantes

O estudo é constituído por 749 participantes, que residem em Portugal, com idades entre os 18 e 82 anos ($n = 749$; $M_{idade} = 27.80$; $DP = 10.955$). A tabela 1 corresponde às características sociodemográficas dos participantes. O estudo é constituído por 749 participantes, que residem em Portugal, com idades entre os 18 e 82 anos ($n = 749$; $M_{idade} = 27.80$; $DP = 10.955$). A tabela 1 corresponde às características dos participantes.

Tabela 1. Características sociodemográficas ($n = 749$, $M_{idade} = 27.81$, $DP = 10.95$).

		n	%
Faixa Etária	Mais novos	437	58.3
	Mais velhos	312	41.7
Género	Mulher	498	66.6
	Homem	250	33.4
	Omissos	1	
Orientação Sexual	Heterossexual	645	86.3
	Bissexual	55	7.4
	Homossexual	23	3.1
	Assexual	3	.4
	Pansexual	17	2.3
	Outro	4	.5
	Omissos	2	
Habilitações Académicas	Ensino Secundário (até 12º ano)	340	45.6
	Licenciatura/Bacharelato	312	41.8
	Pós-Graduação/Mestrado	86	11.5
	Doutoramento/Pós-Doutoramento	8	1.1
	Omissos	3	
Estatuto Socioeconómico	Baixo	36	4.8
	Baixo-Médio	208	27.9
	Médio	420	56.3
	Médio-Alto	78	10.5
	Alto	4	.5
	Omissos	3	
Estado Civil	Solteiro/a	407	54.4
	Casado/a	114	15.2
	Separado/a ou divorciado/a	25	3.3



2as Conferências Internacionais em Psicologia Clínica e da Saúde

Universidade da Beira Interior

Covilhã, 1 e 2 de junho de 2023

	União de facto	33	4.4
	Viúvo/a	1	.1
	Relação significativa/namoro	167	22.3
	Outro	1	.1
	Omisso	1	
Nacionalidade	Portuguesa	649	86.9
	Outro	98	13.1
	Omisso	2	
Local de Residência	Um pequeno meio rural	168	22.5
	Um grande meio rural	75	10
	Um pequeno meio urbano	361	48.3
	Um grande meio urbano	143	19.1
	Omisso	2	
Situação Profissional	Estudante	394	52.7
	Desempregado/a	43	5.8
	Trabalhador/a por conta de outrem	243	32.5
	Trabalhador/a por conta própria	36	4.8
	Reformado/a – aposentado/a	9	1.2
	Baixa médica	6	.8
	Outro	16	2.1
	Omisso	2	

Instrumentos

A fim de recolher os dados obtidos nesta investigação, recorreu-se à utilização de um questionário sociodemográfico e do Brief Symptoms Inventory (BSI-18) (Derogatis, 2001; Nazaré, Pereira & Canavarro, 2017), que pretende avaliar aspetos relativos aos sintomas psicológicos (somatização, ansiedade e depressão) dos inquiridos na semana anterior à sua aplicação. Este questionário é constituído por 18 itens, incluindo escalas de 5 pontos do tipo Likert (1=Nunca; 5=Sempre). De acordo com Nazaré e colaboradores (2017) a consistência interna do BSI-18 é considerada muito boa apresentando um alfa de Cronbach de .86 ($\alpha=.86$), já no nosso estudo o BSI-18 apresenta um alfa de Cronbach de .92 ($\alpha=.92$), ou seja, a consistência interna é considerada excelente. A dimensão ansiedade em estudo engloba sintomas como nervosismo, agitação interior, tensão, pânico e medo.

Procedimentos



Este estudo foi disseminado pela rede de contactos dos alunos de 1º ano de Mestrado em Psicologia Clínica da Saúde da UBI, recorrendo ao método de conveniência, através de mailing lists e da utilização das demais redes sociais, desde o dia 29 de setembro de 2022 até ao dia 17 de outubro de 2022, de modo a divulgar um link correspondente a um questionário online.

Todos os participantes foram expostos a uma declaração de consentimento informado, sendo a participação nesta investigação voluntária, anónima e confidencial, sem qualquer possível dano à integridade física ou mental do sujeito. Os critérios de inclusão definidos, antecipadamente, foram: ter 18 anos ou mais, com acesso à internet e telemóvel.

Análise estatística

Procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados obtidos utilizando o software SPSS, versão 28. De modo a testar a Hipótese 1 foram criadas as variáveis “sintomas psicológicos” e “sintomas de ansiedade” através do cálculo da média sendo, de seguida, comparados com os valores da mediana teórica calculada para cada uma delas. A Hipótese 2 foi testada a partir do teste de Coeficiente de Correlação de Pearson para analisar o grau de associação entre a variável “sintomas de ansiedade” e a variável “idade”. Para testar a Hipótese 3 e a Hipótese 4 foi utilizado o teste T-Student de modo a comparar as diferenças entre grupos, neste caso, entre sintomatologia ansiógena e género, e entre sintomas de ansiedade e faixa etária, respetivamente. Nesta última comparação, a variável idade foi dividida em dois grupos (mais novos e mais velhos), formando assim a variável “faixa etária”. A Hipótese 5 e a Hipótese 6 foram testadas através da realização de um teste Oneway ANOVA entre sintomas ansiógenos e profissão e entre sintomas de ansiedade e orientação sexual, respetivamente. De modo a testar a Hipótese 7 e a Hipótese 8, foi realizada uma Regressão Linear Hierárquica com a finalidade de compreender se as variáveis independentes (variáveis sociodemográficas e sintomas de ansiedade) preveem a variável dependente (sintomas psicológicos). Numa primeira etapa, incluíram-se a variável faixa etária e as restantes variáveis sociodemográficas. Numa segunda etapa, adicionou-se às anteriores, a variável sintomas de ansiedade.

Resultados

Através da Tabela 2, verificamos que os níveis de Sintomas de Ansiedade da nossa amostra ($M=1.18$; $DP=.74$), embora ligeiramente acima da mediana teórica calculada ($Md=1.17$), ficam dentro dos valores médios. Já os Sintomas Psicológicos ($M=1.01$; $DP=.65$) encontram-se relativamente acima dos níveis de mediana teórica calculada ($Md=.89$).

Tabela 2. Estatística descritiva

	n	M	DP
Nível de Sintomas de Ansiedade	736	1.18	.74
Nível de Sintomas Psicológicos	749	1.01	.65

Com o intuito de se verificar a associação entre os Sintomas de Ansiedade e Idade, criou-se uma matriz de correlações, tendo-se obtido uma correlação negativa, fraca e significativa ($r=-.132$; $p<.001$), como se verifica na Tabela 3.

Tabela 3. Matriz de correlações entre Idade e Sintomas de Ansiedade

	1	2
1-Sintomas de Ansiedade	-	
2-Idade	-.132**	-

** $p<.001$

De seguida, comparámos as diferenças entre grupos (Tabela 4). Entre a Sintomatologia Ansiógena e o Género ($t(733)=5.330$; $p<.001$) verificamos que quem demonstrou mais Sintomas Ansiógenos foram as mulheres ($M=1.29$; $DP=.76$). Quando comparámos a Sintomatologia Ansiógena e a Faixa Etária ($t(734)=4.674$; $p<.001$) os resultados mostram que são os mais novos que apresentam uma maior sintomatologia ($M=1.29$; $DP=.75$). De seguida, realizámos uma comparação entre Sintomas Ansiógenos e Profissão ($F(6;727)=3.304$; $p=.003$) que demonstrou uma relação significativa, sendo que quem apresenta mais sintomas são os Estudantes ($M=1.27$; $DP=.75$) e Trabalhadores por conta própria ($M=1.29$; $DP=.80$). Verificou-se ainda que as pessoas que estão de Baixa médica também revelaram níveis elevados de ansiedade ($M=1.59$; $DP=1.04$), no entanto, encontram-se em número bastante reduzido, quando comparados com os restantes grupos ($n=5$). Finalmente, foi feita uma comparação entre Sintomas de Ansiedade e Orientação Sexual ($F(5;729)=10.140$; $p<.001$), que mostrou ser uma relação estatisticamente significativa, sendo que as pessoas que se identificam como Bissexuais, Assexuais e Pansexuais ($n=55$; $n=3$; $n=17$, respetivamente) possuem mais Sintomas Ansiógenos, no entanto os dois últimos constituem grupos bastante reduzidos em relação aos outros, dificultando a interpretação destes resultados.

Tabela 4. Comparação entre grupos consoante género, faixas etárias, profissão e orientação sexual

	Sintomas de Ansiedade	M	DP	t/F (df)	p
Género	Mulher	1.29	.76		
	Homem	.98	.67	5.330(733)	<.001
Faixa etária	Mais novos	1.29	.75		
	Mais velhos	1.03	.70	4.674(734)	<.001
Profissão	Estudante	1.27	.75		
	Desempregado	1.19	.82		
	Trabalhador por conta de outrem	1.02	.68		
	Trabalhador por conta própria	1.29	.80		
	Reformado	1.19	.82		
	Baixa-médica	1.59	1.04		

	Outro	1.08	.78		
	Total	1.18	.74	3.304(6;727)	.003
Orientação sexual	Heterossexual	1.11	.70		
	Bissexual	1.69	.74		
	Homossexual	1.42	.98		
	Assexual	1.78	1.49		
	Pansexual	1.81	.94		
	Outros	.92	.65		
	Total	1.18	.74	10.140(5;729)	<.001

Por fim, e com o objetivo de compreender o poder preditivo das variáveis sociodemográficas e Sintomas de Ansiedade nos Sintomas Psicológicos, foi efetuado um modelo de regressão hierárquica. Assim, o primeiro modelo, que inclui só variáveis sociodemográficas, tem um valor explicativo de apenas 11.7%. No entanto, existem preditores significativos ($p < .001$) neste modelo, como: a Faixa Etária ($\beta = -.116$), o Género ($\beta = -.160$), a Orientação Sexual ($\beta = .195$), as Habilitações Académicas ($\beta = -.102$) e a Nacionalidade ($\beta = .128$), que demonstraram ser preditores fracos. Já no segundo modelo, adicionámos, ainda, os Sintomas de Ansiedade e evidenciou-se um aumento significativo do valor explicativo deste modelo (83.7%). Desta forma verificou-se que os Sintomas de Ansiedade, o Género e a Orientação Sexual são preditores significativos ($p < .001$). Sendo que a variável "Sintomas de Ansiedade" é um preditor forte ($\beta = .909$) e o Género ($\beta = .032$) e a Orientação Sexual ($\beta = .044$) são preditores fracos. (Tabela 5)

Tabela 5. Regressão linear hierárquica

	Modelo I			Modelo II		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Faixa etária	-.152	.055	-.116*	-.019	.024	-.014
Género	-.218	.048	-.160**	.043	.021	.032*
Orientação Sexual	.155	.028	.195**	.034	.012	.044**
Habilitações Académicas	-.093	.033	-.102*	-.016	.014	-.017
Estatuto Socioeconómico	-.055	.032	-.062	.004	.014	.005
Estado Civil	-.008	.011	-.025	-.009	.005	-.030
Nacionalidade	.247	.071	.128**	-.010	.031	-.005
Local de Residência	-.005	.023	-.008	-.004	.010	-.006
Situação Profissional	.013	.020	.026	.009	.009	.018
Sintomas de Ansiedade				.785	.014	.909**
R ²	.117			.837		



F para a mudança no R²

10.441**

365.232**

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

Discussão

A Hipótese 1 não foi suportada, devido ao facto desta amostra não ter um número significativo de indivíduos com níveis de ansiedade muito altos. Apesar de ser constituída maioritariamente de estudantes, que normalmente têm desafios únicos do seu contexto como autossuficiência, independência financeira, escolhas profissionais e gestão de relações íntimas e de amizade (Arnett, Žukauskiene, & Sugimura, 2014, as cited in Amerio et al., 2022), também é constituída por pessoas que se encontram em momentos menos atribulados e com menos transições o que leva aos níveis medianos de sintomas de ansiedade nesta amostra. Os resultados obtidos no nosso estudo, suportam parcialmente a Hipótese 2, verificando-se que existe uma correlação significativa e negativa. Assim sendo, as emoções negativas são menos frequentes quando comparadas com as das pessoas mais novas (English & Carstensen, 2016). No entanto, não se demonstrou ser uma correlação forte o que pode ser explicado pelo facto de esta amostra ser constituída principalmente por indivíduos mais novos (58.3%). Tanto nas evidências literárias como neste estudo a Hipótese 3 foi suportada, ou seja, as mulheres apresentam níveis de sintomas de ansiedade maiores do que os homens. Isto pode dever-se aos papéis de género atribuídos à mulher ou às diferentes formas de lidar com o stress e ansiedade entre os géneros (Amerio et al., 2022). A Hipótese 4 é suportada pelo nosso estudo, evidenciando maiores níveis de ansiedade nos indivíduos mais novos, sendo estes os mais vulneráveis de adquirirem problemas psicológicos, dado que se encontram maioritariamente no estatuto de estudantes universitários. Acredita-se que as pessoas mais velhas, não estando num período de transição tão acentuado como os mais jovens, tanto financeira, como emocional e cognitivamente, exibem menos sintomas ansiógenos.

Já a Hipótese 5 parece ser parcialmente aceite, visto que, apesar dos estudantes universitários terem sido um dos grupos que mais evidenciaram estes sintomas, outros grupos como as pessoas que trabalham por conta própria e que se encontrem de baixa médica, também apresentaram níveis elevados de sintomas de ansiedade. Verifica-se que trabalhadores por conta própria têm tarefas e responsabilidades específicas como gerir e liderar os funcionários. Isto pode gerar emoções negativas como medo, ansiedade, tensão mental e sensação de ser um fracasso. A Hipótese 6 é suportada pela literatura e pela nossa investigação já que se evidenciam maiores níveis de sintomas ansiógenos nos indivíduos que se percecionam como minorias sexuais, relativamente aos indivíduos que se consideram heterossexuais. Além disso, no nosso estudo é possível verificar que as pessoas que se identificam como Bissexuais, Assexuais e Pansexuais possuem mais sintomas ansiógenos em relação aos outros grupos, contudo estes dois últimos não são representativos da amostra, devido ao número reduzido de participantes.

De acordo com este estudo, a Hipótese 7 encontra-se parcialmente suportada e a Hipótese 8 é suportada pois, no primeiro modelo, as variáveis faixa etária, género, orientação sexual, habilitações académicas e nacionalidade são preditores significativos, contudo o estatuto socioeconómico, estado civil, local de residência e a situação profissional não são preditores significativos. Os preditores deste primeiro modelo, apesar de serem significativos, são apenas preditores fracos. No modelo dois, apenas as variáveis género,



orientação sexual e sintomas de ansiedade são preditores significativos dos sintomas psicológicos. Sendo que a variável “sintomas de ansiedade” é um preditor forte e o género e a orientação sexual são preditores fracos.

Limitações

Este estudo apresenta certas limitações que advêm da forma como a amostra foi recolhida, ou seja, através de mailing lists. A amostra foi também enviesada pelo efeito da bola de neve, descrevendo uma recolha não probabilística, onde os participantes foram escolhidos por conveniência. Devemos também ter em conta o facto de os próprios autores do estudo terem feito parte da amostra mesmo conhecendo previamente os instrumentos. Devido à heterogeneidade da amostra, ou seja, o facto de ser constituída por mais indivíduos do género feminino do que masculino e por mais estudantes do que não estudantes, a amostra não é representativa da população, sendo que os resultados não devem ser generalizados. Além disso, existem heurísticas que influenciaram este estudo como a desejabilidade social e, ainda, o efeito do voluntário. Finalmente, o facto de o estudo apresentar uma tipologia transversal, impede a análise das mudanças da amostra, ao longo do tempo.

Conclusão

A partir dos nossos resultados e de acordo com a literatura existente é possível verificar que os indivíduos mais novos, do sexo feminino, e de minorias de orientação sexual são os que se encontram mais vulneráveis a maiores níveis de sintomas de ansiedade e de sintomas psicológicos, associados a um aumento significativo dos comportamentos de risco para a saúde (Baertschi et al., 2018, as cited in Amerio et al. 2022), sendo necessário prevenir e tratar os problemas de saúde mental desta população mais vulnerável (Bert et al., 2020; Bert et al., 2020; Piumatti, 2018, as cited in Amerio et al. 2022).

Referências

- Amerio, A., Bertuccio, P., Santi, F., Bianchi, D., Brambilla, A., Morganti, A., Odone, A., Costanza, A., Signorelli, C., Aguglia, A., Serafini, G., Capolongo, S., & Amore, M. (2022). Gender Differences in COVID-19 Lockdown Impact on Mental Health of Undergraduate Students. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.706601>
- English, T., & Carstensen, L. L. (2016). Socioemotional Selectivity Theory. *Encyclopedia of Geropsychology* (pp. 1–6). Springer Singapore. <https://doi.org/10.1007/978-981-287->
- Hajduk, M., Dancik, D., Januska, J., Strakova, A., Turcek, M., Heretik, A., & Pecenak, J. (2022). https://doi.org/10.4149/BLL_2022_007
- Islam, S., Akter, R., Sikder, T., & Griffiths, M. D. (2022). Prevalence and Factors Associated with Depression and Anxiety Among First-Year University Students in Bangladesh: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20(3), 1289–1302. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00242-y>
- Nazaré, B., Pereira, M., & Canavarro, M. C. (2017). Avaliação breve da psicossomatologia: 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>



CAPITULO 34

O Impacto da Adição à Internet nos Sintomas Psicológicos em Estudantes Universitários: a Importância das Variáveis Sociodemográficas

Mariana Figueiredo, Joana Pereira, Margarida Farinha, Maria Vicente, Marta Lucas, & Henrique Pereira

Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior

Autor Correspondente: Mariana Figueiredo. E-mail; mariana.figueiredo@ubi.pt

Resumo:

A adição à Internet (AI) é caracterizada pelo uso incontrolável da Internet, levando ao desenvolvimento de relações interpessoais deficitárias e problemas de saúde. Para compreender o impacto da AI nos sintomas psicológicos de jovens universitários, avaliou-se as diferenças dos níveis de AI entre homens e mulheres, desvinculados e vinculados e diferentes estatutos socioeconómicos. Determinou-se ainda, o grau de associação entre os níveis de AI e a idade e o poder preditivo dos dados sociodemográficos e da AI, na explicação dos sintomas psicológicos. Participaram 378 indivíduos, entre 18 e 50 anos de idade ($M= 21.36$; $DP= 2.88$), que responderam aos instrumentos: Questionário Sociodemográfico, Questionário de Adição à Internet e Questionário de Sintomas Emocionais. Os resultados demonstram que os níveis de AI, em estudantes universitários, são baixos, não existindo diferenças significativas entre grupos. Numa primeira etapa, demonstrou-se que as variáveis género e orientação sexual são preditores significativos dos sintomas psicológicos, explicando 13.1% da variância. Numa segunda etapa, os preditores significativos dos sintomas psicológicos são: género, orientação sexual e AI, explicando 30.6% da variância. Conclui-se que a AI contribui para o aumento dos sintomas psicológicos, devendo os profissionais de saúde estar informados, para lidar adequadamente com essa situação.

Introdução

A Internet é um dos recursos mais utilizados na nossa sociedade atual, muito vantajosa na eliminação de barreiras geográficas (Kumar & Mondal, 2018). A Internet pode levar a padrões de comportamento viciantes, provocando efeitos negativos em muitos domínios da vida (Miskulin et al, 2022): problemas ocupacionais/académicos, psicossociais, financeiros, físicos, cognitivos e psicológicos (Kumar & Mondal, 2018; Ercan et al.,



2021). A utilização excessiva da Internet pode levar à AI, que pode ser definida como a utilização compulsiva da Internet e preocupações/comportamentos excessivos em relação à utilização da mesma, levando a prejuízo ou sofrimento do indivíduo adicto, interferindo no seu quotidiano (Agbaria & Bdier, 2020; Omoyemiju & Popoola, 2021).

De acordo com Hasan e Jaber (2019), os estudantes universitários estão mais propensos a serem afetados pela AI, sendo que as redes sociais e os jogos online são os que representam um risco maior para o desenvolvimento de AI (Miskulin et al, 2022). A AI pode manifestar-se através de mudanças de humor, incapacidade de controlar a quantidade de tempo gasto com a Internet, hostilidade, isolamento social e sintomas de abstinência quando não estão a utilizar a Internet (Kumar & Mondal, 2018; Saraiva et al., 2019). Nos estudantes universitários pode resultar na diminuição da vida social e do rendimento académico, uma vez que estes podem encontrar-se mais envolvidos na adição do que nos estudos (Kumar & Mondal, 2018; Saraiva et al., 2019).

Diversos estudos revelaram que os níveis de AI são pouco prevalentes. Apenas 1,9% dos sujeitos apresentam problemas significativos em relação ao uso da Internet (Saraiva et al., 2019), sendo que, os indivíduos mais jovens, solteiros e do sexo masculino são tendencialmente mais adictos à Internet. Os traços de personalidade preveem a AI, sendo que os indivíduos mais neuróticos, mais extrovertidos, menos amáveis e menos conscienciosos revelam um grau de AI mais elevado (Monteiro & Correia, 2019). A exclusão social também prediz a AI, uma vez que causa ansiedade e solidão, levando os indivíduos a utilizar a Internet para atenuar esses efeitos (Arslan & Coskun, 2022). Já o apoio social, bem-estar subjetivo, controlo dos pais, habilidades de autocontrolo e identidade do self têm um efeito protetor sobre o desenvolvimento de AI (Agbaria, & Bdier, 2019; Saraiva et al., 2019; Agbaria, & Bdier, 2020; Martins et al., 2022).

Relativamente ao impacto da AI na saúde mental, pode concluir-se que os estudantes universitários, que tiveram sofrimento psicológico, previam AI ou estavam em risco de se envolver em comportamentos de AI, existindo uma alta possibilidade de ambos coexistirem e exacerbarem-se mutuamente (Ananda et al., 2018). Sendo que, os estudos analisados só avaliam o impacto dos sintomas psicológicos na AI, e não existindo estudos que avaliem o impacto da AI nos sintomas psicológicos nos estudantes universitários, desenvolvemos o presente estudo, com os seguintes objetivos: (1) avaliar o impacto da AI nos sintomas psicológicos, numa amostra de jovens universitários; (2) avaliar os níveis de AI, numa amostra de estudantes universitários; (3) comparar, nos estudantes universitários, os níveis de AI entre homens e mulheres; (4) comparar os níveis de AI entre estudantes universitários desvinculados e vinculados; (5) comparar os níveis de AI entre estudantes universitários com estatuto socioeconómico mais baixo e estudantes universitários com estatuto socioeconómico mais alto; (6) determinar o grau de associação entre os níveis de AI e a idade e (7) determinar o poder preditivo dos dados sociodemográficos e da AI, na explicação dos sintomas psicológicos.

Com base nos objetivos deste estudo, pretendemos testar as seguintes hipóteses: (1) os níveis de AI, em estudantes universitários, são baixos; (2) os estudantes universitários homens apresentam níveis mais alto de AI do que as estudantes universitárias mulheres; (3) os estudantes universitários desvinculados apresentam níveis mais altos de AI do que os estudantes universitários vinculados; (4) os estudantes universitários com estatuto socioeconómico mais alto apresentam níveis mais altos de AI do que os estudantes

universitários com estatuto socioeconómico mais baixo; (5) existe uma correlação forte, significativa e negativa entre a idade e o nível de AI; (6) os dados sociodemográficos são preditores significativos dos sintomas psicológicos e (7) os níveis de AI são preditores significativos dos sintomas psicológicos.

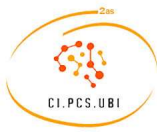
Métodos

Participantes

A amostra é composta por 378 participantes, dos quais 102 são homens, 273 mulheres e 3 outros (27%, 72.2% e .8% respetivamente), com idades entre os 18 e 50 anos ($M=21.36$; $DP=2.88$). A nacionalidade dos participantes é portuguesa (84.6%) e estrangeira (15.4%). Os participantes são heterossexuais (80.4%), os restantes são bissexuais (12.5%), homossexuais (3.2%), assexuais (.8%), pansexuais (2.7%) e outros (.5%). Relativamente ao local de residência, 25.1% dos participantes vive num pequeno meio rural, 9.5% vive num grande meio rural, 47.9% num pequeno meio urbano e 17.5% num grande meio urbano. Relativamente ao estado marital, 73.8% dos indivíduos são solteiros, .5% casados, .5% estão em união de facto e 25.1% estão em relações significativas. Mais de metade dos inquiridos possui uma licenciatura/bacharelato (50.4%), os restantes têm até 12 anos de escolaridade (45.1%), pós-graduação/mestrado (4.2%) e doutoramento/pós-doutoramento (.3%). O estatuto socioeconómico é baixo em 2.7% dos indivíduos, baixo-médio em 28.1%, médio em 56.2% e alto-médio em 13%.

Tabela 1. Características Sociodemográficas ($n = 378$).

		n	%	M	DP
Idade				21.36	2.88
Género	Homem	102	27		
	Mulher	273	72.2		
	Outros	3	.8		
Orientação Sexual	Heterossexual	304	80.4		
	Bissexual	47	12.5		
	Homossexual	12	3.2		
	Assexual	3	.8		
	Pansexual	10	2.7		
	Outros	2	.5		
Local de Residência	Um pequeno meio rural	95	25.1		
	Um grande meio rural	36	9.5		
	Um pequeno meio urbano	181	47.9		
	Um grande meio urbano	66	17.5		
Estado Marital	Solteiro/a	279	73.8		
	Casado/a	2	.5		
	União de facto	2	.5		
	Relação significativa/namoro	95	25.1		
Habilitações Literárias	Até 12 anos de escolaridade	170	45.1		
	Licenciatura/Bacharelato	191	50.4		
	Pós-Graduação/Mestrado	16	4.2		
	Doutoramento/Pós-Doutoramento	1	.3		



Estatuto Socioeconómico	Baixo	10	2.7
	Baixo-Médio	106	28.1
	Médio	213	56.2
	Alto-Médio	49	13
Nacionalidade	Portuguesa	320	84.6
	Estrangeiro	58	15.4

n: Frequência, %: Percentagem, M: Média, DP: Desvio-Padrão

Instrumentos

O questionário sociodemográfico continha itens relativos às variáveis idade, género, nacionalidade, estado marital, habilitações académicas, local de residência, estatuto socioeconómico e orientação sexual.

O questionário de sintomas emocionais Brief Symptoms Inventory (Derogatis, 2001; Nazaré, Pereira & Canavarro, 2017) apresenta uma lista de perguntas para avaliar a sintomatologia psicológica dos participantes, relativamente à semana anterior à aplicação do questionário. O instrumento 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). O BSI-18 apresenta uma consistência interna muito boa ($\alpha=.86$). No presente estudo o alfa de Cronbach é de .93 ($\alpha=.93$), tendo por isso uma consistência interna excelente (Nazaré et al., 2017).

O questionário de adição à Internet, Young's Internet Addiction Test (Pontes, Patrão & Griffiths, 2014) é composto por questões que, não só avaliam a natureza da própria adição, como também a relacionam como um meio para aceder a outras dependências contemporâneas, por exemplo, o acesso a jogos e a utilização de telemóveis. O instrumento mede a AI de uma forma unidimensional, sendo constituído por vinte itens, avaliados numa escala de tipo Likert de seis pontos: “nunca” (0), “raramente” (1), “ocasionalmente” (2), “às vezes” (3), “muitas vezes” (4) e “sempre” (5). O questionário apresenta um alfa de Cronbach de .90 ($\alpha=.90$), ou seja, a consistência interna é considerada excelente (Pontes et al., 2014). Este estudo exhibe um alfa de Cronbach de .92 ($\alpha=.92$), ou seja, a consistência interna é considerada excelente.

Procedimentos

Para recolher os dados foi disseminado um questionário online, através da plataforma Microsoft Office, entre os dias 29 de setembro e 17 de outubro de 2022. O link do mesmo foi divulgado a partir de plataformas de comunicação online e obtivemos uma amostra por conveniência, onde os participantes foram convidados a responder voluntariamente.

Os critérios de inclusão utilizados foram: ter mais de 18 anos, ser estudante universitário e ter dispositivos com acesso à Internet.

Neste estudo foi garantido o direito dos participantes ao consentimento informado, assim como a confidencialidade dos seus dados e a proteção destes contra danos físicos, psicológicos e morais.

Análise de Dados

Após a recolha dos dados amostrais, foi realizado o tratamento estatístico dos mesmos, com recurso à versão 28 do IBM SPSS. Para testar a primeira Hipótese, foi criada a variável AI total através do somatório dos 20 itens que avaliam a AI e comparámos a mediana teórica (Md= 50) com a média dos níveis de AI nesta amostra. Na Hipótese 2 recorreu-se ao Teste-T de Amostras Independentes, para comparar diferenças dos níveis de AI entre estudantes universitários homens e mulheres, excluindo o grupo dos Outros. Para testar a Hipótese 3 e a Hipótese 4 utilizou-se o teste ANOVA. Na terceira Hipótese, compararam-se as diferenças dos níveis de AI entre estudantes universitários, de acordo com o seu estado marital. Já na quarta Hipótese, foram comparadas as diferenças dos níveis de AI, tendo por base o seu estatuto socioeconómico. Na quinta Hipótese realizou-se o teste de correlação, para analisar o grau de associação entre a idade e os níveis de AI. Para testar a Hipótese 6 e a Hipótese 7 realizou-se uma regressão linear múltipla, em que o BSI total era a variável dependente, obtida através do cálculo da média dos 18 itens. Numa primeira etapa, incluíram-se, apenas, as variáveis sociodemográficas. Numa segunda etapa, adicionou-se os níveis de AI total.

Resultados

Na Tabela 2, verifica-se que os níveis de AI, em estudantes universitários, são baixos, pois a média (M= 27.47; DP= 15.80) encontra-se abaixo da mediana teórica (Md= 50).

Tabela 2. Avaliação dos Níveis de Adição à *Internet* na amostra.

	M	DP
Níveis de Adição à Internet Total	27.47	15.80

Como demonstrado na Tabela 3, as diferenças entre grupos não são estatisticamente significativas para as variáveis género ($t(373)=-.974$; $p=.331$), para o estado marital ($F(3;374)=.825$; $p=.481$) nem para o estatuto socioeconómico ($F(3;373)=1.748$; $p=.157$). Considerando estes dados, as Hipóteses 2, 3 e 4, foram refutadas.

Tabela 3. Resultados para as Comparações entre Grupos consoante o Género, Estado Marital e Estatuto Socioeconómico nos Níveis de Adição à Internet.

	Adição à Internet	M(DP)	t/F(df)	p
Género	Homem	1.46(.50)	-1.403(373)	.161
	Mulher	1.54(.50)		
Estado Marital	Solteiro/a	27.69(15.78)	.870(69)	.755
	Casado/a	43.50(47.38)		
	União de facto	25.00(21.21)		
	Relação significativa/namoro	26.56(15.13)		
	Total	27.47(15.80)		
Estatuto socioeconómico	Baixo	27.40(11.96)	1.748(3)	.157
	Baixo-Médio	26.50(14.84)		
	Médio	26.91(15.91)		
	Alto-Médio	32.29(17.56)		
	Total	27.51(15.80)		

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

Como representado na Tabela 4, a correlação entre a idade e os níveis de AI é positiva, fraca e estatisticamente não significativa ($r=.024$; $p=.645$).

Tabela 4. Matriz de Correlação entre a Idade e os Níveis de Adição à Internet.

	1	2
1. Idade	-	
2. AI_TOTAL	.024	-

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

Como demonstrado na Tabela 5, o primeiro modelo de regressão hierárquico (que inclui as variáveis sociodemográficas) explica 13.1% da variância dos sintomas psicológicos, sendo que, os preditores significativos são o género e a orientação sexual ($p<.001$), em que o género é um preditor fraco ($\beta=-.163$) e a orientação sexual é um preditor moderado ($\beta=.287$). O segundo modelo (que inclui as variáveis sociodemográficas e os níveis de AI total), explica 30.6% da variância, sendo que, os preditores significativos são o género, a orientação sexual e a AI ($p<.001$), em que o género é um preditor fraco ($\beta=-.177$), a orientação sexual é um preditor moderado ($\beta=.214$) e a AI é um preditor forte ($\beta=.448$).

Tabela 5. Modelos de Regressão Linear - Preditores dos níveis de Adição à Internet.

	Modelo I			Modelo II		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Idade	.013	.014	.048	.005	.012	.019
Género	-.229	.069	-.163*	-.248	.062	-.177**
Nacionalidade	.184	.097	.101	-.001	.089	-.001
Estado Marital	-.006	.015	-.019	-.003	.013	-.008
Habilitações Literárias	-.096	.060	-.084	-.094	.054	-.082
Local de Residência	.048	.033	.076	.019	.030	.030
Estatuto Socioeconómico	-.004	.047	-.005	-.027	.043	-.028
Orientação Sexual	.215	.037	.287**	.161	.034	.214**
Adição à Internet				.019	.002	.448**
R ²	.131			.306		
F para a mudança no R ²	6.882**			17.813**		

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

Discussão

O presente estudo foi realizado com a finalidade de desenvolver procedimentos metodológicos, para compreender o impacto da AI nos sintomas psicológicos em estudantes universitários e, ainda, compreender a influência que o género, a idade, o estado marital e o estatuto socioeconómico exercem nos níveis de AI.

As evidências suportam a Hipótese 1, indo de encontro às conclusões dos artigos analisados no nosso estudo. Entendemos que frequentar a universidade oferece aos estudantes universitários uma rede de suporte social mais alargada e uma diversidade de outras atividades de entretenimento. Para além disso, consideramos que os indivíduos adictos à Internet não possuem uma perspetiva/insight real do seu problema ou, em alternativa, poderão não ter sido sinceros, acabando por enviesar os resultados obtidos.



Os resultados obtidos refutam as Hipóteses 2, 3 e 4, não se observando quaisquer diferenças significativas entre os diferentes grupos. As características da amostra analisada poderão explicar os resultados obtidos, uma vez que, a amostra é pouco heterogénea e a quantidade de participantes inseridos em cada grupo é muito díspar, impossibilitando a comparação fidedigna das diferenças existentes entre os diferentes grupos.

A Hipótese 5 não é suportada pelos resultados obtidos e não vai de encontro à literatura existente. O facto das idades dos participantes serem muito próximas interferiu na compreensão das diferenças existentes entre estudantes mais novos e mais velhos.

As Hipóteses 6 e 7, foram parcialmente sustentadas pelos resultados obtidos. Concluiu-se, neste estudo, que as mulheres apresentam mais sintomas psicológicos do que os homens. Estes resultados são contraditórios, não indo ao encontro da literatura. Os homens, na sua maioria, têm dificuldades a expressar o que sentem e a serem honestos/verdadeiros sobre as suas emoções, pois a sociedade não aceita que o homem pode mostrar as suas vulnerabilidades, logo o efeito da desejabilidade social poderá ter-se verificado na resposta ao questionário. Verificou-se que as minorias sexuais apresentam mais sintomas psicológicos do que os heterossexuais. Estes enfrentam desafios acrescidos como: experienciar sentimentos de incompreensão e solidão, dificuldades na expressão da sua sexualidade, menor sentimento de pertença e menor suporte social. Conclui-se que existe uma correlação significativa e positiva entre os sintomas psicológicos e a AI. Acreditamos que, assim como a prevalência de sintomas psicológicos conduzem à adoção de comportamentos excessivos de utilização da Internet para atenuar esses sintomas, também a AI provoca sintomas psicológicos, como a ansiedade associada aos sintomas de abstinência e dificuldades em experienciar sensações de prazer com outras atividades de lazer (Martins et al., 2022); diminuição do rendimento escolar que gera sentimentos de ineficácia e baixa autoestima; (Kumar & Mondal, 2018; Saraiva et al., 2019); e o isolamento social e instabilidade nos relacionamentos, podendo aumentar os níveis de depressão e sentimentos de solidão (Kumar & Mondal, 2018).

Limitações

Consideramos a existência de algumas limitações, que poderão ser colmatadas em pesquisas futuras. Uma delas prende-se com o facto da seleção dos participantes não ter sido feita de forma aleatória, não garantindo a representatividade da população em estudo e não tornando viável a generalização dos resultados para os estudantes universitários, no geral. Para além disto, também a disseminação do questionário via online e o seu carácter voluntário do seu preenchimento, conferiu uma baixa heterogeneidade da amostra.

Outra limitação identificada, está ligada ao efeito da desejabilidade social. Sendo que, foram utilizados questionários de autorresposta, os indivíduos podem ter respondido às perguntas da forma que consideram ser aceite pela sociedade, em vez de responderem com sinceridade, provocando enviesamentos e colocando em risco a validade do estudo.

O facto de a recolha de dados ter sido feita num único momento, faz com que o fator temporal não tenha sido considerado neste estudo, impossibilitando a monitorização de possíveis mudanças que possam decorrer ao longo do tempo, limitando a análise de dados. Sendo um questionário tão extenso, alguns sujeitos poderão ter preenchido o inquérito de forma não ponderada ou desistido a meio do processo de preenchimento.



Por último, uma grande limitação do nosso estudo, prende-se com o facto de existir pouca literatura que sustente os resultados obtidos, relativos ao poder preditivo das características sociodemográficas e da AI nos sintomas psicológicos.

Conclusão

O presente estudo constitui um grande contributo para a literatura já existente acerca da relação entre sintomas psicológicos e AI, uma vez que, os artigos analisados, avaliam o impacto dos sintomas psicológicos nos níveis de AI, enquanto este estudo avalia o efeito contrário. O presente estudo foi considerado ainda, uma mais-valia para a aquisição de conhecimento acerca da importância das variáveis sociodemográficas nos níveis de AI e o poder preditivo destas nos sintomas psicológicos.

Referências

- Agbaria, Q., & Bdier, D. (2019). The Role of Self-Control and Identity Status as Predictors of Internet Addiction among Israeli-Palestinian College Students in Israel. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *19*, 252-266. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00172-4>
- Agbaria, Q., & Bdier, D. (2020). The Role of Social Support and Subjective Well-Being as Predictors of Internet Addiction among Israeli-Palestinian College Students in Israel. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *19*, 1889-1902. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00282-4>
- Ananda, N., Thomas, C., Jain, P. A., Bhat, A., Thomas, C., Prathyusha, P. V., Aiyappa, S., Bhat, S., Young, K., & Cherian A. V. (2018). Internet use behaviors, internet addiction and psychological distress among medical college students: A multicentre study from South India. *Asian Journal of Psychiatry*, *37*, 71-77. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.07.020>
- Arslan, G., & Coşkun, M. (2022). Social Exclusion, Self-Forgiveness, Mindfulness, and Internet Addiction in College Students: a Moderated Mediation Approach. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *20*(4), 2165–2179. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00506-1>
- Ercan, S., Acar, H. T., Arslan, E., Canbulut, A., Oğul, A., & Çetin, C. (2021). Effect of Internet Addiction on Sleep Quality, Physical Activity and Cognitive Status Among University Students. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, *1*, 49-56. <https://doi.org/10.4274/jtstm.galenos.2021.96158>
- Hasan, A. A. H., & Abu Jaber, A. (2020). The relationship between Internet addiction, psychological distress, and coping strategies in a sample of Saudi undergraduate students. *Perspectives in Psychiatric Care*, *56*(3), 495–501. <https://doi.org/10.1111/ppc.12439>
- Kumar, M., & Mondal, A. (2018). A study on Internet addiction and its relation to psychopathology and self-esteem among college students. *Industrial Psychiatry Journal*, *27*(1), 61-66. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_61_17
- Martins, M. V., Rodrigues, R. G., Carvalho, P. S., & Ferreira, S. (2022). Perfis na Dependência de Internet em Adolescentes: Análise Taxonómica de Perfis



- Latentes. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 35(9), 644-651. <https://doi.org/10.20344/amp.17047>
- Miskulin, I., Simic, I., Pavlovic, N., Kovacevic, J., Fotez, I., Kondza, G., Palenkic, H., Bilic-Kirin, V., Kristic, M., & Miskulin, M. (2022). Personality Traits of Croatian University Students with Internet Addiction. *Behavior Sciences*, 12, 173. <https://doi.org/10.3390/bs12060173>
- Monteiro, A. P., Sousa, M., & Correia, E. (2019). Adição à internet e características de personalidade: Um estudo com estudantes universitários portugueses. *Revista Portuguesa de Educação*, 33(2), 159-176. <http://doi.org/10.21814/rpe.17699>
- Omoyemiju, M. A., & Popoola, B. I. (2021). Prevalence of internet addiction among university students in Nigeria. *British Journal of Guidance and Counselling*, 49(1), 132–139. <https://doi.org/10.1080/03069885.2020.1729339>
- Saraiva, J., Esgalhado, G., Pereira, H., Monteiro, S., Afonso, R. M., & Loureiro, M. (2019). The Relationship Between Emotional Intelligence and Internet Addiction Among Youth and Adults. *Journal of Addictions Nursing*, 29(1), 13-22. <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000209>