



A PSICOLOGIA E SUA INTERFACE COM A SAÚDE

MARIA DA PENHA DE LIMA COUTINHO
E COLABORADORES

 **iesp**
Instituto de Estudos em Saúde e Psicologia

PSICOLOGIA E SUA INTERFACE COM A SAÚDE

Maria da Penha de Lima Coutinho
Organizadora

Colaboradores:

Adrielle Vieira de Lima Pinto
Ana Cristina de Oliveira Borba Paulino
Ana Flavia de Oliveira Borba Coutinho
Clênia Maria de Toledo Santana Gonçalves
Denise Reinaldo Pereira Ramos
Emerson Do Bú
Fabrycianne Gonçalves Costa
Iany Cavalcanti da Silva Barros
Jaqueline Gomes Cavalcante
Karla Costa Silva
Lidiane Silva de Araújo
Luciene Costa Araújo-Morais
Márcio de Lima Coutinho
Shirley de Souza Silva Simeão

MARIA DA PENHA DE LIMA COUTINHO

Organizadora

PSICOLOGIA E SUA INTERFACE COM A SAÚDE

Editora IESP

João Pessoa

2017



INSTITUTO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DA PARAÍBA – IESP

Diretora Geral

Érika Marques de Almeida Lima Cavalcanti

Diretor Administrativo/Financeiro

Richard Euler Dantas de Souza

Editores

Cícero de Sousa Lacerda

Hercilio de Medeiros Sousa

Jeane Odete Freire Cavalcante

Rosemary Marcionila Freire Rodrigues de Carvalho Rocha

Corpo editorial

Antônio de Sousa Sobrinho – Letras

Hercilio de Medeiros Sousa – Computação

José Carlos Ferreira da Luz – Direito

Luciane Albuquerque Sá de Souza – Administração

Maria da Penha de Lima Coutinho – Psicologia

Rafaela Barbosa Dantas – Fisioterapia

Rogério Márcio Luckwu dos Santos – Educação Física

Thiago Bizerra Fideles – Engenharia de Materiais

Thiago de Andrade Marinho – Mídias Digitais

Thyago Henriques de Oliveira Madruga Freire – Ciências Contábeis

Catálogo na fonte:

Biblioteca Padre Joaquim Colaço Dourado – SESP / PB

M593

Psicologia e sua interface com a saúde / Maria da Penha de Lima Coutinho (organizadora), Adriele Vieira de Lima Pinto et al. (colaboradores). – João Pessoa, PB : Editora IESP, 2017.

256p.

ISBN: 978-85-5597-009-2

Vários autores

1. Psicologia - Saúde. 2. Psicologia Clínica. 3. Psicologia Social. 4. Depressão infantil. 5. Psicodermatologia. 6. Síndrome de Burnout. 7. Bullying Escolar. 8. Qualidade de vida – Adolescentes. 9. Autismo. 10. Estresse Ocupacional. I. Título.

CDU: 159.98

Bibliotecária: Elaine Cristina de Brito Moreira – CRB15/053

PREFÁCIO

“*Psicologia e sua Interface com a saúde*” é o primeiro volume de uma série de coletâneas organizada pela professora e pesquisadora Maria da Penha de Lima Coutinho – professora emérita da UFPB e membro do corpo docente e coordenadora do curso de Psicologia do Instituto de Ensino Superior da Paraíba -IESP.

Com o auxílio de outros docentes da última instituição referida e de pesquisadores vinculados ao núcleo de pesquisa “aspectos psicossociais de prevenção e saúde coletiva”, a obra apresenta treze capítulos dedicados à análise de temas numa perspectiva psicossocial, respaldados, em sua maioria, pela teoria das representações sociais e, metodologicamente, por abordagens qualitativas e quantitativas, auxiliadas por diferentes ferramentas de análise (EVOC, TRI-DEUX-MOTS, ALCESTE, IRAMUTEQ, SPSS).

Para além da necessidade de demarcar a sua identidade em diversas áreas do conhecimento, a Psicologia tem se implicado, cada vez mais, adequar-se às necessidades humanas numa perspectiva integrada. No contexto da psicologia da saúde, especificamente, quaisquer que sejam suas vertentes de aplicação – científica e/ou profissional –, elas devem coadunar-se à realidade social, pautando-se em dispositivos teórico-metodológicos que lhes são peculiares, aditando saberes fundamentais do ponto de vista da subjetividade que atravessa qualquer processo de saúde-doença.

Com a proposta de integrar os múltiplos aspectos que compõem o ser humano, esta obra intenta ultrapassar a noção reducionista e biologizante comumente conferida a questões de saúde/doença. Neste direcionamento, este livro está distribuído em partes teóricas e empíricas, debruçando-se sobre os seguintes temas: depressão, diabetes, vitiligo, bullying, câncer de mama, deficiência visual, autismo, tabagismo qualidade de vida, bem estar subjetivo, resiliência, entre outros correlatos.

O primeiro capítulo, designado “depressão infantil: da concepção clínica à psicossocial”, aborda perspectivas históricas e conceituais da depressão, ressaltando o fenômeno para além de uma perspectiva diagnóstica, evidenciando-o como um tipo de sofrimento psíquico, cujas implicações afetam o cotidiano social de crianças.

O segundo capítulo aborda a doença do Diabetes Mellitus (DM) numa abordagem psicossociológica, a fim de identificar o direcionamento dos estudos nessa perspectiva, assim como compreender como as pessoas diabéticas convivem e se portam frente à doença e sua terapêutica.

O terceiro capítulo apresenta o estado da arte acerca de intervenções orientadas pelo referencial teórico da Psicodermatologia a pessoas que possuem Vitiligo.

O quarto capítulo diz respeito a uma revisão teórica sobre a Síndrome de *Burnout*, contextualizando a relevância da temática, algumas definições, sintomas, classificação, fatores desencadeantes, bem como consequências e formas de tratamento e prevenção.

O quinto capítulo contempla o câncer de mama e suas possibilidades preventivas na perspectiva de mulheres com e sem histórico de vivência do câncer de mama, visando à compreensão contextualizada do tema na ótica das participantes.

O sexto capítulo retrata o bullying e a depressão no contexto da adolescência, apresentando revisão sistemática sobre o tema. O sétimo capítulo aborda as representações sociais do *bullying* elaboradas por estudantes, considerando seus papéis sociais ou tipos de envolvimento (agressor, vítima, vítima-agressora e não envolvido) na agressão. Em direção análoga, o oitavo capítulo aborda as inter-relações entre as representações sociais da qualidade de vida, bem-estar subjetivo e depressão de adolescentes no contexto escolar.

O nono capítulo apresenta os níveis de resiliência em pessoas com deficiência visual, ancorada pelo enlace teórico da psicologia positiva. Por seu turno, o décimo capítulo retrata o autismo na ótica de mães de crianças autistas, destacando o caráter vivencial na construção do saber social sobre o tema.

O décimo primeiro capítulo destaca as representações sociais acerca do diabetes mellitus elaboradas por pessoas diabéticas, viabilizando a compreensão global do DM, cuja ancoragem compreendeu aspectos biopsicoemocionais.

O décimo segundo trata das representações sociais dos profissionais que atuam nas áreas administrativas e da saúde no contexto hospitalar acerca do estresse ocupacional e da qualidade de vida, mostrando que os processos estruturais são transcendidos na dinâmica da relação saúde/trabalho, como um resultante da organização contínua que se dá em torno do produto cuidar.

O décimo terceiro capítulo se debruça sobre a avaliação do estresse em professores universitários: uma análise multimétodo.

Finalmente, o décimo quarto capítulo contempla as representações sociais do tabagismo elaboradas por pessoas fumantes e não fumantes. O estudo permitiu compreender a problemática do tabagismo como fenômeno multidimensional, capaz de suscitar alterações significativas na saúde, bem-estar e na vida social e subjetiva dos atores sociais.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Professora Doutora Erika Marques, diretora da Instituição de Ensino Superior da Paraíba- IESP, pelo apoio incondicional para a concretização desta obra.

Ao Professor Cícero de Sousa Lacerda, Coordenador de Pesquisa, Extensão e Responsabilidade Social – COOPERE, pelo suporte técnico, confiança e disponibilidade que permitiram a construção deste livro.

Agradecemos ao empenho e à eficiência;

Da equipe técnica, do NUCOM, Chris Guedes, Alex de Brito, Romualdo Carvalho, Mariana Rodrigues, Samara Cintra e Ângela Regina, pela elaboração da capa;

Da bibliotecária Elaine Cristina de Brito Moreira, pela elaboração da ficha catalográfica;

Ao Professor Márcio de Lima Coutinho pela revisão e formatação,

Enfim à todos que colaboraram direta e indiretamente para o êxito deste livro.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – A DEPRESSÃO INFANTIL: DE UMA CONCEPÇÃO CLÍNICA A UMA CONCEPÇÃO PSICOSSOCIAL	8
CAPÍTULO 2 – REVISÃO DA LITERATURA SOBRE O DIABETES MELLITUS NA PERSPECTIVA PSICOSSOCIOLÓGICA	23
CAPÍTULO 3 – VITILIGO: DO “NEM TE LIGO” À EXPERIÊNCIA TERAPÊUTICA PROMOVIDA PELA PSICODERMATOLOGIA	43
CAPÍTULO 4 – CONSIDERAÇÕES ACERCA DA SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	73
CAPÍTULO 5 – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O CÂNCER DE MAMA E SUA PREVENÇÃO	85
CAPÍTULO 6 – PAPEIS SOCIAIS DO <i>BULLYING</i> ESCOLAR: Um Enfoque Psicossociológico.....	100
CAPÍTULO 7 – <i>BULLYING</i> E QUALIDADE DE VIDA NO CONTEXTO DE ADOLESCENTES ESCOLARES.....	121
CAPÍTULO 8 – QUALIDADE DE VIDA, BEM-ESTAR SUBJETIVO E DEPRESSÃO NO CONTEXTO DA ADOLESCÊNCIA: UM ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	137
CAPÍTULO 9 – DEFICIÊNCIA VISUAL E RESILIÊNCIA: UM ENFOQUE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	154
CAPÍTULO 10 – O AUTISMO SOBRE O PRISMA DA CONCEPÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	169
CAPÍTULO 11 – O DIABETES NA PERSPECTIVA DO CONHECIMENTO PSICOSSOCIOLÓGICO.....	185
CAPÍTULO 12 – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DO ESTRESSE OCUPACIONAL E DA QUALIDADE DE VIDA.....	206
CAPÍTULO 13 – AVALIAÇÃO DO ESTRESSE EM PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS: Uma análise Multimétodo.....	226
CAPÍTULO 14 – SOBRE O TABAGISMO: Representações Sociais de Pessoas Fumantes e Não Fumantes	240

CAPÍTULO 1 – A DEPRESSÃO INFANTIL: DE UMA CONCEPÇÃO CLÍNICA A UMA CONCEPÇÃO PSICOSSOCIAL

Maria da Penha de Lima Coutinho

INTRODUÇÃO

O vivenciar da depressão infantil: um sofrimento em expansão

Este capítulo aborda a “depressão infantil: da concepção clínica à psicossocial”, com foco nas perspectivas históricas e conceituais da depressão, ressaltando o fenômeno para além de uma perspectiva diagnóstica, evidenciando-o como um tipo de sofrimento psíquico, cujas implicações afetam o cotidiano social de crianças.

Na prática clínica, observa-se que alguns quadros psicopatológicos apresentam uma sintomatologia complexa, com características mistas, o que demanda um tempo maior para a elaboração de uma avaliação psicológica que resulte num diagnóstico diferencial preciso e fidedigno.

Alguns desses quadros, devido à sua complexidade semiológica e à heterogeneidade de seus critérios, são alvos de grandes discussões enquanto quadros específicos da psicopatologia infantil, como é o caso da depressão, que desde os primórdios até os estudos mais recentes continua suscitando polêmicas, principalmente quanto à sua especificidade do ponto de vista semiológico.

Segundo Kaplan, Sadock e Ruiz (2017), este quadro encontra-se inserido nas “perturbações afetivas” cujo elemento comum e essencial é um distúrbio de humor, associado à dificuldade cognitiva, psicomotora, psicofisiológica e interpessoais. Para estes autores, o humor refere-se a estados emocionais experimentados que determinam o aspecto total da personalidade e da vida psíquica. Já o afeto refere-se ao aspecto subjetivo da emoção, à parte de seus elementos físicos.

É sabido que as perturbações afetivas, nomeadamente a depressão, foi durante muito tempo o tipo mais comum de perturbações mentais entre adultos; nas últimas décadas a literatura vem preconizando que também o é entre crianças e adolescentes. Contudo, a dificuldade maior dos estudos epidemiológicos em apresentar dados referentes à depressão infantil é que a maioria, das crianças com esta síndrome não é usualmente levada ao

atendimento médico específico, e sim a profissionais de saúde geral, sendo frequentemente mal diagnosticadas e, conseqüentemente, não direcionadas a um tratamento adequado..

A depressão atualmente é uma doença com um índice bastante elevado (WHO, 2004), ocorrendo em qualquer idade, afetando desde crianças bastante pequenas a adolescentes, e chegando até aos adultos, sem diferenças raciais ou geográficas (ARAÚJO et al., 2009; WIDLÖCHER; HARDY, 1991). Essa constatação é corroborada por Cruvinel e Boruchovitch (2014), pois para esses autores, longe de ser uma doença rara, a depressão é um estado bastante presente tanto em crianças, como em adultos.

Apesar dos limites metodológicos da epidemiologia, tem-se verificado que a prevalência da depressão em crianças difere segundo os estudos. Do ponto de vista epidemiológico, verifica-se que nas décadas de sessenta e setenta a depressão, considerando-se o conjunto da população infantil, constitui um diagnóstico raro em crianças de seis a onze anos. Não obstante, a partir do final da década de setenta, tal incidência tem-se acentuado nessa população. Faz-se importante mencionar que foi por meio do estudo de Kovacs e Beck (1977) que a depressão infantil passa a ser considerada, de fato, uma entidade síndrômica, independente da do adulto, estabelecendo-se, a partir daí, critérios de diagnóstico clínico, psicológico e biológico.

Em um estudo de revisão da literatura, Angold (1988) mostra que essa patologia afeta em torno de 20% daqueles que procuram o serviço clínico. Fleming, Offord e Boyle (1989) encontraram uma frequência de 17,5% desses sintomas em crianças de seis a onze anos. Segundo Valla e Bergeron (1993), das crianças que foram levadas a procurar serviços clínicos entre 1989 e 1990, a frequência foi de 25,5% nessa mesma faixa etária. Estudo realizado por Kolvin (1995) em crianças de nove a doze anos mostra uma prevalência de 18% em meninas e de 39% em meninos. Coutinho (2001, 2005) em pesquisa desenvolvida com crianças encontrou um percentual de 12% nessa mesma faixa etária.

Como se vê, é bastante preocupante o crescimento das perturbações depressivas, uma vez que elas são em geral associadas a outras síndromes. Pesquisas realizadas por Nones e Barbosa (2016), Anderson et al. (1987), Biederman, (1987) e McClellan et al. (1990) associam por exemplo a comportamentos hiperativos e ao déficit da atenção assim como (KOVACS; POLLOCK, 1995) associam à oposição e às perturbações de conduta. Portanto, faz-se imprescindível avançar com pesquisas envolvendo a depressão nesse grupo de pertença.

Pesquisar a representação social de um objeto, segundo Sá (2000) é, inicialmente, verificar a plausibilidade da sua existência enquanto fenômeno concreto, a possibilidade

dasua abordagem segundo a teoria das representações sociais e os recursos metodológicos disponíveis. Ainda segundo o pensamento desse autor, a “construção do objeto de pesquisa é o processo pelo qual essas questões são previamente analisadas e as soluções pertinentes delineadas” (SÁ, 2000, p. 15).

Nesse sentido pesquisar a depressão infantil preenche os critérios preconizados por Sá, uma vez que nos dias atuais já não há dúvida sobre a existência desse fenômeno, porem o desafio quanto ao reconhecimento precoce e suas formas de apresentação na criança continua objeto de discussões por parte dos profissionais que lidam direta ou indiretamente com o problema (DUGAS; MOREN, 1980; MORON; CHABROL, 1985; PZNANSKI, 1993; PALACIO; DUFOUR, 1995).

De acordo com Huttel et al. (2011), a depressão infantil caracteriza-se como um quadro clínico polimorfo; Dugas e Mouren (1980), consideram-na complexa e de difícil diagnóstico, em relação ao mesmo quadro no adulto. Valla e Bergeron (1993) referem-se a esse quadro como também sendo de diagnóstico ainda a ser discernido e de importância para o futuro.

Segundo Brasil (1996), não existe uniformidade de critérios para o diagnóstico e configuração do quadro depressivo na infância entre profissionais que atuam nessa área, assim como não há consenso na literatura sobre o assunto. Para ela, continua atual a afirmação de Gittelman-Klein (1997) sobre a falta de consenso quanto à descrição síndrômica consistente na depressão infantil. Da mesma forma, Angold e Costello (1995), baseados no trabalho de Rutter (1972), comentaram a não existência de uma definição empírica e amplamente aceita sobre esse quadro.

A palavra depressão, segundo Angold (1988), pode ser usada para descrever: 1- uma das extremidades do contínuo das flutuações normais do humor; 2- a dor moral que acompanha uma situação ou um acontecimento desagradável; 3- um traço de caráter (personalidade depressiva); 4- um sintoma (humor triste); 5- uma síndrome (conjunto de sintomas) e 6- uma doença decorrente.

Já para Lehmann (1968), o termo depressão relaciona-se pelo menos, a três significados: um sintoma, uma síndrome e uma entidade nosológica. Lorr *et al.* (1967) publicaram um trabalho em que assinalaram esse quadro como uma variedade de sintomas tão diversificados que, na prática, podem torna-lo frequentemente um sintoma eufêmico de muitas doenças mentais. Ainda hoje os estudiosos da psicopatologia infantil consideram-no como um quadro nosográfico possuidor de problemas ainda não resolvidos.

Segundo Ey et al. (1981), a preocupação do diagnóstico de um estado depressivo não visa apenas satisfazer uma necessidade nosográfica, mas também a permitir que se determine melhor a conduta terapêutica a ser indicada. Para estes autores, a nosografia dos estados depressivos deveria ser baseada nas causas determinantes das crises, no entanto é prematuro desejar-se que se estabeleça a nosografia sobre fatores etiológicos precisos. Ainda sob o ponto de vista dos referidos autores, atualmente, podem-se classificar os estados depressivos segundo as circunstâncias do seu surgimento, bem como segundo outros fatores, principalmente sua semiologia que expressa a descompensação de uma estrutura latente da personalidade. Assim, além dos fatores endógenos (crises melancólicas sintomáticas da psicose maníaco-depressiva), podem-se observar crises que ocorrem sob a influência de fatores exógenos (emoções, esgotamento, conflitos, isto é, acontecimentos provenientes do meio), aliados, como já se aludiu, a uma predisposição da personalidade de base; comumente, a tolerância às tensões nesses indivíduos encontra-se diminuída. Daí por que os estados depressivos que ocorrem nessas circunstâncias são denominados de estados depressivos reativos ou estados depressivos neuróticos. Existem ainda aqueles casos que são desencadeados por fatores psicogênicos, os quais têm como causa um estado permanente de estresse e caracterizam as chamadas depressões de esgotamento. Alguns autores, como Grinker *et al.* (1970), Bergeret (1972) e Kernberg (1979), argumentam que existe um grupo de pacientes (não apenas deprimidos) que não fazem parte do grupo de neuróticos, nem do grupo dos psicóticos, e sim de um terceiro grupo cujos indivíduos se encontram em estados-limites.

Conforme Wallon (1970), a representação social é um processo de mediação entre o sujeito e o mundo. Ela intervém como elemento de resolução do ser com o seu meio social. Desta forma, ela aparece como um instrumento de cognição que permite à criança interpretar as descobertas do meio psíquico e social (sintomatologia da depressão infantil), realizadas através de suas sensações, de suas ações e de suas experiências, dando-lhes um significado e um valor que são adquiridos ao longo do desenvolvimento infantil, principalmente nas relações e trocas da criança com o outro. A representação é igualmente instrumento de socialização e de comunicação, elas se modificam, assim como as práticas sociais se transformam de modo recíproco independente do objeto de estudo (ROUQUETTE, 1998).

A representação social da criança integra, também, um mosaico de conhecimentos que são veiculados pela imprensa falada e escrita, bem como, no contexto social onde ela se encontra inserida. Tais representações sociais são sempre produto de um processo explícito de avaliação social das pessoas, grupos e fenômenos sociais. São, em geral, o resultado da

confrontação por um dado grupo entre objeto do ambiente e seus critérios de referência social. A definição de Di Giacomo (1986) corrobora essas proposições, uma vez que ele define RS como um conjunto de conteúdos avaliativos evocados por qualquer objeto no ambiente de uma população específica, com base em seus critérios de avaliação social. Desse modo, a teoria das RS proporciona um interessante modelo acerca do papel dos fatores cognitivos e sociopsicológicos na construção social das representações que os indivíduos possam ter sobre sua realidade.

Reconhecer as RS da sintomatologia depressiva da depressão infantil a partir de um conhecimento elaborado e compartilhado coletivamente, permite aos indivíduos apreendê-la inicialmente na concretude da sua subjetivação. Isso permite colocar em evidência as diferentes maneiras como essas representações são construídas, vivenciadas e compreendidas a partir das reações comportamentais dos indivíduos envolvidos na pesquisa, possibilitando-se assim, que a produção desse conhecimento venha compor um marco referencial explicativo e contribua para as atuais discussões da sintomatologia depressiva infantil.

Pela peculiaridade do estudo das RS sobre a sintomatologia da depressão infantil, pretende-se identificar os sinais que constituem a sintomatologia da depressão a partir do conhecimento do senso comum socialmente elaborado por um grupo social fundamentado nas RS de crianças, com e sem essa sintomatologia. Esse conhecimento elaborado pelo senso comum poderá facilitar aos diferentes profissionais de saúde a realização de uma avaliação e acompanhamento psicológico comprometidos com o pensamento popular elaborado pelo coletivo em estudo.

Assim representar a sintomatologia da depressão infantil é procurar identificar os modos de pensar e explicar como as crianças constroem e subjetivam essa realidade em torno desse fenômeno. Essas representações sociais em geral podem tornar-se indicadores indiretos de como o sujeito se define e como o outro o define em relação a esse objeto.

As representações sociais são produtos da atividade humana elaborados a partir da interação sujeito/objeto social, sobre a qual os indivíduos constroem uma realidade particular que determina os comportamentos e direciona a comunicação sobre um determinado objeto social, "à medida que remodela e constitui os elementos do meio ambiente em que o comportamento teve lugar" (MOSCOVICI, 1978, p.49). Nesse sentido, é possível verificar-se como é elaborada a sintomatologia depressiva no nível cognitivo, observar-se como esta representação é partilhada por esses indivíduos, como eles transformam o não inelégível em inteligível para os membros do grupo, possibilitando uma interação social integrada, acerca do fenômeno estudado.

Conforme já se afirmou, a frequência da depressão nos dias atuais é bastante elevada, haja vista que nesta pesquisa um total de 156 crianças 12% possuíam sinais dessa sintomatologia.

A identificação da depressão infantil: nas instituições da família e escola

Teoricamente, os quadros da depressão infantil possuem esquemas estruturais bastante claros. Na prática, porém, nem sempre são nítidos, devido, como já foi explicitado à pluralidade de sua etiologia e à complexidade de sua sintomatologia, as quais não permitem identificar facilmente suas formas clínicas, dificultando consequentemente o desenvolvimento preventivo do diagnóstico/prognóstico.

Acessar a representação social da sintomatologia da depressão infantil é tentar não só compreender as formas que os indivíduos utilizam para criar, transformar e interpretar essa problemática vinculada à sua realidade como também conhecer seus pensamentos, sentimentos, percepções e experiências de vida compartilhada por crenças, atitudes, valores e informações, destacadas nas modalidades diferenciadas de comunicação, de acordo com a classe social a que pertencem, isto é, tentar conhecer que existe nas mentes dos indivíduos, mas prolongando para além das dimensões intrapsíquicas e concretizando-se em fenômenos sociais possíveis de serem identificados e mapeados (Coutinho, 2001). Daí por que a representação social ser considerada uma modalidade de conhecimento particular, possuindo como função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos (MOSCOVICI, 1978).

Para que uma representação social seja objeto de conhecimento, faz-se necessário que passe por um processo transformativo, pois não é possível a interiorização de um objeto em seu estado material na mente das pessoas. É sabido que no processo de representação existe uma construção diferenciada dos objetos que difere de pessoa para pessoa, pois cada indivíduo acrescenta facetas particulares, específicas. O importante, segundo Moscovici (1986), é que as RS situem-se no universo consensual das pessoas, não se alegando que haja nelas algo de reificado, o que significa dizer que as RS é um conceito e um fenômeno que pertencem ao subjetivo e intersubjetivo, simultaneamente. Elas representam não só o objeto, mas também o sujeito que o representa. Ainda conforme Moscovici (1986), as RS podem ser compreendidas como um conhecimento do senso comum, socialmente construído e partilhado, que se encontra na mente das pessoas, na mídia falada e escrita, e em qualquer espaço social onde haja comunicação. Daí a proposição teórica de que a RS é sempre de

alguém (o sujeito) e de alguma coisa (o objeto). Mediante essas premissas fica evidenciado que as representações acerca da depressão advêm de conhecimentos veiculados na mídia, nas conversações diretas ou indiretas com todos aqueles que pertencem ao contexto social no qual elas se encontram inseridas e são reelaboradas à medida que esse conhecimento vai tomando forma por meio dos processos cognitivos, afetivos e emocionais.

Sabe-se que as informações da saúde mental de uma criança variam de acordo com o informante (LAPOUSE; MONK, 1958). Só um pequeno número de crianças é identificado como depressivas por seus pais e por elas próprias (COSTELLO; ANGOLD, 1988; FLEMING; OFFORD; BOYLE, 1989). As razões evidenciadas entre informantes são múltipla, por exemplo, a diferença de comportamento apresentada em casa ou na escola segundo afirma Rutter, Izard e Read (1970); o reconhecimento por parte dos pais de sintomas observados em suas crianças conforme Herjanic e Reich (1982), assim como a recusa deles em descrever seus filhos como seres imperfeitos, quando solicitados (Zahner, 1991). "as pessoas de classe sociais menos favorecidas procuram o psiquiatra, unicamente quando consideram que tratam de casos agudos ou inaptações manifestas" (MOSCOVICI, 1978, p.141). No entanto, na clínica é com a ajuda da comunicação dos pais e das próprias crianças que o profissional de saúde faz a síntese do caso, utilizando-se muitas vezes de instrumentos (questionários padronizados) para auxiliá-lo na coleta dessas informações.

Como a maior parte da sintomatologia depressiva é intrapsíquica, a princípio as próprias crianças são os melhores comunicadores de seu mundo interior. A partir de seis anos de idade, elas são capazes de identificar sua sintomatologia depressiva (PUIG-ANTICH, 1986). Em geral, os pais referem-se em menor proporção aos sintomas depressivos do que as próprias crianças. A maior parte delas que se identifica como deprimidas, não são reconhecidas como tais pelos seus pais, enquanto quase todas aquelas identificadas como tais, por seus pais, consideram-se também elas próprias como deprimidas (WEISSMAN et al., 1987).

Segundo Widlocher e Hardy (1991): "estar deprimido" não é "estar triste" nem "pessimista" devido às condições de vidas difíceis, é antes estar prisioneiro devido a uma maneira patológica de pensar e de agir. A tristeza do deprimido, quando existe, é fixa e permanente; ela se instaura e se mantém sem razão. A diferença entre sentimento de tristeza e a doença da depressão é que esta última vem quase sempre acompanhada de outras perturbações, por exemplo, perturbação do sono; incapacidade de agir e pensar, e baixa capacidade de interagir com o meio. Outra diferença é que é possível mudar as ideias daquele que está triste, mas é impossível mudar as do deprimido.

Na prática clínica, o diagnóstico é elaborado à partir da presença de um conjunto de sintomas e da ausência de outros. Sabe-se, como já foi mencionado, o quanto é difícil diferenciar um quadro depressivo de outro, principalmente porque os aportes teóricos são complexos e, na maioria das vezes divergem quanto à especificidade dos sintomas e dos critérios, e as causas por sua vez são múltiplas. Pode-se citar, por exemplo, como fatores desencadeantes, desde a organicidade, tendo os traços hereditários como prevalentes, até aportes que enfatizam a educação, o modo de vida, a constituição psicológica. O fato é deveras preocupante, haja vista que nem sempre sintomas tidos como patagnômicos acham-se presentes, cedendo lugar a outros. Por exemplo, a tristeza ou o humor depressivo, citado pela maioria dos estudiosos, como sintomas prevalentes, em geral nem sempre são expressos; mesmo quando eles existem, podem ser substituídos por um rosto frequentemente sério ou um ar distante, em que os traços da fisionomia são poucos expressivos.

Por um lado, no nosso cotidiano, escuta-se com muita frequência o enunciado “fulano está depressivo” ou “está com depressão”, quando o indivíduo, na maioria das vezes, encontra-se triste, com vontade de ficar sozinho, com atitude retraída, pensativa, tendo como causa um acontecimento real (perda de um parente, de emprego ou outro problema); as pessoas, por desconhecimento, caracterizam-no como depressivo. Por outro, o indivíduo pode de fato estar deprimido e passar despercebido, por seus familiares, pessoas próximas que convivem com ele até que, de repente, essas pessoas são tomadas de surpresa, por exemplo, com uma tentativa de suicídio por parte deste indivíduo. Tratando-se de crianças, a questão é bastante complexa, haja vista, conforme já se aludiu, e como a própria literatura sobre o assunto preconiza que a depressão nessa faixa etária, principalmente em relação a um diagnóstico, tem sido alvo de grandes discussões devido à complexidade e à pluralidade etiológica. Em geral, considera-se tristeza ou o humor deprimido, a perda de interesse, o sentimento de desvalorização, como gestores prevalentes dessa sintomatologia.

A criança quando irritada é geralmente qualificada de “má”, “colérica”, “nervosa”, ou ainda os pais dizem: “ela não está jamais contente”, “ela jamais está de acordo”, “diz sempre não” e “nada lhe dá prazer”. Estas expressões de raiva, de descontentamento, de oposição, de desprazer podem ser, na maioria dos casos, indicadores da sintomatologia.

A perda de interesse e de prazer torna-se mais evidente com o avançar da idade. Quando a criança é mais jovem, a irritabilidade e a descarga pulsional são descarregadas nos jogos em que a excitabilidade torna-se transbordante e o esgotamento é procurado; “ela se enerva por nada” dizem os pais, professores e/ou substituto que convive com a criança. Muitos desses comportamentos são considerados normais pelos pais, escutam-se com bastante

frequência, ah! meu filho tem bastante energia, não para, está sempre correndo de um lado para outro. Graças a Deus é uma criança com bastante saúde. É evidente que não podemos generalizar, mas chamamos à atenção dos pais e/ou professores que observem melhor esse tipo de comportamento, uma vez que a excitabilidade contínua pode ser um sinal da sintomatologia da depressão. O contrário, também é verdadeiro, criança com comportamento de retraimento, isolamento, que não se interessa por nada, mesmo em atividades que outrora lhe dava prazer pode estar sofrendo deste grande mal, que é a depressão, vilã esta que aliada ao estresse continuará sendo o grande mal do novo milênio.

Nesta pesquisa foi grande o número de crianças que expressaram por meio de suas falas e do desenho-estória com tema, sentimentos de desvalorização, indignidade, perda de autoestima, traduzida pelas expressões “eu sou nulo”, “não sirvo para nada”, “meus pais não me amam”, “meus colegas não gostam de mim” Coutinho (2005). Segundo Marcelli (1995), expressões como estas devem merecer uma atenção especial; pois são representativas de sentimento de perda de amor que, em geral, mascaram um sentimento de desvalorização e de culpabilidade. Outra dificuldade que se observou durante o percurso do desenvolvimento da pesquisa foi a incapacidade de elaborar conceitos que, em geral, resultou em uma indissociabilidade entre depressão (doença) e ser depressivo (doente), dificuldade de se concentrar nas tarefas solicitadas. Segundo alguns relatos de professores, em alguns casos, a criança passa longas horas sobre seus livros e cadernos, mas é incapaz de resolver ou efetivar suas tarefas e muito menos de memorizá-las.

Observou-se que a maioria dessas crianças era triste, e desinteressada por quaisquer atividades, até mesmo por aquelas agradáveis, observações constatadas tanto no convívio familiar quanto na escola.

Segundo Atkinson et al. (1995), a depressão pode ser considerada como uma resposta normal a muitos dos estresses da vida. Para esses autores, entre as situações que mais frequentemente precipitam a depressão está o fracasso escolar, a perda de um ente querido, a percepção de que uma doença e/ou o envelhecimento, estão exaurindo os recursos do indivíduo. Para eles, embora a depressão seja caracterizada como um transtorno de humor, existe na verdade, quatro conjuntos de sintomas que a caracterizam: os sintomas emocionais (de humor), os sintomas cognitivos, os motivacionais e os físicos. Ainda, segundo o pensamento desses autores, não é necessário que o indivíduo tenha todos esses sintomas para ser diagnosticado como deprimido, porém, quanto mais intensos eles forem, mais certamente pode-se afirmar que uma pessoa está sofrendo de depressão.

Essas premissas e a constatação na prática clínica de um número cada vez maior de crianças que são encaminhadas por outros profissionais (pedagogos, professores, pediatras psiquiatras) e trazidas ao serviço de psicodiagnóstico, com queixas principalmente, segundo seus pais e eles próprios, de comportamentos inadequados (agressão, rebeldia, choro, dificuldade de adaptação ao meio social, dificuldade de alimentar-se, insônia, perturbações fisiológicas, entre outros), tanto no meio familiar como na escola, funcionaram como estímulos desencadeantes para o desenvolvimento desta pesquisa.

Como diz Santos (2010), construir uma representação social de um objeto é compartilhar modelos de pensamento e de explicação existentes na sociedade, onde são construídos, reconstruídos pelos sujeitos sociais ao longo do processo de socialização, independentemente de quaisquer que sejam as crenças, imagens, comunicações e símbolos veiculados por um grupo, comunidade, sociedade, ou cultura, enfatizando-se as suas funções entre produção de conhecimento, orientação de comportamento, atividade e comunicação. Daí por que os aportes teóricos/metodológicos centrados na representação social, abordados neste estudo procuram situar-se nos contextos social e psicológico, levando em consideração a produção de conhecimento do senso comum e as práticas sociais dos sujeitos.

Atualmente, a instituição familiar atravessa uma crise bastante forte, os valores, as atitudes, as normas que comumente são referências na constituição e manutenção desta, muitas já se encontram, em desacordo com aquelas que são referências do contexto social atual como um todo, gerando conflitos como nunca vivenciados. As mudanças ocorridas no final do século passado e que continuam no início deste novo milênio modificam-se cada vez mais rápido e, muitas vezes, acarretam conflitos tanto com a instituição familiar quanto com a escolar. Uma coisa está clara, o atual sistema de valores já não serve de referência à formação de condutas das crianças, o que vem acarretando dificuldades de relacionamento entre os estreitos vínculos entre pais e filhos, provocando consequentemente, perturbações no desenvolvimento da criança. As normas sociais, as instituições, tudo se encontra em reformulação. A “moral” tradicional e convencional vem sofrendo modificações profundas, com consequências totalmente imprevisíveis.

No entanto, apesar das rápidas mudanças sociais e das consequências que estas provocam na constelação familiar, esta continua a célula básica da sociedade, fonte de sustentação em todos os aspectos biopsicossócio-cultural no desenvolvimento do indivíduo, é a família que no plano universal da vida, assegura a sobrevivência da humanidade. Jung (1911) considerava como principal importância das influências familiares o fato de

proporcionarem o ambiente mental e as condições necessárias para o desenvolvimento da personalidade do indivíduo.

Infelizmente, a velocidade com que se desenvolvem as mudanças sociais, tem produzido grande ansiedade nos pais e insegurança sobre a melhor maneira de orientar os filhos. As dinâmicas familiares sempre se pautaram em relação de ciúmes de irmãos, como lidar com o filho único, como lidar com a necessidade da mãe trabalhar fora de casa, conflitos entre os pais, em síntese estas relações quando não suficientemente trabalhadas podem resultar em instalação de algumas perturbações, entre outras, a sintomatologia da depressão. Por exemplo, crianças que durante muito tempo é considerada o centro das atenções, de repente a chegada de um irmãozinho pode instalar comportamento de rivalidade/ciúme, crianças não desejadas, que são rejeitadas até mesmo antes do nascimento, as que não são bem aceitas, que são preteridas, possuem maior probabilidade de serem acometidas pela perturbação depressiva. Vale salientar que um único motivo nunca ou quase nunca leva à depressão, em geral é um conjunto de circunstâncias que fazem da criança um ser depressivo.

Na instituição escolar de acordo com a pesquisa realizada por Coutinho (2001), as falas dos sujeitos bem como as suas expressões gráficas demonstram que tanto na família como na escola, eles são considerados crianças problema, como únicas responsáveis por suas perturbações. É interessante frisar que, comumente essas crianças possuem consciência de que seus pais e ou professores preferem outros a eles. Suas falas registram as seguintes expressões, “eles não gostam de mim”, “ela diz que não sou inteligente, que não sei fazer nada”, “ tudo o que acontece de errado, a culpa é minha”, relatos como estes foram frequentes em crianças de sete a oito anos com a sintomatologia da depressão.

Chamamos a atenção dos senhores pais e professores que fiquem atentos aos comportamentos das crianças, principalmente em horas em que estão liberadas para participar de atividades lúdicas e não mostram o menor interesse. Quando a criança não interage, não gosta de conversar com os colegas, estão sempre de cabeça deitada sobre a cadeira, apresentando sempre sonolência, bocejos, indiferença para o que está acontecendo ao seu redor, é preciso que a encaminhe a uma avaliação psicológica. Observou-se também que as crianças com sintomatologia apresentam mais comportamento mais agressivo, batem em outras crianças, quebram os objetos, apresentam comportamento hiperativo, não se fixam por muito tempo debruçadas sobre uma mesma tarefa, com maior frequência do que sem sintomatologia, podendo esse comportamento, portanto, serem considerados como sinais de depressão.

Além das observações neste estudo, utilizaram-se, para acessar a elaboração das representações sociais acerca do objeto, entrevistas semiestruturadas contendo questões norteadoras centradas no referencial teórico das RS e três técnicas projetivas. A utilização das entrevistas é por estas se constituírem, juntamente com os questionários, em principais instrumentos nas pesquisas de representações sociais. Segundo Abric (1994), a entrevista em profundidade constitui um método indispensável em qualquer estudo sobre representações. O uso das técnicas projetivas foi devido estas favorecer a emergência de elementos inconscientes, associados aos aspectos afetivo-emocional essenciais das representações sociais.

Segundo De Rosa (1988), os indivíduos ao se empenharem em entender e dar um significado a um objeto, fazem-no com emoção, sentimento e paixão, o que faz com que a construção da significação simbólica do objeto seja, simultaneamente, um ato de conhecimento e um ato afetivo.

Conforme Jodelet (1989):

As representações devem ser estudadas articulando elementos afetivos, mentais, sociais, integrando a cognição, a linguagem e a comunicação às relações sociais que afetam as RS e a realidade social e ideativa sobre a qual elas intervêm (p.41).

Neste sentido, as técnicas projetivas funcionam perfeitamente enquanto instrumentos que possibilitam a apreensão das representações sociais, uma vez que elas aprendem os processos cognitivos e afetivos, ou seja, fazem emergir também as dimensões latentes que estruturam o universo semântico, específico das representações sociais estudadas neste trabalho, ou seja, universo da sintomatologia da depressão infantil.

De acordo com Jodelet (1989), as representações sociais são elaboradas na forma de um processo dinâmico, já que o indivíduo encontra-se inserido num contexto social e culturalmente definido, possuindo uma história pessoal e social:

“não é um indivíduo isolado que é tomado em consideração, mas sim as respostas individuais enquanto manifestações de tendências do grupo de pertença ou de afiliação no qual os indivíduos participam” (p. 36).

Assim, as técnicas projetivas podem perfeitamente ser usadas enquanto instrumentos de apreensão de comportamentos individuais, que manifestam as tendências do grupo de pertença.

A relevância desta pesquisa deveu-se a busca de novas formas de conhecimento, ou seja, desenvolvimento de um saber espontâneo de uma temática prolixa e plural como o caso da sintomatologia da depressão infantil, que precisa ser melhor discutida e trabalhada em nosso meio por profissionais da área da saúde e afins, que venham contribuir para elucidação e a compreensão da referida sintomatologia.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. Méthodologie de recueil des représentations sociales. In: J. C., ABRIC. (Org.). **Pratiques sociales et représentations**. Paris: PUF, p. 59- 82, 1994b.

ANDERSON, J. C. et al. DSM-III disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population. **Arch gen. Psychiatry**, v. 47, p. 69-76.

ANGOLD, A. Childhood and adolescent depression. I. Epidemiological and aetiological aspects. **The British Journal of Psychiatry**, v. 152, n. 5, p. 601-617, 1988.

ANGOLD, A.; COSTELLO, E. J. The epidemiology of depression in children and adolescents. In GOODYEAR, I. (ed). **The depressed child and adolescent: Developmental Clinical. Perspectives**. Cambridge: Great Britain p. 127-147, 1995.

ARAGAO, Thais Araújo et al . Uma perspectiva psicossocial da sintomatologia depressiva na adolescência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, p. 395-405, 2009.

ATKINSON, R. L. et al. Representaciones sociales de la enfermedad mental. **Revista de la Asociacion Espanola de Neuropsiquiatria**. 6, 95-128. 1995.

BERGERET, H. H. A. **La dépression et le états limites**. Paris: Payot, 1972.

BIEDERMAN, I. Recognition by components: A theory of human image understanding. **Psychological review**, v. 94, p. 115-191. 1987

BRASIL, H. A. et al. **Depressão na Infância: em busca de uma definição clínica**. 1996. Dissertação mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro.

COSTELLO, E. J.; ANGOLD, A. Scales to assess child and adolescent depression: checklists, screens, and nets. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 27, n. 6, p. 726-737, 1988.

CRUVINEL, Miriam; BORUCHOVITCH, Evelyn. **Compreendendo a depressão infantil**. Editora Vozes, 2014.

DE ROSA, A. S. **Sur l'usage des associations libres dans l'étude des représentations sociales de la maladie mentale**. Connexions, 51, Rome, Université de Rome, 1988.

DI GIACOMO, J. P. Alliance et rejets intergroupes au sein d'un mouvement de revendication. DOISE, W.; PALMONARI, A. (Eds.). **L'étude des représentations sociales**, Paris: Delchaux & Niestle, 1986, pp. 118-138.

DUGAS, M.; MOUREN, M. C. **Les troubles de l'humeur chez l'enfant de moins de 13 ans: dépression et hypomanie**. Paris: PUF, 1980.

- EY, H.; BERNARD, P.; BRISSET, C. **Manual de psiquiatria**. Trad. Paulo César Gerales; Sônia Joannides. 5 ed. Masson, Atheneu, 1981.
- FLEMING, J. E.; OFFORD, D. R.; BOYLE, M. H. Prevalence of childhood and Adolescent Depression in the Community. **The British Journal of Psychiatry**, v. 155, n. 5, p. 647-654, 1989.
- GITTELMAN-KLEIN, R. Definitional and methodological issues concerning depressive illness in children. In: SCHULTERBRANDT, J. G.; RASKIN, A. (eds.). **Depression in childhood: Diagnosis, treatment and conceptual models**, New York: Raven Press. p. 69-80, 1977.
- GRINKER, R. et al. **The phenomene of depressions**. Ney York: Hoeber- Harper, 1970.
- HERJANIC, B.; REICH, W. Development of a structured psychiatric interview for children: Agreement between child and parent on individual symptoms. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 10, n. 3, p. 307-324, 1982.
- HUTTEL, J et al. A depressão infantil e suas formas de manifesta o. **Psicol. Argum.** v.29, n.64, p. 11-22, 2011.
- JODELET, D. Les représentations sociales. Paris: Presses Universitaires de France, 1989.
- KAPLAN, H. J.; SADOCK, B. J.; RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento**. 11 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- KENBERG, O. **Les troubles limites de la personnalité**. Toulouse: Privat, 1979.
- LEHMANN, HEINZ E. Clinical perspectives on antidepressant therapy. **American Journal of Psychiatry**, v. 124, n. 11S, p. 12-21, 1968.
- MORON, P.; CHABROL, H. **Depression chez l'enfant: semiologie habituelle**. In M. DUGAS (ed). Depression chez l'enfant: theories et realit s. Paris: M dicine et enfance, 1985.
- KOLVIN, I. Childhood depression: clinical phenomenology and classification. In I GOODYEAR (ed.). **The Depressed Child and Adolescent: Developmental and Clinical Perspectives**. Great Britain: Cambridge, 1995.
- KOVACS, M.; POLLOCK, M. Bipolar disorder and comorbid conduct disorder in childhood and adolescent. **J. Am Acad Child Adolesc. Psychiatry**, v. 34, p. 715-723.
- LAPOUSE, R; MONK, M. A. An epidemiologic study of behavior characteristics in children. **American Journal of Public Health and the Nations Health**, v. 48, n. 9, p. 1134-1144, 1958.
- LORR, MAURICE; SONN, THOMAS, M.; KATZ, MARTIN, M. Toward a definition of depression. **Archives of general psychiatry**, v. 17, n. 2, p. 183-186, 1967. Disponivel em: <<http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/489420>>. Acesso em: 16 de mai. 2017.
- MARCELLI, D. **Les  tats depressifs   l'adolescence**. 2 ed. Masson, Collection M dicine et Psychoth rape. 1995.
- MCCLELLAND et al. Attention deficit disorder in children at risk for anxiety and depression. **J. Am Acad Child Adoles. Psychiatry**. 29(4): 534-539, 1990.
- MOSCOVICI, Serge. L'ère des représentations sociales. In W. DOISE et al.; PALMONARI (Eds), **L'étude des représentations sociales**, Neuchâtel, Delachaux et Nestlé.p. 34-80, 1986.
- _____. **A representa o social da psicanálise**. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.
- NONES, P. P.; BARBOSA, A. C. A. Transtorno de déficit de aten o e hiperatividade. **Revista Mai utica, Indaial**, v.4, n.1, p. 135-145. 2016.
- PALACIO- ESPASA, F.; DUFOUR, R. **Diagnostic structurel chez l'enfant**. Paris: Masson, 1995.

- POZNANSKI, E. O. Affective disorder. **Psychiatry, Philadelphia: Lippincott Company**, v. 2, cap. 30, p. 1-9, 1993.
- PUJG-ANTICH, J. Psychobiological markers effects of age and puberty. In RUTTER, M. IZARD, C.; READ, P. **Depression in young people: Issue and Perspectives**, New York: The Guilford Press, 1986.
- ROUQUETTE, Michel Louis. Representações e práticas sociais: alguns elementos teóricos. **Estudos interdisciplinares de representação social**, v. 2, p. 39-46, 1998.
- RUTTER, M. L. Relationships between child and adult psychiatric disorders. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 48, n. 1, p. 3-21, 1972.
- RUTTER, M. L.; IZARD, C.; READ, P. **Depression in young people, development and clinical perspectives**. London: The Guilford Press, 1970.
- SÁ, C. P. A **construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Eduerj, 2000.
- SANTOS, B. de S. **Um discurso sobre as ciências**. 16 ed. Porto: Afrontamentos, 2010.
- VALLA, J. P.; BERGERON, L. **L'épidémiologie de la santé mentale des enfants et des adolescents**. Paris, PUF: Collection Nodules, 1993.
- WALLON, H. **De l'acte à la pensée. Essai de psychologie comparée**. 5 ed. Paris: Flammarion, 1970.
- WEISSMAN, M. M. et al. Children of depressed parents: increased psychopathology and early onset of major depression. **Archives of general psychiatry**, v. 44, n. 10, p. 847-853, 1987.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global burden of disease: 2004 update**. Geneva: WHO; 2008.
- WIDLÖCHER, D.; HARDY, M. C. **La depression**. Paris: Ouverture Médicale, Hermann, 1991.
- ZAHNER, G. E. P. The feasibility of conducting structured diagnostic interviews with preadolescents: a community field trial of the DISC. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 30, n. 4, p. 659-668, 1991.

CAPÍTULO 2 – REVISÃO DA LITERATURA SOBRE O DIABETES MELLITUS NA PERSPECTIVA PSICOSSOCIOLÓGICA

Fabrycianne Gonçalves Costa
Maria da Penha de Lima Coutinho

INTRODUÇÃO

O presente capítulo objetivou desenvolver uma revisão sistemática da literatura sobre a doença do Diabetes Mellitus (DM) numa abordagem psicossociológica, a fim de identificar qual têm sido o direcionamento dos estudos nessa perspectiva, assim como, compreender como as pessoas diabéticas convivem e se portam frente a doença e sua terapêutica, abrangendo os diversos fatores compreendidos nesse universo, a saber, aspectos psicológicos, orgânicos, comportamentais, psicossociais, culturais e nutricionais.

O Diabetes Mellitus compreende um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos, que apresenta em comum a hiperglicemia, cuja consequência advém do desequilíbrio na ação da insulina (DM tipo 2) e/ou na secreção da insulina (DM tipo 1). A doença é reconhecida mundialmente em decorrência de seus impactos biopsicossociais, ocasionada por fatores genéticos e ambientais. Considerada uma das síndromes mais prevalentes de evolução crônica da atualidade vem atingindo cada vez mais o homem independente de sua etnia, condição social, idade, sexo, localização geográfica, entre outros fatores (ADA, 2015; STUHLER, 2012).

Segundo as estimativas mais recentes da Internacional Diabetes Federation, existe aproximadamente 415 milhões de pessoas no mundo com diabetes, elencando o rol das cinco doenças crônicas não transmissíveis com maior morbidade (IDF, 2015). No Brasil, cerca de 14 milhões de pessoas são portadoras da doença e aparecem 500 novos casos por dia, assim como estima-se que 50% da população com DM tipo 2 desconhece seu diagnóstico, percebendo-o apenas após o aparecimento de suas complicações (BRASIL, 2013). Conforme os dados da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia – Regional Paraíba (SBEM-PB) aprecia-se que existam 135 mil diabéticos no cenário paraibano, destes, 37,5 mil localizam-se em João Pessoa. Diante da alta prevalência do diabetes a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que essa doença será a sétima principal causa de morte em 2030 (IDF, 2015).

Por ser uma doença complexa de natureza crônico-degenerativa, o indivíduo acometido do diabetes necessita de contínuos cuidados como: o controle glicêmico, a ingestão medicamentosa, a reeducação alimentar e a prática de exercícios físicos, a fim de prevenir complicações agudas e crônicas. Na maioria das vezes esses cuidados constituem uma tarefa extremamente penosa, uma vez que requerem uma reorganização de estilo de vida (ADA, 2015, SANTOS et al., 2011). Segundo Barsaglini e Canesqui (2010), conviver com o diabetes configura-se como um processo de gerenciamento contínuo que envolve ajustamentos e autorregulação nas questões de ordem prática e simbólica, referidas aos contextos culturais, sociais, laborais e familiares, com a finalidade de promover adequações nos aspectos físicos e psicológicos.

Nesse direcionamento, este estudo balizou-se em uma revisão sistemática realizada no contexto nacional e internacional sob o suporte da teoria das Representações Sociais (RS). De acordo com Moscovici (2012) e Coutinho (2005), as RS são conjuntos simbólicos/práticos/dinâmicos, cujo *status* é o de uma produção e não de uma reprodução. Isso significa dizer que constituem não uma simples reação a estímulos exteriores, mas sim, a escolha e a utilização a partir de um repertório circulante na sociedade, de informações destinadas à interpretação e à elaboração do real. Assim, representar um objeto, pessoa ou coisa não consiste apenas em desdobrá-los, repeti-los ou reproduzi-los, mas em reconstruí-los, retocá-los e modificá-los.

Esta teoria se desdobra em três correntes teórico-metodológicas, que são as abordagens dimensional, estrutural e societal. A primeira foi cunhada pelo Moscovici em 1961 e teve como sua maior propagadora a Denise Jodelet; essa vertente se caracteriza por priorizar o estudo da gênese e do processo de construção das RS. A abordagem estrutural foi proposta por Jean-Claude Abric em 1976. Nessa concepção as RS são constituídas por dois componentes: o núcleo central e os elementos periféricos. Os conteúdos centrais seriam responsáveis pela função geradora, a qual cria ou transforma o significado dos outros elementos essenciais das RS e a função organizadora que unifica e estabiliza a representação (CHAVES; SILVA, 2011).

E a abordagem societal, proposta por Willem Doise a qual busca interligar aspectos de ordem individual com o coletivo, e, sobretudo, explicita que os processos usados pelos indivíduos para viver em sociedade são orientados por dinâmicas interacionais, valores e crenças. Nessa abordagem, as representações sociais são princípios geradores de tomadas de posição, e esses princípios estão direta e simbolicamente vinculados à posição que o sujeito ocupa no grupo (ALMEIDA, 2009).

Desse modo, temáticas no contexto da saúde/doença configuram-se como um dos eixos de pesquisas mais importantes, uma vez que se impõem não apenas por razões históricas, mas também pela persistência da atualidade. Conforme Sá (1998, p. 36), “o caráter estranho e ameaçador próprio da doença responde pela sua extrema capacidade em gerar representações”. Herzlich (2005, p. 66) acrescenta que a doença é “um evento que modifica, às vezes irremediavelmente, nossa vida individual, nossa inserção social e, portanto, o equilíbrio coletivo; a doença engendra sempre uma necessidade de discurso, a necessidade de uma interpretação complexa e contínua da sociedade inteira”. Nesse direcionamento, a busca do conhecimento veiculado em artigos indexados sobre o diabetes permite visualizar a *gestalt* do que existe sobre a temática sob suas dimensões cognitiva, psicológica e social.

Desse modo, para a execução da Revisão Sistemática foram consideradas as seguintes etapas: (i) Formulação da pergunta de pesquisa, (ii) Localização e seleção dos artigos, (iii) Avaliação crítica dos artigos, (iv) Coleta de dados, (v) Análise e apresentação dos dados coletados, (vi) Interpretação dos dados e (vii) e Atualização da revisão (GOMES; CAMINHA, 2014).

Inicialmente, efetivou-se a seguinte questão: Quais as temáticas abordadas em publicações disseminadas em periódicos *on-line* no período de 2006 a 2016, referentes às representações sociais do diabetes? Em seguida, a localização e seleção dos artigos foi realizada por dois pesquisadores no site do Portal de Periódicos da CAPES, adotando-se a estratégia de busca de artigos publicados nas bases de dados Gale-Academic One File, Scientific Electronic Library Online (SciELO Brasil), Medline/PubMed e SCOPUS, destaca-se que as bases são atualizadas e relacionadas com a área da saúde e psicologia. Optou-se, ainda, por incluir na pesquisa estudos publicados nos últimos 10 anos, por entender ser um período proeminente das últimas descobertas na área. Utilizaram-se as combinações de descritores “diabetes and social representations”, “diabetes and representações sociais”, e “diabetes and representaciones sociales”, esses termos foram selecionados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).

Após a localização dos artigos, realizou-se a leitura dos resumos para verificar o atendimento aos critérios de inclusão e exclusão. Adotaram-se como critérios de inclusão: (i) artigos publicados em inglês, espanhol e português; (ii) estudos que utilizassem exclusivamente a abordagem das representações sociais, (iii) ser um artigo completo; e (iv) artigos de periódicos revisados por pares. Como critério de exclusão, foram retirados os artigos repetidos. Quando atendidos aos critérios de inclusão os artigos eram lidos na íntegra.

A avaliação dos artigos foi realizada com o auxílio da análise descritiva, utilizando-se de frequências e percentuais. Dessa forma, os resultados serão apresentados em uma tabela contemplando informações acerca das variáveis analíticas tais como: autores/ano, objetivos, aporte psicossociológico, características metodológicas, principais resultados e eixos temáticos. Registra-se que essa última variável foi decorrente do agrupamento dos conteúdos advindos dos artigos por semelhança de temas investigados detectados por meio da leitura flutuante.

A busca inicial nas bases de dados gerou um total de 92 artigos (Gale: 30; SciELO: 2; Medline/PubMed: 30 e SCOPUS: 30). Na primeira triagem, foram considerados 44 artigos os quais foram revisados por pares; destes, identificou-se que 35 não atenderam aos critérios de exclusão. Restando, portanto, 9, os quais foram inseridos neste estudo. Na Tabela 1 observa-se a categorização desses artigos em função das variáveis analíticas.

No que tange ao período selecionado para a busca dos artigos, detectou-se uma produção de nove publicações que levaram em consideração as representações sociais. Este é um número reduzido em se tratando de uma doença de grande prevalência e socialmente relevante, devido às implicações proporcionadas à saúde pública, sejam elas de ordem física, emocional, laborativa, financeira, entre outras; além disso, essa teoria busca dar visibilidade aos aspectos que envolvem a doença a partir do discurso dos diabéticos.

Inicialmente, os artigos encontrados na busca foram analisados considerando sua distribuição temporal, natureza dos estudos, aporte psicossociológico utilizado e características metodológicas, posteriormente, encontra-se a análise dos eixos temáticos.

Distribuição temporal, natureza dos estudos

Quanto à distribuição temporal constatou-se uma tendência crescente das publicações, embora se perceba uma pausa desde o ano de 2013. No que tange à natureza dos estudos, todos os artigos revistos tratam de estudos empíricos e foram publicados em português. Nesse sentido, observou-se que a literatura internacional tem vislumbrado associar as RS com outras teorias, a saber, identidade social, autoeficácia, ajustamento emocional e até mesmo utilizando as representações da doença como preditor do controle glicêmico (AMORIM et al., 2014; NOUWEN et al. 2009).

Tabela – Síntese dos artigos mantidos na revisão sistemática.

Autores/ano	Objetivos	Aporte psicossociológico	Aporte metodológico	Eixo temático	Principais resultados
Mantovani et al. (2013)	Investigar a representação social dos termos “diabete” e “pe diabete” em diferentes populações. Os participantes foram divididos em grupos: diabético (GD); não-diabético (GN); e profissional da área da saúde não diabético (GP).	Abordagem Estrutural	-Abordagem quantitativa -IATP ⁴ “diabetes e pe diabete” -Software Ensemble de Programmes Permettant l’Analyse des Evocations. 161 sujeitos, sendo GD (n = 72); GN (n = 30) e GP (n = 51)	O diabetes e suas definições Consequências do diabetes	O GD representam o diabetes como doença limitadora de atividades da vida diária e da qualidade de vida. O GN e o GP demonstraram uma superficialidade na representação sobre a doença focando apenas nos aspectos nutricionais. Observou-se falta de conhecimento acerca do pe diabético para os GD e GN. Para o GP o pe diabético é limitante e incapacitante.
Ribas, Santos, Zanetti e Zanetti (2013)	Identificar as representações sociais de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 sobre o atendimento realizado pelos profissionais de saúde	Abordagem Dimensional	-Abordagem qualitativa. -Entrevista semiestruturada -análise de conteúdo temática 14 pessoas com DM 2	Suporte Social Aspectos nutricionais	O atendimento foi representado tanto na descrença nos profissionais de saúde, quanto na crença da efetividade do atendimento. Os dados indicam que tal representação está calcada no distanciamento do profissional em relação ao contexto psicológico, cultural e social da população.
Ribas, Santos e Zanetti (2011)	Compreender as representações sociais dos alimentos sob a ótica de pessoas com diabetes mellitus tipo 2.	Abordagem Dimensional	-Abordagem qualitativa -Entrevista aberta -análise temática 14 pessoas com DM 2	Aspectos nutricionais	Os resultados apontaram que as categorias “prato cheio”, “pestaradas/jambiscar”, “alimentos para diabetes não tem sabor”, “essas dietas tiram tudo de nós” e “como, até matar a fome” estão ancoradas na categoria central “alimentos para diabetes não sustentam”.
Santos et al (2011)	identificar as representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento	Abordagem Dimensional	-Abordagem qualitativa -Grupo focal -análise temática de conteúdo 41 pessoas com DM	Suporte social	Os resultados possibilitaram identificar três categorias: o apoio da família está presente no cotidiano da pessoa com diabetes, a família nem sempre apoia a pessoa com diabetes em suas necessidades; a própria pessoa com diabetes toma para si a responsabilidade de despertar o apoio da família.

Barsaglini e Canevari (2010)	Analisar os aspectos materiais e simbólicos da alimentação e das dietas envolvidos no gerenciamento do diabetes entre adoecidos usuários de serviços públicos de atenção básica	Não especificou	-Abordagem qualitativa -Entrevistas semiestruturadas -análise temática 28 pessoas com DM1 e 10 familiares	Aspectos nutricionais	Os resultados foram organizados em três temas: -as representações sociais sobre a alimentação, alimentos e dieta alimentar; -as compensações das transgressões alimentares; -a relação de homens e mulheres com a alimentação, os alimentos e as dietas alimentares.
Silva et al (2010)	caracterizar as representações sociais de clientes diabéticos sobre o seu corpo após a amputação e analisar a relação dessas representações para o cuidado de si.	Abordagem Dimensional	-Abordagem qualitativa - associação livre de palavras e a observação livre - análise de conteúdo Temático 20 pessoas com DM1	Consequências do diabetes	O corpo saudável – saúde expressão do viver bem. O corpo trabalho – a partilha e a beateria no cotidiano. O corpo amputado – a limitação ocasionada pela amputação e O corpo amputado e sua relação para o cuidado de si. Torna-se evidente a preocupação em recuperar parte do bem-estar perdido.
Coelho, Silva, & Padilha (2009)	Compreender as representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2.	Não especificou	-Abordagem qualitativa -Entrevistas semiestruturadas 10 pessoas com DM2	Consequências do diabetes	O “pé diabético” é visto como uma doença, na medida em que limita a capacidade natural do pé na locomoção. A representação dos pés obstruída como preocupação, foi ancorada na percepção do risco de desenvolver o pé diabético e as consequências decorrentes deste.
Peres, Franco, Santos e Zanetti (2008)	Identificar as representações sociais de mulheres diabéticas das camadas populares em relação ao processo saúde-doença	Abordagem Dimensional	-Abordagem qualitativa -Entrevistas semiestruturadas -análise temática 8 mulheres com DM2	O diabetes e suas definições	Diabetes está relacionado a sentimentos negativos, o plano alimentar aparece vinculado à perda do prazer e prejuízos à saúde. Relação ambivalente com o uso da medicação, percebido como castigo e como recurso que promove o bem-estar e melhoria da qualidade de vida. A representação negativa dos serviços de saúde parece interferir no comportamento de acesso ao tratamento médico.
Peres, Franco e Santos (2006)	Conhecer os pensamentos, sentimentos e comportamentos em relação à dieta de mulheres portadoras de diabetes tipo 2.	Não especificou	-Abordagem qualitativa -Entrevista semi-estruturada -análise temática de conteúdo 8 mulheres com DM2	Aspectos nutricionais	Os resultados evidenciaram dificuldade no seguimento da dieta prescrita, em função dos diversos significados associados, tais como a perda do prazer de comer e beber, da autonomia e da liberdade para se alimentar.

Fonte: Dados da Pesquisa.

Aporte psicossociológico

Quanto ao aporte teórico utilizado pelos autores, foi observado que dos nove estudos mencionados, 55% optaram por utilizar a teoria das Representações Sociais formulada originalmente por Serge Moscovici; destaca-se entre eles, os estudos de Ribas et al. (2013), Ribas et al. (2011), Santos et al. (2011), Silva et al. (2010) e Pères et al. (2008); apenas 11% fundamentaram-se na teoria do núcleo central de Jean-Claude Abric por exemplo, Mantovani et al. (2013) e os demais 33% não mencionaram, especificamente, qual a abordagem utilizada em seus manuscritos (BARSAGLINI; CANESQUI, 2010; COELHO et al., 2009; PÉRES et al., 2006).

O fato da maioria dos autores optarem pela aplicabilidade da teoria moscoviciano deva-se provavelmente por esta se configurar como a mais utilizada, a nível nacional e internacional. Esta teoria enquanto abordagem psicossociológica trabalha com o pensamento cognitivo e social em seu processo de elaboração, dinâmica e diversidade. Outro aspecto a ser considerado está diretamente relacionado às funções das RS na abordagem dimensional, que são a elaboração de comportamentos e comunicações. Destarte, essas pesquisas buscaram obter subsídios com a finalidade de verificar quais as principais dificuldades relacionadas ao contexto do DM transmitidas via comunicação nesse grupo de pertença, tentando traçar estratégias mais eficazes para o controle metabólico dessas pessoas, principalmente no que se refere aos comportamentos adotados frente à alimentação.

A abordagem estrutural proposta por Abric foi utilizada por Mantovani et al. (2013); a utilização dessa teoria permitiu aos autores verificarem a estrutura das RS por meio dos elementos do núcleo central e os periféricos acerca do diabetes e do pé diabético. Após a leitura dos demais artigos são eles: Barsaglini, Canesqui (2010), Coelho et al. (2009) e Pères et al. (2006), observou-se uma inclinação pelo aporte moscoviciano; supõe-se que ao suprimirem essa informação os leitores entenderiam que estaria se tratando da *grande teoria* das RS.

Características metodológicas

No que diz respeito às metodologias adotadas nos nove estudos selecionados, observou-se que apenas um deles, o de Mantovani et al. (2013), utilizou a abordagem mista ou multimétodos, os

demais artigos (88%) optaram pela utilização exclusiva da abordagem qualitativa. Dessa forma, observa-se que as pesquisas buscaram conhecer o significado ou a explicação do que seja o diabetes e demais aspectos atrelados a essa patologia.

Em termos de delineamento, a maioria dos autores (55%) desenvolveu pesquisas descritivas e/ou exploratórias (RIBAS et al., 2013; SANTOS et al., 2011; RIBAS et al., 2011; PÉRES et al., 2008; PÉRES et al., 2006). Apenas o artigo de Silva et al. (2010) utilizou o estudo de caso, e os demais estudos (33%) não fizeram menção ao delineamento utilizado em suas pesquisas (MANTOVANI et al., 2013; BARSAGLINI; CANESQUI, 2010; COELHO et al., 2009). Tal evidência mostra uma fragilidade na descrição do método.

A especificação da escolha dos participantes foi descrita em apenas 22% dos estudos, trata-se de Ribas et al. (2013) e Ribas et al. (2011), os quais optaram pela amostra por conveniência, os demais não explicitaram acerca desse critério, apesar da descrição da amostra ser um aspecto fundamental em artigos científicos. Quanto ao número de participantes envolvidos nos estudos observou-se variação entre 8 e 161 participantes, embora a maioria não tenha passado de 20 pessoas. Supõe-se que a quantidade estabelecida se deva ao critério adotado frente a metodologia aplicada.

No que concerne aos instrumentos adotados nos estudos revistos, 77% optaram pelo uso da entrevista, dos quais, 55% utilizaram a entrevista semiestruturada, foram eles: Ribas et al. (2013), Barsaglini e Canesqui (2010), Coelho et al. (2009), Péres et al. (2008) e Péres et al. (2006); os demais (22%) aplicaram a entrevista em profundidade (RIBAS et al., 2011, SANTOS et al., 2011). As pesquisas de Mantovani et al. (2013) e Silva et al. (2011) fizeram uso da Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP). Apesar da aplicabilidade do instrumento da entrevista exigirem critério da saturação dos dados, apenas (44%) dos artigos referiram que a utilizaram (RIBAS et al., 2013; RIBAS et al., 2011; PÉRES et al., 2008; PÉRES et al., 2006). O critério de saturação é observado mediante a repetição das informações no material empírico coletado (FONTANELLA; CAMPOS; TURATO, 2008).

A entrevista do tipo aberta ou semiestruturada é um dos instrumentos mais utilizados em pesquisas qualitativas. No geral, observou-se que os estudos utilizaram apenas um instrumento, embora segundo Jodelet (2011) em RS é apropriado a aplicabilidade de dois ou mais instrumentos para apreender o objeto social em estudo, tendo assim maior respaldo metodológico, alguns instrumentos sugeridos são; desenho-estória com tema, diferencial

semântico, colagem de figuras, modelagem em argila, entre outros (COUTINHO; SERAFIM; ARAÚJO, 2011).

Na análise dos dados apenas Mantovani et al. (2013) processaram o material no *software Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Évocations* (EVOC), os demais (88%) optaram pela análise de conteúdo, embora, exista uma gama de possibilidades no que tange à aplicabilidade de programas computacionais que podem ser utilizados em RS como o Alceste, Trideux-Mots, Iramuteq, entre outros (SARAIVA; COUTINHO; MIRANDA, 2011). Apenas o EVOC foi empregado, o que evidencia que os estudos têm investido pouco no uso de *softwares*, resguardando-se ao convencional. Na sequência, apresentar-se-ão os eixos temáticos decorrentes do agrupamento dos conteúdos advindos dos artigos por semelhança de temas investigados detectados por meio da leitura flutuante.

Eixos temáticos contemplados nos estudos

O primeiro eixo temático denominado “Aspectos nutricionais” foi composto por 33% dos estudos que investigaram aspectos relativos à alimentação dos diabéticos (RIBAS et al., 2011; BARSAGLINI; CANESQUI, 2010; PÉRES et al., 2006). O segundo eixo foi intitulado “O diabetes e suas definições” proveniente de 22% dos artigos de Mantovani et al. (2013) e Péres et al. (2008), os quais evidenciaram representações acerca do diabetes e do processo saúde-doença. O terceiro, conceituado de “Apoio do familiar e do profissional da saúde” oriundo de 22% dos artigos, que vislumbraram questões relativas ao atendimento realizado pelos profissionais de saúde e acerca do apoio familiar (RIBAS et al., 2013; SANTOS et al., 2011). E o último, definido como “Consequências do diabetes” resultante de 33% dos estudos os quais estimaram investigar as RS sobre o pé diabético e o corpo após a amputação (MANTOVANI et al., 2013; SILVA et al., 2010; COELHO et al., 2009). Faz-se um adendo que a pesquisa de Mantovani et al. (2013) considerou tanto a RS acerca do conceito do diabetes quanto do pé diabético; portanto, a mesma foi considerada nos dois eixos temáticos, “O diabetes e suas definições” e “Consequências do diabetes”.

Aspectos nutricionais

No que tange ao primeiro eixo mencionado, a alimentação foi alvo de grande visibilidade, demonstrando a importância desta enquanto um dos pilares proeminentes na adesão ao tratamento. Conforme Salehi, Yousefinejad e Pishdad (2012) educar pacientes com o diabetes tipo 2, com foco na reeducação alimentar contribui com o equilíbrio da glicose sanguínea. Ainda conforme o pensamento dos autores mencionados, é possível gerenciar a doença mantendo seis refeições de igual valor calórico divididas em intervalos de três horas.

No estudo de Barsaglini e Canesqui (2010) a alimentação foi expressa como fator provocante do diabetes, além de ser considerada elemento essencial ao seu controle e des controle. A combinação inadequada de alimentos nas formas líquidas e sólidas, compuseram as explicações dos informantes do estudo mencionado acerca das causas do diabetes e da obesidade. Os participantes evidenciaram maior ênfase ao consumo de doces, refletindo intensa dificuldade em deixar de ingeri-los, assim como recusa das restrições alimentares; para esses, a comida valorizada positivamente é a cotidiana composta por arroz, feijão, carnes vermelhas, entre outros. O desejo de comer alimentos doces surgiu bastante forte e muito presente no cotidiano dos diabéticos, refletindo intensa dificuldade em deixar de ingerir doces (BARSAGLINI; CANESQUI, 2010; PÉRES et al., 2006).

Em geral, os participantes assinalam que é o arroz com feijão e carne constitui a base de sua alimentação relatando que os alimentos recomendados pela equipe multiprofissional parecem insuficientes para a manutenção de suas funções vitais. O conceito de estar bem alimentado se encontrou relacionado à quantidade (e não à qualidade) de alimentos consumidos e os sintomas de fraqueza estiveram diretamente relacionados à quantidade de alimentos recomendada pelos profissionais de saúde. Além disso, os alimentos para o diabetes foram representados com base na ausência de sabor e na limitada possibilidade de escolha (RIBAS et al., 2011).

Com base nessa concepção limitadora, a alimentação prescrita passa a ser vista como restrita e insuficiente, podendo provocar debilidade física, reforçando o pensamento veiculado no senso comum da magreza, fraqueza e do ficar amarelo, em oposição à corpulência e à força, que coincidem com a concepção de saúde (BARSAGLINI; CANESQUI, 2010; PÉRES et al., 2006). As restrições alimentares também foram representadas com base nos sinônimos de perdas, do prazer de comer e beber, perda da autonomia para se alimentar na hora em que desejam, assim como a “perda da liberdade” (PÉRES et al., 2006).

Essa categoria de análise remete à compreensão de que a fome é saciada e estabelecida pelos termos culturais, sociais, econômicos e históricos; dessa forma, alimentar-se transpassa de uma necessidade básica do ser humano, mas também, configura-se como um ato social, pois o quanto, o quê, quando, como, onde e com quem se come, são fatores determinados pela cultura e vão além das prescrições e proscricções alimentares (RIBAS et al., 2011).

Desse modo, as proibições de comidas valorizadas e dos doces, que são consumidos nas refeições compartilhadas em determinadas ocasiões festivas, podem acarretar ou serem compreendidas como perdas sociais (BARSAGLINI; CANESQUI, 2010). Por outro lado, existe aquele grupo que transgrediu as restrições alimentares; a esse respeito Ribas et al. (2011) e Pérez et al. (2006) acrescentam que esse comportamento está diretamente relacionado ao aspecto psicológico, advindo de situações estressantes. A pessoa com diabetes pode sentir-se emocionalmente carente, desanimada, insegura, infeliz, nervosa ou ansiosa, o que a leva a buscar compensações nos alimentos pobres em nutrientes, porém com alto teor calórico. Outro fator mencionado foi a resistência em manter antigos hábitos alimentares, que lhes proporcionem prazer e sensação de segurança e também os hábitos contemporâneos que são: realizar refeições em estabelecimentos comerciais, consumo de produtos industrializados, entre outros. O poder aquisitivo também foi citado como um fator que interfere no não seguimento da dieta, devido ao alto custo dos alimentos dietéticos (BARSAGLINI; CANESQUI, 2010; PÉRES et al., 2006).

Por outro lado, percebe-se uma forma mais realista acerca da importância da realização da dieta na busca pelo controle glicêmico, como forma de evitar os sintomas e as complicações provocadas pelo diabetes descompensado, adotando-se estratégias como não comprar ou fazer os alimentos restritos aos diabéticos, ou até mesmo a ingestão de chás caseiros para compensar as transgressões alimentares. Além da alimentação inadequada, outros fatores associados à causa do diabetes foram a hereditariedade e a punição divina, remetendo a Deus a decisão final sobre as condições de saúde, doença e cura (BARSAGLINI; CANESQUI, 2010; PÉRES et al., 2006).

Em suma, notou-se que as RS acerca da alimentação foram consensuais no que diz respeito à valorização da quantidade e dos alimentos cotidianos. Conforme Ribas et al. (2011) e Pérez et al. (2006) os aspectos emocionais são proporcionais às transgressões alimentares, uma vez que o nervosismo, ansiedade, infelicidade entre outros sentimentos negativos levariam os diabéticos a compensarem tais situações em alimentos pobres em nutrientes, porém com alto valor calórico.

O diabetes e suas definições

O segundo eixo “O diabetes e suas definições” foi proveniente de dois artigos (MANTOVANI et al., 2013; PÉRES et al., 2008). O estudo desenvolvido por Mantovani et al. (2013) utilizou três grupos distintos de participantes (Diabéticos, não diabéticos e profissionais de saúde). O primeiro grupo, objetivou a doença em elementos positivos relacionados ao tratamento tais como “cuidar”, “dieta”, “alimentação”, e negativos relativos às consequências da doença; “incurável”, “medo”, “ruim”, “tristeza”, “amputação”, “doce”, “limitação”, “mal-estar”, “preocupação” e “visão”; essas elucidações estão relacionadas às limitações que a doença ocasiona tanto em suas atividades diárias, quanto na qualidade de vida. Quanto aos participantes não diabéticos estes demonstraram superficialidade acerca da doença, resumindo-a ao âmbito das restrições nutricionais, como se observa nas evocações: “açúcar”, “dieta”, “doce”, “alimentação” e “cuidar”. O terceiro grupo, constituído pelos profissionais da saúde, representou o diabetes pautado em suas limitações nutricionais e consequências por meio dos elementos “açúcar”, “alimentação”, “doce”, “obesidade”, “cegueira”, “dieta”, “fome” e “insulina”, apontando superficialidade e distanciamento da vivência do diabetes (MANTOVANI et al., 2013).

O segundo estudo desenvolvido por Péres et al. (2008), em uma amostra de mulheres diabéticas das camadas populares, os resultados apontaram que o diabetes emergiu atrelado a sentimentos negativos tais como “tristeza”, “raiva”, “revolta” e “choque”, ancorado na esfera psicoafetiva. Resultados semelhantes foram corroborados por Costa e Coutinho (2016) ao identificarem o diabetes associado a repercussões emocionais vinculadas especialmente à tristeza, à depressão, ao choro, ao sofrimento, tais sentimentos podem ter implicação direta no convívio e tratamento da doença.

Além disso, seguir o plano alimentar recomendado foi visto como sinônimo de perdas, principalmente, a da liberdade de escolha dos alimentos. A atividade física não foi mencionada por esse grupo de pertença. Essas participantes, também elaboraram uma representação negativa dos serviços de saúde o que parece interferir no comportamento de adesão ao tratamento medicamentoso, uma vez que a aceitação e o uso da medicação estão ligados à crença no médico e nos serviços de saúde, como também à crença de que tomar remédio é cansativo e aos sentimentos disfóricos relacionados ao uso da insulina (PÉRES et al., 2008).

Nesse artigo, os autores mencionam que a questão cultural, o conhecimento, as representações da doença e os valores, influenciam diretamente no comportamento alimentar. A situação financeira, também foi considerada, mas não constituiu um fator determinante das dificuldades no seguimento dos padrões alimentares adequados. O paciente pode ter recursos financeiros escassos e ainda assim selecionar alimentos que contribuem para a melhora de seu controle metabólico. Evidencia-se, dessa forma, que o comportamento alimentar é complexo e precisa ser compreendido por uma conjugação de saberes interdisciplinares, englobando os seus aspectos biológicos, sociais, culturais, ambientais, psicológicos e econômicos, sobretudo com pessoas que têm pouco acesso às informações, tal como ocorre com as mulheres das camadas populares, focalizadas por esse estudo.

Em suma, os dois artigos remetem a resultados consensuais no que tange aos aspectos nutricionais e emocionais relacionados ao diabetes. Quanto às RS dos profissionais da saúde foram objetivadas em termos técnicos demonstrando distanciamento da vivência do diabetes, respaldados nas limitações nutricionais e no tratamento.

Apoio do familiar e do profissional da saúde

O terceiro eixo denominado de “Apoio do familiar e do profissional da saúde” foi oriundo de dois artigos, um acerca das RS do apoio familiar desenvolvido por Santos et al. (2011) e o segundo sobre o atendimento realizado pelos profissionais de saúde (RIBAS et al., 2013). O primeiro foi analisado por meio de três categorias: (i) “o apoio da família está presente no cotidiano da pessoa com DM”, (ii) “a família nem sempre apoia a pessoa com DM em suas necessidades” e (iii) “a própria pessoa com DM toma para si a responsabilidade de despertar o apoio da família”.

No que se refere ao apoio da família as RS foram polissêmicas, nesse direcionamento, a família assume dois papéis: o papel alicerçado na noção de um controle coercitivo e punitivo, no qual é retirado do diabético sua autonomia, e o controle representado como cuidado, zelo e proteção em relação à saúde do ente querido (SANTOS et al., 2011). Ainda segundo estes autores, quando o controle é exercido com muito rigor por terceiros, principalmente no que tange à alimentação, pode suscitar reações emocionais negativas como raiva e revolta. Para eles, o controle exercido de forma impositiva e recorrente não funciona como um fator de autocuidado,

pois ao se verem confrontados em suas vivências diárias com sucessivas imposições, podem desencadear no paciente sentimentos de inferioridade dificultando a adesão do tratamento.

A segunda categoria “a família nem sempre apoia a pessoa com DM em suas necessidades”, remete a que a falta de apoio que pode desencadear sentimentos de abandono, desamparo e solidão, quando cristalizados predis põem ao desenvolvimento de sintomas depressivos, baixa autoestima, desânimo, desesperança e baixa expectativa frente ao futuro.

No que concerne à terceira categoria “a própria pessoa com diabetes mellitus toma para si a responsabilidade de despertar o apoio da família”. Nessa categoria se observou a partição de duas subcategorias: a dependência e a autonomia. Na primeira, a pessoa com DM possui a expectativa de que é a partir da família que vão ocorrer as mudanças. E na segunda, é ela própria quem se responsabiliza por fazer as mudanças acontecerem no contexto familiar. Nesse último caso, o paciente se percebe como agente da própria mudança e se apropria de um lugar de potência e responsabilização para com seu autocuidado em relação ao tratamento (SANTOS et al., 2011).

O segundo estudo contido nesse eixo foi o de Ribas et al. (2013), o qual aborda as RS acerca do atendimento realizado pelos profissionais de saúde. Nesse artigo, as representações foram conduzidas por dois direcionamentos: (i) na descrença do atendimento dos profissionais de saúde, enfatizando que as orientações desses profissionais não funcionam, e (ii) na crença da efetividade do atendimento dos profissionais.

Conforme o primeiro posicionamento, as RS dos participantes foram respaldadas em forte valoração negativa acerca do atendimento, conduzindo-os ao descrédito nas recomendações prescritas. Na prescrição da dieta, os mesmos alegam a insuficiência na quantidade de alimentos recomendada para suprir suas necessidades, gerando efeitos indesejáveis como fraqueza, transpiração e tontura. Outro aspecto negligenciado por parte dos participantes foi o desinteresse na verificação regular da glicemia capilar no domicílio.

No segundo posicionamento, crença na efetividade do atendimento dos profissionais de saúde, o discurso desse grupo foi pautado na representação do atendimento oferecido pelos profissionais com valoração positiva, o que fortalece a confiança e favorece uma atitude de gratidão e reconhecimento pelas orientações recebidas, assumindo por parte do paciente sua parcela de responsabilidade pela não adoção de medidas que poderiam favorecer um melhor controle metabólico (RIBAS et al., 2013).

Conforme o conteúdo analisado proveniente desse estudo observou-se que quando o paciente não acredita nas atitudes e orientações preconizadas pelo profissional ele dificilmente adota os comportamentos esperados, que indicariam o cumprimento do plano terapêutico. O fato de haver uma hierarquização do saber produz o distanciamento entre os saberes científico e popular, o que pode gerar dificuldades de acesso às informações por parte dos pacientes.

Observa-se que nesses dois estudos que constituíram o eixo “Apoio do familiar e do profissional da saúde” as RS consensuais contidas nesses dois grupos tanto podem contribuir para o engajamento da adesão ao tratamento, como podem interferir e até serem motivos para atitudes contrárias, como é o caso da superproteção no que tange aos familiares e à falta de credibilidade por parte da equipe médica.

Consequências do Diabetes Mellitus

O último eixo foi relativo às consequências do DM, resultante dos artigos de Mantovani et al. (2013), Silva et al. (2010) e Coelho et al. (2009), os quais apreenderam as RS sobre o pé diabético e corpo após a amputação.

No estudo de Silva et al. (2010), o corpo foi representado de uma forma saudável e amputado. A saúde como expressão de viver bem, independência, liberdade e autonomia, percebeu-se que a saúde é responsável pelo bem-estar, felicidade e qualidade de vida. O corpo amputado causa uma mudança permanente na aparência e autoimagem do indivíduo. Quando a “deficiência” do corpo é decorrente de alguma patologia o impacto causado pela intervenção cirúrgica (amputação) no paciente é significativo, pois este enfrenta dificuldades em virtude de alterações da imagem corporal, as quais provocam mudanças psicológicas, sociais, afetivas e econômicas. A RS da amputação foi vinculada a sentimentos de cunho negativo, sendo percebida como uma forma de mutilação, limitação, dependência e deficiência.

Quanto aos estudos desenvolvidos por Mantovani et al. (2013) e Coelho et al. (2009), respectivamente, os autores abordaram as RS do pé diabético e da amputação com grupos de diabéticos, não diabéticos e profissionais. Os resultados provenientes dos dois primeiros grupos apontaram para representações objetivadas no “desconhecimento do assunto”, “dor”, “medo”, “sensibilidade” e “cuidar”. Também foram visualizadas evocações relacionadas às rotinas hospitalares de atenção terciária as quais refletiram a severa gravidade dos casos que chegam aos

centros de atendimento, tais como: “cicatrização”, “ferida”, “amputação” e “morte”, demonstrando pouco investimento no nível primário de atendimento à saúde (focado na prevenção). Outras representações relativas às consequências da doença foram: “infecção”, “necrose”, “odor” e “curativo”, elaboradas pelo grupo de profissionais da saúde.

Nesse eixo, consequências do diabetes, o “pé diabético” foi representado como uma doença que limita a capacidade de locomoção. Observou-se também que as representações influenciam sobre a efetiva atenção com os pés, pois a falta de informação negligencia a necessidade do cuidado, sendo este um importante fator para a prevenção e recuperação de incapacidades (MANTOVANI et al., 2013; COELHO et al., 2009).

O fato de as pessoas vítimas da amputação dependerem da família até para as atividades mais simples gera um sentimento de inutilidade e até mesmo rejeição do próprio corpo. As representações sociais dos depoentes em relação ao corpo amputado vinculando este à doença demonstram angústia e isolamento social, em decorrência da diminuída qualidade de vida e consequentemente da saúde (MANTOVANI et al., 2013).

As representações de saúde e doença sempre estiveram vinculadas pela inter-relação entre os corpos humanos e aos eventos que os cercam. Conforme os resultados dos estudos agrupados neste eixo, detectou-se que a negligência do cuidar de si antes da cirurgia de amputação é um fator primordial; entretanto, esse cuidar só se torna consciente após a cirurgia. Dessa forma, o cuidar de si passa a ser visto como fundamental para os indivíduos quando estes estão doentes. Pois quando estão saudáveis ou relativamente bem não se importam com seus corpos, deixando de lado o contínuo ato do cuidar de si (MANTOVANI et al., 2013; COELHO et al., 2009).

De acordo com Coelho et al. (2009) a falta desse cuidado pode ser estimulada pelo sentimento de culpa e modificar-se em cuidado. Esse aspecto aponta para a relevância da valorização social do sujeito, pois é nesse domínio que se constrói o saber sobre a doença do pé diabético, seja por informações técnico-científicas, pelo convívio com outros sujeitos ou por outras influências do seu ambiente social; dessa forma, ele também elabora a representação dos cuidados necessários.

De modo geral, as RS do pé diabético foram consensuais no que diz respeito ao conhecimento biomédico acerca da doença, reforçando as características físicas da mesma. A representação do não cuidado respaldado no sentimento de culpa se coaduna com a negligência na atenção primária do diabetes.

Aspectos gerais da revisão sistemática

No que tange aos conflitos de interesses, conforme Zoltowski et al. (2014) são as fontes provedoras de financiamento e suporte para a realização da pesquisa que podem ser diretas ou indiretas. A esse respeito se pôde verificar que a maioria dos artigos (55%) não relataram as fontes de subsídio para a realização das mesmas, podendo-se inferir que tenham sido por financiamento próprio (MANTOVANI et al., 2013; RIBAS et al., 2011; SANTOS et al., 2011; SILVA et al., 2010; PÉRES et al., 2008). Os demais apontaram o suporte financeiro, nesse caso, os estudos de Ribas et al. (2013), Barsaglini e Canesqui (2010) e Coelho et al. (2009), obtiveram a ajuda de custo do CNPQ e Péres et al. (2006) da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp).

Em relação ao estrato dos periódicos, conforme o Qualis Capes verificou-se que a maioria dos artigos (77%) foi publicada em revistas com Qualis A, sendo 55% em A2 e 22% com Qualis B1. No geral, os artigos foram publicados nas revistas de maiores estratos conforme o Qualis da Capes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o objetivo principal de desenvolver uma revisão sistemática da literatura sobre a doença do Diabetes Mellitus (DM) numa abordagem psicossociológica, o presente capítulo permitiu identificar com base nos nove artigos revistos, que as principais temáticas estudadas foram acerca dos “Aspectos Nutricionais”; “O diabetes e suas Definições”; “Apoio do familiar e do profissional da saúde” e as “Consequências do Diabetes”. Observou-se, que a maioria dos artigos (66%) investigou igualmente RS acerca da alimentação e das consequências do diabetes, o que demonstrou maior preocupação ou interesse por parte dos pesquisadores nessas temáticas.

Visualizou-se que as RS acerca da alimentação foram consensuais no que diz respeito à valorização da quantidade dos alimentos cotidianos e da dificuldade de excluir os doces. O fator emocional se configurou como principal elemento relacionado às transgressões alimentares, além disso, o pé diabético foi visto como algo negativo e ligado à falta de cuidados na saúde primária.

No que tange às atitudes dos familiares e dos profissionais de saúde observou-se que a superproteção e a falta de credibilidade na equipe médica podem interferir diretamente no engajamento da adesão ao tratamento.

Com base nos artigos revistos e considerando que o tratamento para o diabetes inclui a tríade da ingestão de medicamentos, reeducação alimentar e engajamento em atividades físicas, destaca-se que apesar dessa prática ser fundamental para a terapêutica, esse aspecto não foi contemplado nos artigos; nesse caso, infere-se que os diabéticos ainda não dão a devida importância aos benefícios que essa atividade pode lhes proporcionar.

Em suma, ponderando que uma das funções das representações sociais é servir de guia para ação, nesse caso, a maneira como as pessoas expressam seus sentimentos podem direcionar seus comportamentos, no caso desse estudo, relacionados à saúde, dessa forma, destaca-se a importância do acompanhamento psicológico para as pessoas com diabetes, no sentido de melhor compreenderem seus sentimentos frente as restrições decorrentes da doença e tratamento. De igual modo, espera-se que os resultados contribuam para maior visibilidade aos cuidados da saúde primária frente ao diabetes.

Por fim, é necessário ponderar sobre algumas das limitações deste estudo, a exemplo da seleção das bases de dados relacionadas as áreas da saúde e da psicologia, uma vez que nem todas as publicações em RS no contexto do diabetes encontrem-se em periódicos exclusivos dessas áreas. Contudo, tais limitações não invalidam os achados previamente descritos, que no geral evidenciaram que além das implicações fisiológicas e sociais, o diabético necessita de maior atenção no âmbito psicológico. No que se refere à aplicabilidade deste estudo, espera-se que os resultados encontrados possam auxiliar futuras investigações.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ângela Maria de Oliveira. Abordagem societal das representações sociais. **Sociedade e estado**, v. 24, n. 3, p. 713-737, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/se/v24n3/05.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2016.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION [ADA]. **Diabetes mellitus**, 2016. Disponível em <<http://www.diabetes.org/are-you-at-risk/prediabetes/?loc=superfooter>>. Acesso em: 01 dez. 2016.

AMORIM, Maria Marta Amancio et al. Identity representations of people with diabetes. **Qualitative health research**, v. 24, n. 7, p. 913-922, 2014. Disponível em <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049732314539577>>. Acesso em: 01 dez. 2016.

BARSAGLINI, Reni Aparecida; CANESQUI, Ana Maria. A alimentação e a dieta alimentar no gerenciamento da condição crônica do diabetes. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 4, p. 919-932, 2010. Disponível em <<http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/90983>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

CHAVES, Antônio M.; SILVA, Priscila L. Representações sociais. In: TORRES, Ana Raquel Rosas et al. (Orgs.). **Psicologia social: temas e teorias**. Brasília: Technopolitik, p. 299- 349, 2013.

COELHO, Maria Seloi; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira; PADILHA, Maria Itayra Souza. Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 1, p. 65-71, 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reusp/article/view/40327>>. Acesso em: 05 mai 2017.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima; SÁ-SERAFIM, Roseane Christhina da Nova Sá Serafim; ARAÚJO, Lidiane Silva. A aplicabilidade do desenho-estória com tema no campo da pesquisa. In: COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E. R. A. (Orgs.). **Métodos de pesquisa em psicologia social perspectivas qualitativas e quantitativas**. João Pessoa, PB: Editora Universitária, p. 205- 250, 2011.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima. **Depressão infantil e representações sociais**. 2 ed. João Pessoa: Editora Universitária/ UFPB, 2005.

FONTANELLA, Bruno JOSÉ BARCELLOS; Ricas, JANETE; Turato; EGBERTO Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 05 mai 2017.

GOMES, Isabelle Sena; CAMINHA, Iraquitant de Oliveira. Guia para estudos de revisão sistemática: uma opção metodológica para as Ciências do Movimento Humano. **Movimento**, v. 20, n. 1, p. 395-411, 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufg.br/Movimento/article/viewFile/41542/28358>>. Acesso em: 05 mai 2017.

HERZLICH, Claudine. Problemática da representação social e sua utilidade no campo da saúde. **Physis**, v. 15, p. 57-70, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a04.pdf>>. Acesso em: 05 mai 2017.

INTERNACIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **Diabetes mellitus**, 2016. Disponível em <<http://www.idf.org>>. Acesso em: 15 de nov. 2016.

JODELET, Denise. Representações Sociais: Um domínio em expansão. In: DENISE Jodelet (Org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro, RJ: UERJ, p.17-44, 2011.

MANTOVANI, Amarin et al. Estudo comparativo das representações sociais sobre diabetes mellitus e pé diabético. **Cadernos em Saúde Pública**, v. 29, n. 12, p. 2427-2435, 2013. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/109528>>. Acesso em: 17 de nov. 2016.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais: Investigações em psicologia social**. 7 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

NOUWEN, Arie et al. Comparison of the role of self-efficacy and illness representations in relation to dietary self-care and diabetes distress in adolescents with type 1 diabetes. **Psychology and Health**, v. 2, n. 9, p. 1071-1084, 2009.

PÉRES, Denise Siqueira; FRANCO, Laércio Joel; SANTOS, Manoel Antônio. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 310-317, 2006.

PÉRES, Denise Siqueira; FRANCO, Laércio Joel; SANTOS, Manoel Antônio; ZANETTI, Maria Lúcia. Representações sociais de mulheres diabéticas, de camadas populares, em Relação ao processo saúde-doença. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 16, n. 3, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/16967>>. Acesso em: 05 Mai 2017.

RIBAS, Camila Rezende Pimental; SANTOS, Manuel Antônio; ZANETTI, Maria Lúcia Representações sociais dos alimentos sob a ótica de pessoas com diabetes mellitus. **Revista Interamericana de Psicologia**, v.45, n. 2, p. 255-262, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28422741016>>. Acesso em: 05 Mai 2017.

RIBAS, Camila Rezende Pimental; SANTOS, Manuel Antônio; ZANETTI, Ana Carolina Guidorizzi; ZANETTI, Maria Lúcia. Representações sociais de pacientes com diabetes mellitus sobre o atendimento por profissionais de saúde. **Revista Psico**, v. 44, n. 1, p. 139-149, 2013.

SÁ, Celso Pereira. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro, RJ: ed. UERJ, 1998.

SALEHI, Musa; YOUSEFINEJAD, Abbas; PISHDAD, Gholamreza. The effect of a diet education with six iso-caloric meals on the body weight and blood glucose of diabetes type 2 patients. **Food Science and Technology (Campinas)**, v. 32, n. 2, p. 329-333, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=395940335018>>. Acesso em: 05 Mai 2017.

SANTOS, Manoel Antônio et al. Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, v. 45, n.3, p. 651-658. 2011.

SARAIVA, Evelyn R A; COUTINHO, M. P. L.; MIRANDA, R. S. O emprego do Software Alceste e o desenvolvimento do mundo lexical em pesquisa documental. In: COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E. R. A. (Orgs.). **Métodos de pesquisa em psicologia social perspectivas qualitativas e quantitativas**. João Pessoa, PB: Editora Universitária, p. 67-94, 2011.

SILVA, Sílvia Éder Dias et al. Meu corpo dependente: representações sociais de pacientes diabéticos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 3, p. 404-409, 2010.

STUHLER, G. D. **Representações sociais e adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 2**. 2012. 191f. Tese de Doutorado - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina. Disponível em: <<http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/96444>>. Acesso em: 05 Mai 2017.

ZOLTOWSKI, Ana Paula Couto et al. Qualidade metodológica das revisões sistemáticas em periódicos de psicologia brasileiros. **Psicologia: teoria e Pesquisa**, v. 30, n. 1, p. 97-104, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v30n1/12.pdf>>. Acesso em: 05 Mai 2017.

CAPÍTULO 3 – VITILIGO: DO “NEM TE LIGO” À EXPERIÊNCIA TERAPÊUTICA PROMOVIDA PELA PSICODERMATOLOGIA

Emerson Do Bú

Maria da Penha de Lima Coutinho

INTRODUÇÃO

O Vitiligo constitui-se como uma afecção de etiologia complexa, que atinge cerca de 0,5 a 2% da população mundial, caracterizando-se por provocar a despigmentação da pele, com formação de acromias, oriundas da redução e/ou perda de função dos melanócitos. Mesmo não afetando biologicamente a sobrevivência de quem o possui, pode causar expressivo dano estético, conduzindo o indivíduo ao estresse psicológico, aflição emocional, além de provocar implicações psicossociais, como estigma, preconceito e discriminação, resultantes da exposição das máculas esbranquiçadas. Neste sentido, intentando-se ampliar a compreensão do Vitiligo, com foco em seus aspectos biológicos, emocionais e sociais, por meio do diálogo entre a Psicologia, especificadamente a Psicologia da Saúde, e a Dermatologia, objetiva-se apresentar no presente capítulo, o estado da arte acerca de intervenções orientadas pelo referencial teórico da Psicodermatologia a pessoas que possuem Vitiligo.

Aspectos sócio-históricos do Vitiligo e sua caracterização

A pele, a partir da perspectiva teórica biológica, configura-se como um sistema epitelial que tem como uma de suas principais funções delimitar, isolando estruturas internas do corpo do ambiente externo (MONTAGU, 1988). Dessa forma, graças à sua estrutura complexa, a pele pode ser entendida como uma fronteira mediadora entre o organismo e ambiente (HARRIS, 2003). Constituindo-se assim, como principal meio de contato do indivíduo com o mundo, e se não o principal, certamente o primeiro (VOLICH, 2000; WINNICOTT, 1983).

Já em uma compreensão simbólica, pode-se pensar a pele como um elemento figurativo, que exerce uma função mediadora na relação intersubjetiva do indivíduo em sua totalidade e o contexto social ao qual está inserido (ANDRADE et al., 2016; MÜLLER; RAMOS, 2004;

SZABO; BRANDÃO, 2016). Compreende-se dessa forma, que a imagem do corpo expressa através da pele, quando processada cognitivamente, deixa de ser apenas signo ao se tornar linguagem correspondente de uma situação/interação social (MOSCOVICI, 2011).

Sabe-se que muitas doenças acometem a pele, como o Vitiligo, afecção que atinge cerca de 0,5 a 2% da população mundial, caracterizando-se por provocar a despigmentação da pele, com formação de máculas esbranquiçadas, resultantes da redução e/ou perda de função dos melanócitos (células responsáveis pela produção de melanina) (BELLETE; PROSE, 2005; EZZEDINE et al., 2015; ROSA; NATALI, 2009; SCHWARTZ; SEPÚLVEDA; QUINTANA, 2009).

Os dados que fazem menção ao Vitiligo remontam um século e meio antes de Cristo. Sendo assim, desde a antiguidade este é um objeto de observação e investigação. A literatura que retrata questões históricas acerca dos primeiros pesquisadores e estudos sobre a doença, consensualmente, indica que Celsus (médico romano que viveu por volta do século II d.C.) fora um dos primeiros a utilizar a terminologia Vitiligo para referir-se a afecção (MÜLLER; RAMOS, 2004; ROSA; NATALI, 2009; SACRAMENTO, 2012; SCHWARTZ; SEPÚLVEDA; QUINTANA, 2009).

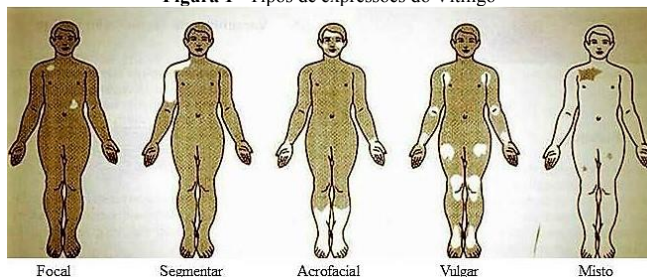
Ao longo da história, também verifica-se que muito confundiu-se o Vitiligo com outras afecções de pele, como por exemplo a lepra. De acordo com Muller (2005), estudos realizados por dermatologistas dos Estados Unidos na década de 1960, que visavam esclarecer o termo “manchas brancas” apresentado na bíblia, identificaram que a definição dada, em alguns momentos para lepra, parece aproximar-se da caracterização do Vitiligo, como a presença de pelos brancos nas regiões de pele atingidas pela afecção: “O homem, cuja pele e carne aparece cor diversa [...] será levado ao sacerdote. Este vendo a lepra, os pelos mudados em cor branca e o lugar onde aparece a lepra [...] separará o homem da comunidade” (Lv. 13,12). Isto indica que a doença esteve associada a uma conotação negativa.

Verifica-se, desse modo, as implicações psicossociais para as pessoas que possuem Vitiligo, que lidam com o preconceito e exclusão desde o passado em sua dinâmica social. Isso torna-se agravante, pois segundo Harris (2003) a saúde psicossocial do indivíduo depende da aparência que apresenta e, consecutivamente, da aceitação instintiva das características de sua pele pelos demais componentes do grupo social (SANT’ANNA et al., 2003; MATTOO et al., 2001; OLIVEIRA et al., 2012).

No que refere-se a sua etiologia, ressalta-se que esta é complexa e que não há um consenso na literatura sobre o desencadeamento e progressão do Vitiligo (DIAS, 2007; SILVA et al., 2011), não sabendo-se assim, a causa e um tratamento eficaz e válido para todas as pessoas que possuem a doença. Algumas teorias que versam sobre o tema, incluem a presença de auto anticorpos; a participação de células T citotóxicas; a "autodestruição" dos melanócitos por produtos intermediários da melanogênese; defeitos intrínsecos e extrínsecos dos próprios melanócitos ou da unidade epidermo-melânica; fatores de cunho emocional, como estresse e ansiedade; além de prováveis alterações nas terminações nervosas da pessoa que possui Vitiligo (ANTELO; FILGUEIRA; CUNHA, 2008; CORREIA; BORLOTI, 2012; NOGUEIRA et al., 2009; ROSA; NATALI, 2009; SILVA et al., 2011; STEINER et al., 2004).

O Vitiligo pode manifestar-se de forma localizada ou generalizada/universal e seu diagnóstico ocorre por meio de exames clínicos ou de biópsias. Quando localizado, subdivide-se em focal, podendo expressar-se em uma área específica do corpo, ou segmentar, caracterizando-se pela marcação unilateral do corpo. Em casos de manifestação generalizada, o Vitiligo pode ser acrofacial, com presença de acromias na parte distal das extremidades e face, assim como, vulgar (máculas acrómicas de distribuição aleatória) e misto (acrofacial e vulgar) (BONOTIS et al., 2015; ISSA, 2003; SAMPAIO; RIVITTI, 1998).

Figura 1 –Tipos de expressões do Vitiligo



Fonte: Google Imagens¹

Segundo Nogueira et al. (2009) o Vitiligo apresenta-se como uma das dermatoses mais intrigantes que existem, uma vez que se desenvolve de maneira assintomática e não apresenta

¹ Disponível em: <<http://aline-vitiligo.blogspot.com.br/2009/12/7-tipos-de-vitiligo.html>> Acesso em maio. 2017.

adversidades que afetem a sobrevivência dos que há possuem. Por suposto, isto parece provocar, ocasionalmente, um comportamento médico de apatia ao aspecto mais grave da afecção, que é o psicológico e emocional do indivíduo, atendo-se a procedimentos terapêuticos voltados ao uso de pomadas, loções e/ou de ingestão de medicamentos, quando não, se desestimulando o paciente que busca tratamento, afirmando-se que é “apenas” estético. Desta forma, se percebe uma terapêutica médica focada em aspectos orgânicos da doença, indicando-se a pessoa que possui Vitiligo o tratamento do “nem te ligo” (DO BÚ; SCARDUA, 2017; NOGUEIRA et al., 2009; SACRAMENTO, 2012).

Esta indicação biomédica é recebida de forma dolorosa pela pessoa que possui a afecção, pois tem seu sofrimento desqualificado por aquele que o devia acolher, afetando diretamente aspectos da qualidade de vida do indivíduo, como por exemplo sua autoestima (CORREIA; BORLOTI, 2012; DO BÚ; SCARDUA, 2017; ROSA; NATALI, 2009; SILVA et al., 2011). Consensualmente na literatura, entende-se que o Vitiligo realmente apresenta-se de forma assintomática na dimensão físico-orgânica do paciente (STEINER et al., 2004). Não obstante, entende-se que as marcas circunscritas pelas manchas esbranquiçadas, favorecem ao sujeito experiências subjetivas e intersubjetivas de estranhamento, causadas pela visibilidade do diagnóstico (CORREIA; BORLOTI, 2012; DIAS, 2007; FIROOZ, 2004; SACRAMENTO, 2012). Nesse sentido, os indivíduos que possuem Vitiligo são estigmatizados em relação daqueles cuja a pele não encontra-se nitidamente alterada (CORREIA; BORLOTI, 2012; DO BÚ; SCARDUA, 2017).

Destarte, considerando-se a participação de fatores biológicos, psicológicos e sociais no desencadeamento e progressão de doenças de pele, nota-se o desenvolvimento de pesquisas que buscam refletir sobre o tema a partir do referencial teórico-prático de dois núcleos de saber, a Psicologia e Dermatologia. Nesse sentido, bidireccionalmente, firma-se um campo de saber denominado de Psicodermatologia. Através dessa perspectiva, compreende-se o ser humano para além do dualismo psique/corpo, levando-se em conta também os aspectos sociais do adoecimento (LUDWING et al., 2008; MÜLLER; RAMOS, 2004; SANT’ANNA et al., 2003; SILVA; CASTOLDI; KIJNER, 2011; WALKER, PAPADOPOULOS, 2005). No que tange especificamente ao Vitiligo, alguns tratamentos orientados pelo referencial da Psicodermatologia tem encontrado como resultado a regressão das manchas ou até mesmo sua estagnação (MÜLLER; RAMOS, 2004; SANT’ANNA et al., 2003; SILVA; CASTOLDI; KIJNER, 2011).

Considerando-se esta complexidade e a importância de conhecer a problemática de forma ampla e integrada, o presente estudo intenta apresentar o estado da arte acerca de intervenções orientadas pelo referencial teórico da Psicodermatologia a pessoas que possuem Vitiligo. Trata-se pois, de uma revisão sistemática de estudos desenvolvidos acerca da temática anteriormente exposta no âmbito nacional, em que utilizou-se os descritores: “Vitiligo and Psicodermatologia”, assim como, “Vitiligo and Psicologia and Dermatologia”.

Consultou-se, para tanto, as seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), IBECs, Scielo (Scientific Electronic Library Online) e Pepsic (Periódicos Eletrônicos em Psicologia). Destaca-se que as bases de dados LILACS, MEDLINE e IBECs estão agrupadas no mesmo grupo em função de terem sido buscadas conjuntamente na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Considerou-se como critérios de refinamento: estudos que foram publicados nos anos de 2000 a 2017; que apresentassem conteúdo completo para acesso; e, estudos desenvolvidos no âmbito nacional. Excluiu-se ainda, textos coincidentes e que não fizessem referência direta ao tema.

Dos 29 estudos encontrados na faixa etária de tempo anteriormente exposta, apenas quatro apresentaram conteúdo completo para acesso e relacionavam-se a temática do presente capítulo. Torna-se importante justificar o número de estudos ora incluídos, uma vez que, de forma ampla, as pesquisas recuperadas a partir da busca realizada, relacionavam-se ou a etiologia da doença, com prevalência de ancoragem no saber biomédico, ou a revisões da literatura sobre o que tem-se publicado sobre a afecção. Não atendendo aos critérios de refinamento previamente estabelecidos.

Vitiligo e intervenções Psicodermatológicas

Associando-se o Vitiligo a aspectos biopsicossociais do indivíduo e com propostas de intervenções Psicodermatológicas, verifica-se que ainda é incipiente o número de estudos desenvolvidos e publicados no Brasil. Dá-se ênfase na literatura assim, a necessidade de um atendimento holístico ao paciente com Vitiligo, ou seja, que considere o indivíduo em sua totalidade. Entretanto, poucos resultados de intervenções Psicodermatológicas mostram-se disponíveis com direcionamentos de como isso fora/pode ser feito.

Serão apresentados a seguir, visando uma melhor compreensão do leitor, os principais achados da revisão realizada, destacando-se as estratégias terapêuticas utilizadas.

Quadro 1 – Dados acerca de autores, ano de publicação, campos de saberes, principal tipo de intervenção e número de intervenções.

Autor	Ano	Campo de saber	Tipo de intervenção	Número de intervenções
Sant' Anna et al.	2003	Psicologia	Psicoterapia individual	9
Müller e Ramos	2004	Psicologia	Psicoterapia individual e grupal de orientação psicanalítica	24
Menezes, López e Delvan	2010	Psicologia	Psicoterapia individual de orientação psicanalítica infantil	Não específica o número de sessões
Silva, Castoldi e Kijner	2011	Psicologia	Psicoterapia grupal	14

Fonte: Dados da pesquisa.

O estudo de caso realizado por Sant'Anna et al. (2003), junto a uma senhora de 43 anos, portadora de Vitiligo há 16, que teve o surgimento do Vitiligo associado a um repertório de experiências emocionais estressoras, como a morte do irmão e a repressão de sentimentos, apresenta uma das primeiras intervenções que consideram dois núcleos de saber, a Psicologia e Dermatologia, encontradas no recorte de tempo proposto para inclusão de estudos neste capítulo. A intervenção, que considerou aspectos integrais da paciente, se deu através de uma técnica terapêutica intitulada de jogo de areia, predominantemente não-verbal, criada pela analista junguiana Dora Kalf, na década de 1950, na Suíça, em que o paciente é convidado a construir personagens e histórias sobre estes através da manipulação da areia, tendo neste processo a possibilidade de externar conflitos intrapsíquicos, ao passo que o psicólogo coleta informações e direciona os focos de intervenções.

Desse modo, ao longo de nove sessões interventivas a referida paciente pôde expressar, reconhecer e elaborar os conflitos subjetivos em uma dimensão concreta e segura por meio do jogo. Apesar da curta duração do processo, apresenta-se no relato que fora possível observar a mobilização de recursos psicológicos que repercutiram na dinâmica dos relacionamentos interpessoais da senhora, o que posteriormente sugere-se ter contribuído para a estabilização do Vitiligo (SANT'ANNA et al., 2003). Ressalta-se que não há no relato quais foram as estratégias utilizadas pela dermatologista que acompanhou o caso, apenas indicando-se que houvera um direcionamento da paciente a psicoterapia, sugerindo-se que o quadro desta seria de natureza psicossomática.

Müller e Ramos (2004) objetivando perceber se diferentes formas de tratamentos ofertadas trariam resultados divergentes no que tange a regressão e/ou estabilização do Vitiligo, desenvolveram junto a 13 mulheres que possuíam a afecção, intervenções que consideraram não apenas o biológico destas. Para tanto, dividiu-se tais mulheres em 3 grupos: o primeiro e segundo grupo com 5 pessoas cada e o terceiro com apenas 3. Ressalta-se que o primeiro grupo recebera atendimento dermatológico e 24 sessões de intervenções psicoterápicas individuais; o segundo, além do tratamento dermatológico, fora acompanhado por meio de 24 sessões de psicoterapia grupal; ao passo que o terceiro, apenas recebeu tratamento dermatológico. Destaca-se que as intervenções propostas ocorreram no período de seis meses.

As intervenções psicoterápicas com caráter individual e grupal e, de orientação psicanalítica, foram orientadas por meio da psicoterapia breve, em que buscou-se, através da escuta e de direcionamentos, promover as mulheres (re)significações acerca do possuir Vitiligo. Destaca-se que também fora utilizada a Técnica de Visualização (propõe a disciplina do imaginário mental para um objetivo específico) com orientação para a repigmentação das manchas de Vitiligo (MÜLLER; RAMOS, 2004).

Os resultados demonstraram que o possuir Vitiligo para as pacientes relaciona-se a uma “traição”, pois a doença faz expor o que lhes é mais íntimo, “expõe a qualquer um a dor da alma”, uma vez que o desencadeamento da afecção fora associado por estas a fatores como ansiedade, angústia e estresse oriundos de perdas e/ou após eventos traumáticos. Faz-se importante salientar que a pesquisa desenvolvida por Müller e Ramos (2004) constatou, por meio de exames dermatológicos, que as pacientes que receberam tratamentos simultâneos, oriundos dos campos de saberes da Psicologia e Dermatologia, apresentaram regressão superior de seus

quadros de despigmentação (80%), quando comparados àqueles que apenas receberam tratamento dermatológico (20%). Neste estudo, também não informa-se quais as estratégias terapêuticas utilizadas pelos dermatologistas envolvidos no combate da afecção (MÜLLER; RAMOS, 2004).

O estudo de Menezes, López e Delvan (2010) refere-se a um relato de caso de uma paciente com Vitiligo e alopecia areata universal, em que além do acompanhamento médico (não descrito no estudo) adota-se como conduta o suporte psicoterápico sistemático durante cinco anos. A abordagem terapêutica adotada foi a psicoterapia de orientação psicanalítica infantil, assim como a orientação sistemática aos pais, objetivando o fortalecimento da autoestima e remissão dos sintomas de ansiedade da paciente. Nesse sentido, a partir do apoio psicoterápico, a paciente em questão ressignificou a experiência de ser uma portadora de tais psicodermatoses, demonstrando novas habilidades para lidar com o olhar, por vezes, discriminador e estigmatizante do outro, adaptando-se positivamente a convivência com as referidas afecções.

Por fim, destaca-se as intervenções grupais realizadas por Silva, Castoldi e Kijner (2011), junto a seis pessoas, com idades de 24 e 68 anos, portadores das psicodermatoses: Psoríase e Vitiligo. Tais intervenções foram orientadas pela psicoterapia breve, tendo-se como foco de acompanhamento os afetos e aspectos emocionais envolvidos no adoecimento de pele. Ressalta-se que foram realizados 14 encontros, com frequência semanal, durante três meses, por uma psicóloga e a duração média dos encontros variou em torno de 1 hora e 30 minutos.

Como principais apontamentos do estudo, indica-se que o espaço grupal pôde servir como espelho, possibilitando que os pacientes enxergassem seu interior através do outro, e assim, que mudanças pudessem advir (SILVA; CASTOLDI; KIJNER, 2011). Neste sentido, considera-se que este tipo de intervenção mostra-se importante, uma vez que permite um espaço seguro de expressão de afetos e ressignificação do ser marcado por afecções de pele. No relato feito pelos autores do estudo, indica-se que a apreensão do público das intervenções fora feito em um ambulatório de dermatologia de um hospital, não obstante, não descreve-se quais foram as terapêuticas que os profissionais deste núcleo de saber utilizaram para o acompanhamento dos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que concerne aos achados expostos, destaca-se o empenho dos profissionais da Psicologia no desenvolvimento de estudos de caráter interventivo e com foco na Psicodermatologia, uma vez que todos estes foram conduzidos por psicólogos. Os tipos de intervenções utilizadas por estes profissionais, de maneira consensual, fora a Psicoterapia, sendo esta individual ou grupal, com destaque ao uso de duas técnicas específicas, o jogo de areia e a técnica de visualização, demonstrando-se que diferentes recursos podem ser utilizados neste contexto.

Vale salientar que os estudos encontrados, consensualmente, apresentam a Psicodermatologia como importante e eficaz, não obstante, não informa-se quais procedimentos/estratégias dermatológicas foram utilizadas no acompanhamento das pessoas com Vitiligo, além de não haver nenhum estudo desenvolvido pelo campo de saber da dermatologia (com caráter interventivo) acerca da temática. Isto pode demonstrar a falta de interesse de profissionais da medicina em aspectos psicossociais do adoecimento de pele.

Faz-se necessário assim, problematizar o uso do termo Psicodermatologia nos estudos, pois, embora este campo de saber seja compreendido como uma interlocução entre a psicologia e dermatologia, os estudos recuperados mostram que isso ainda não ocorre de maneira eficaz. Ressalta-se segundo Sacramento (2012) que apenas com a integração dessas disciplinas será possível promover a interdisciplinaridade científica e prática necessária para o atendimento de pessoas com psicodermatoses.

Considerando-se o recorte temporal na produção de estudos brasileiros relacionadas ao tema, observa-se a incipiência de publicações de intervenções realizadas junto a pessoas com Vitiligo, o que é preocupante, uma vez que segundo dados epidemiológicos, esta afecção é a mais comum dentre os distúrbios de pigmentação de pele no mundo (OSMAN; ELKORDUFANI; ABDULLAH, 2009). Pode-se indicar, nesse sentido, o início de publicações da temática no Brasil (SACRAMENTO, 2012), fazendo-se de extrema importância o desenvolvimento de novos estudos, dispondo de amostras maiores e com foco em intervenções mais sistematizadas sobre este fenômeno.

Compreende-se que esta pesquisa apresentou limitações, como apenas buscar a literatura nacional para tratar o assunto, pois, mesmo que este tenha sido o objetivo da presente revisão, o olhar sobre estudos internacionais possibilitaria uma discussão mais ampla e completa acerca do tema. Espera-se assim, suscitar o desenvolvimento de novos estudos, desta vez com

perspectiva internacional e com cerne na intervenção psicodermatológica junto a pacientes com Vitiligo.

Por fim, espera-se ainda, que este capítulo possibilite ampliar a compreensão do Vitiligo, evidenciando-se seus aspectos biológicos, emocionais e sociais, a partir do diálogo entre a Psicologia, especificadamente a Psicologia da Saúde, e a Dermatologia.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, D. et al. Avaliação do paciente com vitiligo frente as Representações Sociais acerca da doença. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 13, n.31, p. 58-62, 2016.

ANTELO, D. P.; FILGUEIRA, A. L.; CUNHA, J. M. T. Aspectos imunopatológicos do vitiligo. **Med Cutan Iber Lat Am**, v. 36, p. 125-136, 2008.

BELLETT, J. S.; PROSE, N. S. Vitiligo em crianças: uma revisão de classificação, hipóteses sobre patogênese e tratamento. **An. Bras. Dermat.**, v. 80, n. 6, p. 63-66, 2005.

BONOTIS, K. et al. Investigation of factors associated with health-related quality of life and psychological distress in vitiligo. **J Dtsch Dermatol Ges.**, v. 14 p.45-86, 2016.

CORREIA, K. M. L.; BORLOTI, E. Convivendo com o vitiligo: uma análise descritiva da realidade vivida pelos portadores. **Acta comport.**, Guadalajara, v. 21, n. 2, p. 227-240, 2013.

DIAS, H. Z. J. **Pele e psiquismo, psicossomática e relações objetais: características relacionais de pacientes portadores de dermatoses**. Porto Alegre - RS, 2007. 153 p. Tese (doutorado) -Programa de pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2007.

DO BÚ, E. A.; SCARDUA, A. **O Vitiligo como uma doença psicossocial: Apreensões de pacientes marcados pelo branco**. Campina Grande-PB, 2017, 25 p. Monografia (Bacharelado em Psicologia) – Universidade Federal de Campina Grande, 2017.

EZZEDINE K, et al. Vitiligo Working Group. Vitiligo is not a cosmetic disease. **J. Am. Acad Dermatol.**, v. 73, p. 883-5, 2015.

FIROOZ, A. et al. What patients with vitiligo believe about their condition. **Int. J. Dermatol.**, v. 43, n. 11, p. 811-814, Nov. 2004.

HARRIS, I. N. C. **Pele: estrutura, propriedades e envelhecimento**. São Paulo-SP: ed. Senac, 2003.

ISSA, C. M. B. M. **Transplantes de melanócitos no tratamento do vitiligo: um processo terapêutico?**. Campinas-SP, 2003. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Universidade Estadual de Campinas, 2003.

LUDWIG, M.W. B. et al. Quality of life and site of the lesion in dermatological patients. **An Bras Dermatol.**, v. 84, p. 143-50, 2009.

MATTOO, S. K. et al. Psychiatric morbidity in vitiligo: prevalence and correlates in India. **J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.**, v. 16, p. 573-8, 2002.

MENEZES, M. LOPEZ, M.; DELVAN, J. S. Psicoterapia de criança com alopecia areata universal: desenvolvendo a resiliência. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto-SP, v. 20, n. 46, p. 261-267, 2010.

MONTAGU, A. **Tocar – O significado humano da pele**. São Paulo: Summus, 2006.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: Investigações em psicologia social**. 8ªed. Petrópolis. Vozes, 2011.

MÜLLER, M. C. **Psicossomática: uma visão simbólica do vitiligo**. São Paulo, SP: Vetor, 2005.

MÜLLER, M. C.; RAMOS, D. G. Psicodermatologia: uma interface entre psicologia e dermatologia. **Rev. Psicologia: ciência e profissão**, Brasília-DF, v. 24, n. 3, 2004.

NOGUEIRA, L. S. C. et al. Vitiligo e emoções. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 1, 2009.

OLIVEIRA, F. L. et al. O impacto psicossocial do vitiligo em adolescente do sexo feminino: um relato de caso. **Adolesc Saude**, v. 9, n.2, p. 67-71, 2012.

OSMAN, A. M.; ELKORDUFANI, Y.; ABDULLAH, M. A. The psychological impact of vitiligo in adult Sudanese patients. **Afr J Psychiatry**, v. 12, p. 284-286, 2009.

PAPADOPOULOS, L. Psychological therapies for dermatological problems. In. WALKER; PAPADOPOULOS (Eds.), **Psychodermatology: the psychological impact of skin disorders**. New York: Cambridge University Press, 2005.

ROSA, E.; NATALI, M. Vitiligo: Um Problema Que Não Pode Passar em Branco. **Saúde. Pesquisa**, v. 2, 2009.

SACRAMENTO, A. R. A. D. **Vivendo com vitiligo: variáveis psicossociais e representações simbólicas**. São Paulo-SP, 2012. 174 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2012.

SAMPAIO, S.; RIVITTI, E. **Dermatologia**. São Paulo, SP: Ed. Artes Médicas, 2001.

SANT'ANNA, P. A. et al. A expressão de conflitos psíquicos em afecções dermatológicas: um estudo de caso de uma paciente com vitiligo atendida com o jogo de areia. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 81-96, 2003

SILVA, A. K.; CASTOLDI, L.; KIJNER, L. C. A pele expressando o afeto: uma intervenção grupal com pacientes portadores de psicodermatoses. **Contextos Clínic.**, São Leopoldo, v. 4, n. 1, p. 53-63, 2011.

STEINER, D. et al. Vitiligo. **An. Bras. Dermatol.**, v. 79, n. 3, 2004.

SCHWARTZ, R.; SEPÚLVEDA, J. E.; QUINTANA, T. Factores psicobiológicos en Vitiligo infantil: Posible rol en su génesis e impacto en la calidad de vida. **Rev Méd Chile**, v. 137, p. 53-62, 2009.

SZABO, I.; BRANDAO, E. R. "Mata de tristeza!": representações sociais de pessoas com vitiligo atendidas na Farmácia Universitária da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 59, p. 953-965, 2016.

VIVIER, A. D. **Atlas de Dermatologia Clínica**. ed. Manole, e. 2. São Paulo-SP, 1997.

VOLICH, R. M. **Psicossomática: de hipócrates a psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1983.

CAPÍTULO 4– BULLYING E DEPRESSÃO NO CONTEXTO DA ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Karla Costa Silva

Jaqueline Gomes Cavalcante

Adriele Vieira de Lima Pinto

Emerson do Bú

Maria da Penha de Lima Coutinho

INTRODUÇÃO

O *bullying* e suas consequências para a Saúde

No âmbito das relações sociais, a violência adquire destaque pela sua seriedade e pelos danos que pode ocasionar para a vida em sociedade, sendo considerada, inclusive, como uma questão de saúde pública devido aos graves prejuízos para a saúde e desenvolvimento social e psicológico dos indivíduos. Diante deste problema, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define a violência como o “uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (OMS, 2002).

Este não se trata de um fenômeno recente: é amplo, multidimensional e está presente em todos os contextos, inclusive o escolar. A violência na escola vem se tornando um problema alarmante e que tem assumido grandes proporções, manifestando-se de diversos modos. Dentre as modalidades de violência presentes neste ambiente, uma forma específica, denominada *bullying*, adquire evidência. Para Vaccari (2012), esse destaque ocorre devido à sua alta prevalência, bem como suas implicações negativas para a saúde dos envolvidos.

Uma pesquisa realizada em nível nacional pelo Ministério da Saúde e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apontou que 7,2% dos escolares afirmaram que sempre ou quase sempre se sentiram humilhados por provocações. Por outro lado, os resultados demonstraram que 20,8% dos estudantes já praticaram algum tipo de *bullying* contra os colegas

(BRASIL, 2013). Esses achados são considerados preocupantes e, além deste, outros estudos indicam uma alta prevalência vitimização/*bullying* em adolescentes (NASCIMENTO et al., 2013; GARBIM; GATO; GARBIM, 2016).

O *bullying* pode ser conceituado como uma forma de comportamento violento, intencional e repetido, que ocorre ao longo do tempo em relações caracterizadas pelo desequilíbrio de poder e por uma diversidade de formas em sua manifestação (OLWEUS, 2013). Destarte, é possível afirmar que esse fenômeno distingue-se de agressões pontuais ou momentâneas, pelo fato de acontecer repetitivamente, por um ou mais indivíduos contra outro(s), com a finalidade de maltratar, intimidar e causar dor, angústia e sofrimento. A literatura aponta a presença de vários envolvidos neste contexto: autor (agressor), alvo (vítima), alvo/autor (agressor/vítima) e testemunha. Quanto às formas de manifestação, ressalta-se que estas podem apresentar-se de forma direta, através de agressões físicas e verbais diretas, ou indireta, por meio da exclusão sistemática, boatos e manipulação da vida social da vítima (FORLIM; STELKO-PEREIRA; WILLIAMS, 2014); ou, ainda, sob um modo específico denominado *cyberbullying* ou *bullyingvirtual* (WENDT; LISBOA, 2013), que ocorre em meio virtual.

Nesse sentido, o *bullying* vem sendo considerado como um problema de Saúde Pública frente à sua alta prevalência e por apresentar considerável adoecimento dos envolvidos. A este despeito, algumas investigações alertam para os impactos psicossociais gerados aos envolvidos neste contexto, como: menor percepção da autoestima e imagem corporal, baixa qualidade de vida e bem-estar (SWEARER et al., 2010), depressão, ansiedade e ideação suicida (COUTINHO; SILVA; ARAÚJO, 2009; KOWALSKIN; LIMBER, 2013; WOLKE; LEREYA, 2015).

Na mesma direção, de forma recorrente, a literatura aponta o *bullying* como um fator de risco para o surgimento de sintomas depressivos (UNDHEIM; WALLANDER; SUND, 2016; DUARTE; PINTO-GOUVEIA; RODRIGUES, 2015; LANDOLL et al., 2015) ressaltando que nem sempre os seus efeitos restringem-se à infância e adolescência, podendo persistir também na vida adulta. Por essa razão, quanto mais cedo estabelece-se o monitoramento e a intervenção nessa faixa etária, menos problemas psicossociais poderão surgir na fase adulta (WOLKE et al., 2013; COPELAND et al., 2014).

A Depressão no contexto da adolescência

Marcada por uma série de mudanças biopsicossociais, a adolescência configura-se como um período fortemente vulnerável a alterações psicológicas. Verifica-se, assim, que a depressão emerge como uma doença bastante frequente, podendo desencadear casos psicopatológicos na vida adulta (RESENDE et al., 2013). Coutinho (2005) aponta que esta se configura como uma resposta a uma inibição global do ser, que ocasiona implicações à função da mente, alterando o campo fenomenal, como este percebe o mundo, sente a realidade, compreende os eventos e explana suas emoções.

Em conformidade com a literatura, na adolescência, a pessoa com depressão é comumente representada como aquela que é nervosa e triste, apresentando, com frequência, mudanças de humor, irritabilidade, além de estar mais susceptível a comportamentos autodestrutivos, como o suicídio (BRAGA; DELL' AGLIO, 2013; COUTINHO; VIEIRA, 2010; COUTINHO; RAMOS, 2008).

Ainda nesta perspectiva, as manifestações da depressão, nesta fase da vida, estão frequentemente relacionadas a comorbidades tais como: abuso de substâncias, transtornos alimentares, transtorno de atenção e ansiedade. Ao mesmo tempo, possuem relação direta com a ausência de fatores psicossociais protetivos, a saber: apoio social familiar, bem-estar físico e psicológico (BONIN; MORELAND, 2012; COUTINHO et al., 2016).

Considerando este cenário, Fukuda et al. (2016) identificaram, em pesquisa composta por 1030 jovens entre 8 e 21 anos, que a maior incidência de adoecimento mental é desencadeada no início da adolescência. Problemas na escola, ansiedade, medo e depressão foram os problemas mais comuns. O estudo de Lopez et al. (2011), que contou com a participação de 1560 jovens, apontou que 73,1% abusavam do consumo de álcool e aqueles que apresentaram depressão e risco de suicídio tinham menor qualidade de vida do que os indivíduos apenas com depressão. Nesta direção, Coutinho et al. (2016) apontaram que constituem-se como fatores fortemente relacionados com a presença da sintomatologia depressiva o envolvimento no *bullying* escolar, além da ausência de um ambiente familiar que propicie o diálogo e afeto mútuo.

Desse modo, a presente pesquisa teve como objetivo geral fazer um levantamento da produção científica indexada em bases de dados eletrônicas para a identificação e caracterização dos estudos que estabeleceram uma relação direta entre depressão e *bullying* na adolescência. Para tanto, buscou-se, especificamente, (a) identificar quantos artigos apontaram relação direta

entre depressão e *bullying*; (b) identificar a quantidade de países, distribuição da produção por ano, periódicos, tipo de estudo realizado e autores que apresentaram publicações com essa temática; (c) identificar como os resultados evidenciados nessas publicações auxiliam na compreensão da relação entre *bullying* e depressão em adolescentes; e (d) avaliar as constatações enumeradas pela pesquisa.

Para tanto, fez-se uma revisão sistemática da literatura pertinente, mediante busca de artigos indexados em base de dados eletrônica, procurando-se identificar publicações em um período de dez anos que contemplassem a relação entre *bullying* e depressão na adolescência. Procedeu-se com a pesquisa por meio do portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no qual foi acessada uma base de dados nacionais e internacionais, compreendendo Medline, IBECS, Lilacs, Index Psicologia e Colecion SUS. O portal da BVS foi escolhido por integrar a rede de fontes de informação em saúde em âmbito nacional e internacional.

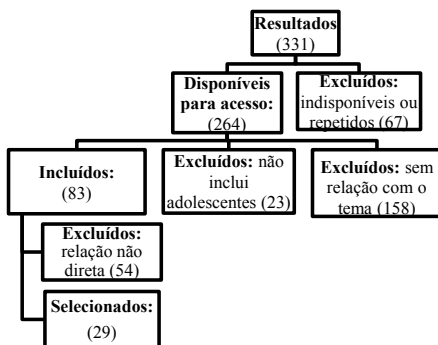
Para a busca foram utilizados os descritores “*bullying*” e “depressão”, considerando-se como critérios de refinamento a inclusão dos estudos desenvolvidos nos âmbitos nacional e internacional, que foram publicados na área da saúde entre os anos de 2007 a 2017, em periódicos e revistas especializadas ou indexadas nas referidas bases, que apresentassem conteúdo completo para acesso. Foram excluídos livros, monografias, teses, dissertações, textos coincidentes, sem acesso completo, indisponíveis em meio digital e, finalmente, manuscritos que não fizessem referência direta ao tema proposto no presente capítulo (relação entre depressão e *bullying*/vitimização).

Para análise das publicações selecionadas, optou-se por uma abordagem quali-quantitativa, que, de acordo com Michel (2009), quantifica e percentualiza dados, submetendo-os a uma análise crítica qualitativa. Em termos qualitativos, a análise ocorreu mediante uma avaliação dos títulos, resumos, e, posteriormente, uma observação mais detalhada dos principais resultados divulgados. Para fins de análise quantitativa, foram consideradas as variáveis: autores, países, os periódicos, anos de publicação, tipo de estudo realizado e instrumentos de pesquisa utilizados para acessar o *bullying* e a depressão.

De acordo com a busca realizada no banco de dados, foram localizados, inicialmente, 331 resultados no período compreendido entre 2007 e 2017. Destes, 67 foram excluídos por estarem indisponíveis para acesso, incompletos ou repetidos. Assim, do total de artigos encontrados na faixa de tempo anteriormente exposta, apenas 264 apresentaram conteúdo completo para acesso.

A partir desse momento, 23 foram excluídos por não contemplarem o público-alvo (adolescentes); e outros 158, por não se relacionarem à temática ou abordar apenas um dos temas. Restaram 83 publicações, que foram submetidas a uma segunda análise mais minuciosa dos objetivos e principais resultados, sendo excluídos todos aqueles que não relacionavam diretamente à depressão e ao *bullying*. Por fim, foram selecionados 29 artigos que contemplavam a temática do presente estudo. O procedimento de busca adotado nesta revisão pode ser observado na Figura 1.

Figura 1 – Procedimento de busca realizados na pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta pesquisa apresentou os dados conferidos através da revisão da literatura acerca da relação entre *bullying* e depressão no contexto da saúde de adolescentes. Com relação à produção por países, foi possível observar que os Estados Unidos (62, 1%) se destacaram com o maior percentual de artigos ao longo do período especificado, seguidos pela Finlândia (10,3%). Nos demais países – a saber, Reino Unido, Noruega, Portugal, Brasil, Espanha, Canadá e Chile – a produção demonstrou estar equiparada em percentual semelhante (3,4%), conforme é especificado na Tabela 1.

Tabela 1 – Percentual de publicações por países.

País	N	(%)
USA	18	(62, 1)
Finlândia	3	(10, 3)
Reino Unido	2	(7, 2)
Noruega	1	(3, 4)
Portugal	1	(3, 4)
Brasil	1	(3, 4)
Espanha	1	(3, 4)
Canadá	1	(3, 4)
Chile	1	(3, 4)
TOTAL	29	(100)

Fonte: Dados da pesquisa.

Dentre os periódicos analisados, aqueles que apresentaram maior frequência nas publicações que relacionam *bullying* e depressão, no período estudado, foram JournalofClinicalChild&AdolescentPsychology (21%) e JournalofAdolescent Health (11%), como pode ser verificado na Tabela 2. Os demais se equipararam num percentual compreendido entre 4% e 7%.

Tabela 2 – Publicações por periódicos no período entre 2007 e 2017.

Periódico	N	%
Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology	6	21
Journal of Adolescent Health	3	11
European Child & Adolescent Psychiatry	2	7
Journal of Adolescence	2	7
Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry	2	7
Journal of Nervous & Mental Disease	1	4
Journal of Abnormal Child Psychology	1	4
Anxiety Stress Coping	1	4
Development and Psychopathology	1	4
Prevention Science	1	4
Estudos de Psicologia (Campinas)	1	4
Brain and Cognition	1	4
Suicide and Life-Threatening Behavior	1	4

Journal of Youth and Adolescence	1	4
Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines	1	4
The Journal of School Health	1	4
Journal of Affective Disorders	1	4
Child Maltreatment	1	4
Total	29	100

Nota: os valores correspondentes às porcentagens foram arredondados

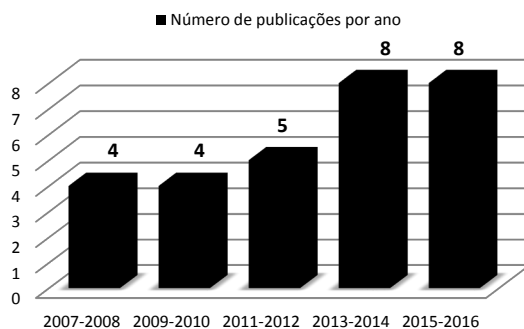
Fonte: Dados da pesquisa.

O *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* norte-americano está vinculado à Sociedade de Psicologia Clínica da Criança e do Adolescente da American Psychological Association. É um periódico dedicado a publicações de pesquisas, avaliações técnicas e intervenções para uso em populações clínicas de crianças e adolescentes. O *Journal of Adolescent Health*, também norte-americano, publicado oficialmente pela Sociedade de Saúde e Medicina do Adolescente, possui caráter multidisciplinar, abrangendo publicações de pesquisas no campo da saúde pública e das ciências biológicas e comportamentais básicas relacionadas à saúde dos adolescentes.

Neste sentido, foram verificadas, através da produção científica sobre a temática, uma quantidade representativa tanto de estudos como de periódicos norte-americanos. Este resultado corrobora estudos que apontam os Estados Unidos como o país mais proeminente nas discussões sobre a problemática do *bullying* na adolescência (OLIVEIRA et al., 2015; SENRA; LOURENÇO; PEREIRA, 2011). Em sua maioria, os jornais e revistas científicas ressaltaram a importância do aprofundamento da temática, visando proporcionar conhecimento técnico multidisciplinar, bem como subsidiar informações para o desenvolvimento de estratégias de intervenção, políticas sociais e da saúde para crianças e adolescentes.

Quanto à produção científica a despeito da relação *bullying* e depressão, conforme observado na Figura 2, os anos de maior pico de publicações foram os de 2013-2014 e 2015-2016, seguidos respectivamente dos de 2011-2012; 2007-2008 e 2009-2010.

Figura 2 – Produção científica sobre *bullying* e depressão de 2007 a 2017.



Fonte: Dados da pesquisa.

No que diz respeito às publicações por ano, que verificam a relação entre *bullying* e depressão, observa-se uma distribuição crescente linear nos últimos 10 anos, demonstrando ser essa uma associação já clássica na literatura, representando estudos de uma década. Além disso, observa-se que, embora seja um dado recorrente, continua tendo visibilidade, inclusive ganhando cada vez mais atenção dos estudos, o que pode ser explicado pela alta prevalência de casos de *bullying* no contexto escolar (NASCIMENTO et al., 2013; GARBIM; GATO; GARBIM, 2016), bem como os efeitos negativos associados a esse fenômeno (COUTINHO et al., 2009; KOWALSKIN; LIMBER, 2013), o que faz da adolescência um período de alta vulnerabilidade. A despeito disso, Silva (2010) destaca que o *bullying* e a depressão tornaram-se objetos sociais indissociáveis, no tocante à representação elaborada pelos adolescentes.

Os autores que mais evidenciaram publicações neste período foram Klomeket al., totalizando uma contribuição de 13%, e Hamilton, et al., com 6%. Os demais abarcaram um mesmo percentual compreendido em 3%, como demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 – Frequência de publicação dos autores.

Autores	N	%
KLOMEK, A. B. et al.	4	13
HAMILTON, J. L. et al.	2	6
UNDHEIM, A. M.; WALLANDER, J.; SUND, A. M.	1	3
DUARTE, C.; PINTO-GOUVEIA, J.; RODRIGUES, T.	1	3
GOTTFREDSON, N. C. et al.	1	3
LANDOLL, R. R. et al.	1	3
HELMS, S. W. et al.	1	3
TROOP-GORDON, W. et al.	1	3
STAPINSKI, L. A. et al.	1	3

KAWABATA, Y.; TSENG, W.; CRICK, N. R.	1	3
KALTIALA-HEINO, R.; FRÖJD, S.; MARTTUNEN, M.	1	3
HENRICH, C. C.; SHAHAR, G.	1	3
FORLIM, B. G.; PEREIRA, A. C. S.; WILLIAMS, L. C. A.	1	3
GÁMEZ-GUADIX, M. et al.	1	3
ROBERTS, A. L. et al	1	3
TAYLOR, K. A.; SULLIVAN, T. N.; KLIEWER, W.	1	3
TRAN, C. V.; COLE, D. A.; WEISS, B.	1	3
VAILLANCOURT, T. et al.	1	3
WANG, J.; NANSEL, T. R.; IANNOTTI, R. J.	1	3
FITZPATRICK, K. M.; DULIN, A.; PIKO, B.	1	3
BENJET, C.; THOMPSON, R. J.; GOTLIB, I. H.	1	3
FLEMING, L. C.; JACOBSEN, K. H.	1	3
SANTALAHTI, P. et al.	1	3
MITCHELL, K. J.; YBARRA, M.; FINKELHOR, D.	1	3
SINCLAIR, K. R. et al.	1	3
Total	29	100

Nota: os valores correspondentes às porcentagens foram arredondados

Fonte: Dados da Pesquisa.

No que concerne aos tipos de estudos descritos pelos artigos, verificou-se a predominância das pesquisas longitudinais de caráter quantitativo (62%), seguidas de estudos transversais de caráter quantitativo (38%), conforme destacado na Tabela 4.

Tabela 4 – Tipo de Estudo evidenciado nos artigos.

Tipo de Estudo	N	%
Longitudinal/quantitativo	18	62
Transversal/quantitativo	11	38
Total	29	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Neste sentido, destaca-se o predomínio das pesquisas longitudinais, as quais se configuram por apresentarem uma sequência temporal, podendo ser prospectivas ou retrospectivas (BORDALO, 2006). Somado a isso, foi unânime a publicação de estudos de caráter quantitativo, tanto nas pesquisas longitudinais quanto nas transversais.

Com relação aos instrumentos de pesquisa, foi possível identificar a utilização de diversas medidas psicométricas construídas, validadas e publicadas na literatura, para a avaliação do *bullying*/vitimização entre pares (N= 23) e da sintomatologia depressiva (N= 28). Uma minoria dos estudos usou questões elaboradas especificamente para a pesquisa, não empregando

instrumentos previamente construídos e validados para o *bullying*/vitimização (N= 6) e para a sintomatologia depressiva (N= 1), conforme demonstrado na Tabela 5.

Tabela 5 – Instrumentos utilizados para a avaliação dos construtos “*bullying*” e “sintomatologia depressiva”.

Instrumentos para o <i>bullying</i>	N(%)	Instrumentos para a depressão	N(%)
Social Experiences Questionnaire (SEQ) – Crick e Grotpeter (1996); Crick e Bigbee (1998).	5 (22)	Children’s Depression Inventory (CDI) – Kovacs (1981; 1985; 1992; 2001) Child Depression Inventory Short form (CDI:S) – Kovacs (1985; 1992); versão validada para a população brasileira por Gouveia et al. (1995).	10 (36)
<i>Bullying</i> behaviors among youth – Nansel et al. (2001).	4 (17)	Beck Depression Inventory (BDI-IA) – Beck e Steer (1981; 1993). Beck Depression Inventory (R-BDI) – Raitasalo (2007).	5 (18)
Bully/Victim Questionnaire – Olweus (1986; 1996)	2 (9)	Center for Epidemiological Studies e Depression Scale (CES-D) – Radloff (1977); Dahlberg, Toal, Swahn et al. (2005).	4 (14)
Self-reports and peer nominations – Kochenderfer-Ladd e Ladd (2001; 2002).	2 (9)	Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) – Sund et al. (2001); Costello e Angold (1988).	2 (7)
Escala de Violência Escolar: Versão Estudantes (EVE) – Stelko-Pereira, Williams e Freitas (2010).	1 (4,3)	Short Mood and Feelings Questionnaire – Angold et al. (1995).	2 (7)
Peers Relations Questionnaire for children (PRQ) – Rigby e Slee (1993); versão em português – Silva e Pinheiro (2010).	1 (4,3)	Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ) – Thapar e McGuffin (1998)	1 (3,6)
Revised Peer Experiences Questionnaire (R-PEQ) – De Los Reyes e Prinstein (2004).	1 (4,3)	Depression Anxiety and Stress Scales 21 (DASS21) – Lovibond e Lovibond (1995); Versão em português – Pais-Ribeiro et al. (2004).	1 (3,6)
Youth Self-Report (YSR) – Achenbach (1991).	1 (4,3)	Brief Symptom Inventory – Derogatis (2001); versão em espanhol.	1 (3,6)
Kids in my class at school questionnaire (US Department of Health and Human Services, 2010).	1 (4,3)	Depression Symptoms Scale of the McKnight Risk Factor Survey– Shisslak et al. (1999)	1 (3,6)
Problem Behavior Frequency Scales (PBFS) – Miller-Johnson et al. (2004).	1 (4,3)	Cognitive Triad Inventory for Children (CTI-C) – Kaslow et al. (1992)	1 (3,6)
Self-report questionnaire – Vaillancourt et al. (2010).	1 (4,3)		
Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ) – Finkelhor, Hamby et al. (2005).	1 (4,3)		
Social Networking e Peer Experiences Questionnaire (SN-PEQ) – Landoll et al. (2013).	1 (4,3)		
Cyberbullying Questionnaire – Estévez et al. (2010).	1 (4,3)		
TOTAL	23 (100)		28 (100)

Fonte: Dados da Pesquisa.

Quanto às medidas de *bullying*/vitimização, observa-se um total de 14 instrumentos diferentes. O mais utilizado foi o Social Experiences Questionnaire - SEQ (22%), elaborado por Crick e Grotpeter (1996). No tocante às escalas de sintomatologia depressiva, foi possível identificar a utilização de 10 instrumentos diferentes, bem como a ocorrência de uma concentração maior de estudos utilizando o Children's Depression Inventory - CDI (36%), elaborado por Kovacs (1981).

Todos os estudos aqui analisados fizeram uso de escalas de foco psicométrico, que enfatizam a padronização de respostas fechadas, primando pela objetividade das respostas. Isto possibilita realizar interpretações baseadas na aplicação de regras gerais previamente estabelecidas (PRIMI, 2010), facilitando explorar grandes amostras de pesquisa e generalização de resultados. Pasquali (2009) destaca a importância da adequação de tais instrumentos às evidências de validade e fidedignidade. Ressalta-se também a importância de adaptações transculturais, no caso da utilização de escalas em contextos culturais diferentes.

Com relação aos principais resultados encontrados por esses estudos, verificam-se, de um modo geral, quatro tipos de resultados: (1) relação positiva entre *bullying* e depressão, por meio de análises de correlação; (2) comparação entre os envolvidos ou não no *bullying*, em relação à depressão, e qual tipo de *bullying* apresenta maior impacto na depressão; (3) efeitos diretos do *bullying* na depressão, por meio de análises de regressão; e (4) efeitos indiretos do *bullying* na depressão, por meio de análises de caminho. Esses resultados podem ser constatados na Tabela 6.

Tabela 6 – Principais resultados encontrados.

Ano	Resultados
2016	Vitimização do <i>bullying</i> foi relacionado positivamente à sintomas depressivos, moderada e parcialmente mediada pelo enfrentamento emocional.
2015	Vitimização do <i>bullying</i> foi relacionado positivamente à sintomas depressivos, parcialmente mediada pela vergonha da imagem corporal.
2015	Vitimização previu positivamente sintomas depressivos em indivíduos homocigotos para o alelo.
2015	Cibervitimização foi relacionado positivamente à sintomas depressivos ao longo do tempo
2015	Vitimização foi relacionada positivamente à sintomas depressivos somente em condições de baixa religiosidade
2015	Vitimização do <i>bullying</i> foi relacionado positivamente à sintomas depressivos ao longo do tempo, mediada pelas respostas inadaptadas à agressão dos pares
2015	Vitimização do <i>bullying</i> emocional foi relacionado positivamente à sintomas depressivos, mediada pela desesperança.
2015	Vitimização foi relacionada positivamente de forma imediata e tardia à depressão

2014	Vitimização do <i>bullying</i> do tipo relacional (não física) foi relacionado positivamente à sintomas depressivos
2014	Vitimização previu positivamente sintomas depressivos ao longo do tempo.
2014	Ser vítima e agressor do <i>bullying</i> apresentaram 5 vezes mais chances de ter sintomas depressivos do que outros estudantes.
2013	Vitimização previu sintomas depressivos ao longo do tempo
2013	Vitimização previu sintomas depressivos ao longo do tempo
2013	Vitimização emocional previu positivamente sintomas depressivos
2013	O <i>bullying</i> previu um terço dos sintomas depressivos
2013	Vitimização previu um terço dos sintomas depressivos
2012	Vitimização relacional foi relacionada positivamente à cognições depressivas
2012	Sintomas depressivos previam mudanças na vitimização física e relacional, mas nenhum dos tipos de vitimização previu mudanças nos sintomas depressivos
2011	Vitimização foi positivamente relacionada à sintomas depressivos ao longo do tempo.
2011	Vítimas apresentaram uma pontuação significadamente maior em depressão do que os agressores. Vítimas-agressoras apresentaram uma pontuação significadamente maior em depressão do que os agressores.
2011	Os quatro tipos de <i>bullying</i> foi relacionado positivamente à depressão, sendo o <i>cyberbullying</i> o de maior associação.
2010	Vitimização foi positivamente relacionada à sintomas depressivos.
2010	Ser alvo e autores do <i>bullying</i> previu positivamente a depressão ao longo do tempo, bem como a depressão previu a experiência de vitimização.
2010	Vitimização previu positivamente sintomas depressivos em indivíduos homocigotos para o alelo.
2009	Vitimização foi positivamente relacionada à sintomas depressivos
2008	Ser agressor previu a depressão aos 18 anos. Mesmo sendo controlado a depressão aos 8 anos, essa associação se manteve.
2008	Vítimas de <i>bullying</i> eram mais propensas a apresentar sintomas depressivos do que aqueles que não eram vítimas.
2007	Vitimização online ou offline foi positivamente relacionada à sintomas depressivos.
2007	Vitimização foi positivamente relacionada à sintomas depressivos.

Fonte: Dados da Pesquisa.

Os resultados dos 29 estudos apontam para relações positivas entre vitimização e sintomas depressivos/ou depressão, o que indica que os indivíduos mais vitimizados tendem a apresentar maior índice de sintomatologia depressiva. Além disso, observou-se que, quando comparados vítimas e não vítimas, houve uma diferença estatisticamente significativa, em que às primeiras apresentaram maior nível de depressão. Na mesma direção, observou-se, ainda, que o *bullying* relacional foi o que apresentou maior implicação na depressão.

Destacam-se, também, efeitos diretos do *bullying* na sintomatologia depressiva, ou seja, quanto a depressão pode ser explicada pelo *bullying*. Essa implicação também ocorre na via inversa. Por fim, nos anos mais recentes, são destacados efeitos indiretos do *bullying* na depressão, mediados por variáveis como: vergonha da imagem corporal, enfrentamento emocional, respostas inadaptadas à agressão dos pares e desesperança.

Nos 29 estudos, destaca-se que a sua comparação apresentou algumas dificuldades como: distintas metodologias empregadas; o período de avaliação da depressão e vitimização; as diferentes escalas utilizadas para avaliar. Contudo, os artigos encontrados mostraram evidências empíricas de que o *bullying*, nas suas distintas formas de manifestação – verbal, relacional, física e *cyberbullying* (FORLIM, STELKO-PEREIRA; WILLIAMS, 2014; WENDT; LISBOA, 2013) –, possui uma relação com a depressão, evidências estas encontradas por meio de diversas análises. A despeito disso, observa-se, nos primeiros anos, que os estudos centraram-se mais em análises de correlação a fim de conhecer se esses dois construtos se associavam mutuamente. Além disso, verifica-se, também, um interesse em conhecer os efeitos diretos do *bullying* na depressão, bem como comparar vítimas e não vítimas em função da depressão.

Não obstante, mais recentemente, tendo em vista os apontamentos recorrentes da literatura quanto à associação *bullying*-depressão, surge o interesse em conhecer que fatores poderiam mediar ou moderar essa relação, ou seja, os feitos indiretos. Para Baron e Kenny (1986), uma variável moderadora é uma variável qualitativa ou quantitativa que afeta a direção e/ou a força da relação entre a variável independente e a dependente, denominada VI → DV; enquanto uma mediadora é aquela que, ao estar presente na equação de regressão, diminui a magnitude do relacionamento entre uma variável independente e uma variável dependente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os anos de estudos tornam evidente a relação existente entre o *bullying* e a depressão. Nesse sentido, parece haver um consenso entre os pesquisadores acerca de existência de tal relação, que vem sendo consideravelmente explorada ao longo dos últimos dez anos. Destaca-se que estudos longitudinais explicitam a existência de uma causalidade entre ter sido vítima de *bullying* na adolescência e ter apresentado aumento de sintomatologia depressiva ao longo do tempo, apresentando efeitos tanto imediatos quanto tardios (LANDOLL, 2015; GORDON, 2015). De acordo com esses achados e as constatações sobre os principais resultados dos estudos, fica evidente que a presença de sintomatologia pode ser uma continuidade dos efeitos psicológicos implicados pelo *bullying*, conforme demonstrado nos resultados aqui descritos.

As constatações que foram aqui enumeradas permitiram traçar um panorama geral sobre como os estudos vêm abordando a relação *bullying*/depressão no contexto da adolescência.

Ademais, os autores evidenciados no presente estudo, abordaram tal relação, considerando frequências de envolvimento, comorbidades, fatores de risco, e consequências, bem como recomendações de intervenções ainda nos primeiros anos escolares como forma de prevenção. Foi possível constatar que o tema continua tendo visibilidade, o significativo aumento no número de estudos denota a relevância social do tema, reforçando a importância da continuidade de pesquisas, não somente para identificar as dimensões dos efeitos dessa relação na saúde dos adolescentes, mas também para o desenvolvimento e fortalecimento de estratégias de intervenção e prevenção desses problemas, atingindo a vitimização no contexto escolar.

Como sugestão para novas pesquisas, uma lacuna a ser preenchida é a necessidade de conhecer que fatores poderiam mediar ou moderar a relação *bullying*/depressão, isto é, os seus efeitos indiretos. Observa-se também a ausência de pesquisas qualitativas e/ou interventivas dentro desta perspectiva, fato que constitui outra lacuna importante, tendo em vista que esta contempla a subjetividade e particularidade do objeto investigado, contribuindo para o aprofundamento dos aspectos objetivos advindos dos dados quantitativos coletados.

REFERÊNCIAS

- BARON, R. M.; KENNY, D. A. The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 51, n. 6, p. 1173, 1986..
- BENJET, C., THOMPSON, R. J.; GOTLIB, I. H. 5-HTTLPR moderates the effect of relational peer victimization on depressive symptoms in adolescent girls. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 51, n.2, p. 173-179, 2009.
- BONIN, L.; MORELAND, C. S. Overview of treatment for adolescent depression. **Uptodate**, 2012. Disponível em: <<http://www.uptodate.com>>. Acesso em: 02 mai. 2017.
- BORDALO, A. A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v. 20, n. 4, p. 5, dez. 2006.
- BRAGA, L.L.; DELL’AGLIO, D.D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Contextos Clínicos**, Rio Grande do Sul, v. 6, n. 1, p. 2-14, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/viewFile/3592/1533>>. Acesso em: 02 mai. 2017.
- BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde Escolar**: 2012. Rio de Janeiro, Brasil. p. 256, 2013.
- COUTINHO, M. P. L. et al. Relação entre depressão e qualidade de vida de adolescentes no contexto escolar. **Psicologia, saúde & doenças**, Porto, 2016, v. 17, n. 3, p. 28-4. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36249164003>>. Acesso em: 02 mai. 2017.

- COUTINHO, M. P. L.; VIEIRA, K. F. L. Depressão e comportamento suicida: reflexões psicossociais acerca da interligação entre os fenômenos. In LUNA, V.L.R.; NASCIMENTO, Z.A. (Orgs.). **Desafios da Psicologia Contemporânea**, João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2010.
- COUTINHO, M. P. L.; RAMOS, N. Distúrbios psicoafetivos na infância e adolescência: um estudo transcultural. **Psico**, Porto Alegre, v. 39, n. 1, p. 14-20, jan/mar. 2008.
- DUARTE, C.; PINTO-GOUVEIA, J.; RODRIGUES, T. Being bullied and feeling ashamed: Implications for eating psychopathology and depression in adolescent girls. **Journal of Adolescence**, v. 44, p. 259–268, 2015.
- FLEMING, L. C.; JACOBSEN, K. H. Bullying and symptoms of depression in Chilean middle school students. **Journal of school health**, v. 79, n. 3, p. 130-137, 2009. Disponível em: <[http://doi: 10.1111/j.1746-1561.2008.0397.x](http://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2008.0397.x)>. Acesso em: 02 mai. 2017.
- FORLIM, B.G; STELKO-PEREIRA, A.C; WILLIAMS, L.C.A. Relação entre bullying e sintomas depressivos em estudantes do ensino fundamental. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 31, n. 3, p. 367-375, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v31n3/05.pdf>> Acesso em: 04 de mai. 2017.
- FITZPATRICK, K. M., DULIN, A; PIKO, B. Bullying and depressive symptomatology among low-income, African–American youth. **Journal of youth and adolescence**, v. 39, n. 6, p. 634-645, 2010. Disponível em <doi: 10.1007/s10964-009-9426-8>. Acesso em: 02 mai. 2017.
- FUKUDA, C. C. et al. Mental health of young Brazilians: Barriers to professional help-seeking. **Estudos em psicologia**, Campinas, v. 33, n. 2, p. 355-365, abr. 2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2016000200355>. Acesso em: 02 maio 2017.
- GÁMEZ-GUADIX, M et al. Longitudinal and reciprocal relations of cyberbullying with depression, substance use, and problematic internet use among adolescents. **Journal of Adolescent Health** v. 53, p. 446 – 452, 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com.ez15.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S1054139X13002140>>. Acesso em: 04 mai. 2017.
- GARBIN, C.A.S; GATO, R.C.J; GARBIM, A.J.I. Prevalência de bullying em uma amostra representativa de adolescentes brasileiros. **Archives Health Investigation**, v.5, n.5, p. 256-261, 2016.
- GOTTFREDSON, N.C et al. Genetic Heterogeneity in Adolescents’ Depressive Symptoms in Response to Victimization. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, v. 44, n 5, p. 762-774, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2014.910787>>. Acesso em: 02 mai. 2017.
- HAMILTON, J. L. et al. It gets better: future orientation buffers the development of hopelessness and depressive symptoms following emotional victimization during early adolescence. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 43, v. 3, 465-474, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ez15.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC4305347/>>. Acesso em: 04 mai. 2017.
- HAMILTON, J. L.; SHAPER, B.G et al. Emotional maltreatment, peer victimization, and depressive versus anxiety symptoms during adolescence: hopelessness as a mediator. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, v. 42, n. 3, p. 332-47, 2013.
- HELMS, S.W. et al. Intrinsic religiosity buffers the longitudinal effects of peer victimization on adolescent depressive symptoms. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, v. 44, n. 3, p. 471-479, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2013.865195>>. Acesso em: 03 mai. 2017.
- HENRICH, C.C; SHAHAR, G. Moderators of the Effect of Peer Victimization During Fifth Grade on Subsequent Symptoms of (Anxious) Depression: The Roles of Engagement in *Bullying* and Baseline Symptomatology. **Prevention Science**, v. 15, n. 6, p. 888–896, 2014.

KALTIALA-HEINO, R; FRÖJD, S; MARTTUNEN, M. Involvement in bullying and depression in a 2-year follow-up in middle adolescence. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, v. 19, p. 45-55, 2010.

KAWABATA, Y; TSENG, W; CRICK, N.R. Mechanisms and processes of relational and physical victimization, depressive symptoms, and children's relational-interdependent self-construals: implications for peer relationships and psychopathology. **Development and Psychopathology**, v. 26, p. 619-634, 2014. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/journals/development-and-psychopathology/article/>>. Acesso em: 04 mai. 2017.

KLOMEK, A.B. et al. Suicidal adolescents' experiences with bullying perpetration and victimization during high school as risk factors for later depression and suicidality. **Journal of Adolescent Health**, v. 53, n. 1, p. 37-42, 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com.ez15.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S1054139X12008026>>. Acesso em: 04 mai. 2017.

KLOMEK, A.B.; KLEINMAN, M et al. High school Bullying as a Risk for Later Depression and Suicidality. **Suicide Life Threat Behav**, v. 41, n. 5, 501-516, 2011. Disponível em: <<http://doi:10.1111/j.1943-278X.2011.00046.x>>. Acesso em: 02 mai. 2017.

KLOMEK, A.B.; SOURANDER, A et al. Childhood bullying as a risk for later depression and suicidal ideation among Finnish males. **Journal of affective disorders**, v. 109, n. 1, p. 47-55, 2008. Disponível em: <<http://doi:10.1016/j.jad.2007.12.226>>. Acesso em: 02 mai. 2017.

KLOMEK, A.B.; MARROCCO, F et al. Bullying, Depression, and Suicidality in Adolescent. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 46, n. 1, p. 40-49, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/01.chi.0000242237.84925.18>>. Acesso em: 03 mai. 2017.

LANDOLL, R.R. et al. Cyber victimization by peers: Prospective associations with adolescent social anxiety and depressive symptoms. **Journal of Adolescence**, v. 42, n. 77-86, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Annette_La_Greca/publication/275835440>. Acesso em: 02 mai. 2017.

LOPEZ, M. R. A. et al. Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 33, n. 2, p.103-108, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082011000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 mai. 2017.

MICHEL, M. H. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MITCHELL, K.J; YBARRA, M; FINKELHOR, D. The relative importance of online victimization in understanding depression, delinquency, and substance use. **Child Maltreatment**, v. 12, n. 4, p. 314-324, 2007. Disponível em: <<http://doi:10.1177/1077559507305996>>. Acesso em: 02 mai. 2017.

NASCIMENTO, K. Bet al. Bullying entre escolares: um estudo descritivo na cidade de Cruz alta/RS. **Reflexão e Ação**, v.21, n.1, p.196-218, 2013. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/article/view/3418>>. Acesso em: 04 mai. 2017.

VACARRI, V. L. Resiliência e bullying: a possibilidade da metamorfose diante da violência. 2012. Disponível em: <<http://bvsm.sau.de.gov.br/>>. Acesso em: 23 set. 2016.

OLIVEIRA, W. A. et al. Interfaces entre família e bullying escolar: uma revisão sistemática. **Psico-USF**, Itatiba, v. 20, n. 1, p. 121-132, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141382712015000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 mai. 2017.

OLWEUS, D. School bullying: Development and some important challenges. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 9, n.1, p. 751-780. 2013. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/article/view/3418doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185516>> Acesso em: 04 mai. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **World report on violence and health**. Genebra: WHO. p. 1-44, 2002. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2017

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, p. 992-9, 2009. <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000500002&script=sci_arttext>. Acesso em: 04. mai. 2017.

PRIMI, R. Avaliação psicológica no Brasil: fundamentos, situação atual e direções para o futuro. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, n.26(SPE), p. 25-35, 2010.

RESENDE, C. et al. Depressão nos adolescentes: mito ou realidade? **Nascer e Crescer**, Porto, v. 22, n. 3, p. 145-150. Set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087207542013000300003&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 02 maio 2017.

ROBERTS, A. L et al. Childhood gender nonconformity, bullying victimization, and depressive symptoms across adolescence and early adulthood: an 11-year longitudinal study. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 52, n. 2, p. 143-152, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.11.006>>. Acesso em mai. 2017.

SANTALAHTI, P. et al. Victimization and *bullying* among 8-year-old Finnish children. **European child & adolescent psychiatry**, v. 17, n. 8, 463-472, 2008. <<https://doi.org/10.1007/s00787-008-0688-6>>. Disponível em: 04 mai. 2017.

SENRA, L. X; LOURENCO, L. M; PEREIRA, B. O. Características da relação entre violência doméstica e bullying: revisão sistemática da literatura. *Gerais, Rev. Interinst. Psicol.*, Juiz de fora, v. 4, n. 2, p. 297-309, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202011000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 mai 2017.

SILVA, C. M. L.. **Bullying e Depressão no Contexto Escolar: um estudo psicossociológico**. 2010. 162 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Social, Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

SINCLAIR, K.R. et al. Impact of physical and relational peer victimization on depressive cognitions in children and adolescents. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, v. 41, n. 5, p.570-83, 2012. Disponível em: <<http://europepmc.org/articles/pmc3793245>>. Acesso em: 04 mai. 2017.

STAPINSKI, L.A et al. Peer victimization during adolescence: concurrent and prospective impact on symptoms of depression and anxiety. **Anxiety, Stress, & Coping**, v. 28, n. 1, p. 105-120, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/10615806.2014.962023>>. Acesso em: 04 mai. 2017.

TAYLOR, K. A; SULLIVAN, T.N; KLIOWER, W.A longitudinal path analysis of peer victimization, threat appraisals to the self, and aggression, anxiety, and depression among urban African American adolescents. **Journal of Youth Adolescence**, v. 42, n.2, p.178-89, 2013. Disponível em: < <http://doi.org/10.1007/s10964-012-9821-4>>. Acesso em: 04 mai. 2017.

TRAN, C.V; COLE, D.A; WEISS, B. Testing reciprocal longitudinal relations between peer victimization and depressive symptoms in young adolescents. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, v. 41, n. 3, p. 353-60, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2012.662674>>. Acesso em: 04 mai. 2017.

TROOP-GORDON, W et al. Peer victimization in middle childhood impedes adaptive responses to stress: a pathway to depressive symptoms. **Journal Clin Child Adolesc Psychol.**; v. 44, n. 3, p. 432-445, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ez15.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC4642288/>>. Acesso em: 04 mai. 2017.

UNDHEIM, A.M.; WALLANDER, J.; SUND, A.M. Coping Strategies and Associations With Depression Among 12- to 15-Year-Old Norwegian Adolescents Involved in Bullying. **Journal of Nervous & Mental Disease**, v. 204, n.4, p. 274–279, 2016. Disponível em: <<https://doi: 10.1097/NMD.0000000000000474>>. Acesso em 04 mai. 2017.

VAILLANCOURT, T. et al. Peer victimization, depressive symptoms, and high salivary cortisol predict poorer memory in children. **Brain and cognition**, v.77, n. 2, p. 191-199, 2011. Disponível em: <<https://doi:10.1016/j.bandc.2011.06.012>>. Acesso em: 04 mai. 2017.

WANG, J.; NANSEL, T. R.; IANNOTTI, R. J. Cyber and traditional bullying: differential association with depression. *J Adolesc Health*. Apr; 48(4): 415–417, 2011. Disponível em: <<https://doi:10.1016/j.jadohealth.2010.07.012>>. Acesso em: 04 mai. 2017.

WENDT, G.W.; LISBOA, C.S.M. Agressão entre pares no espaço virtual: definições, impactos e desafios do *cyberbullying*. *Psicol. clin.* vol.25 no.1 Rio de Janeiro jun. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652013000100005>. Acesso em: 04 mai. 2017.

CAPÍTULO 4 – CONSIDERAÇÕES ACERCA DA SÍNDROME DE *BURNOUT*

Maria da Penha de Lima Coutinho

Denise Reinaldo Pereira Ramos

INTRODUÇÃO

Síndrome do Assistente Desassistido (PORTERO; RUIZ, 1998), síndrome do cuidador descuidado (GONZÁLEZ, 1995), estafa profissional ou sensação de estar acabado (KOVALESKI; BRESSAN, 2012) e Síndrome do Esgotamento Profissional são sinônimos para Síndrome de *Burnout* (SB).

De acordo com Vieira e Jardim (2010), Freudenberger relatou que o *Burnout* poderia ser definido como um “incêndio interno”, que esgota completamente os recursos físicos e psíquicos de um indivíduo e se manifesta na área de sua vida em que há maior investimento afetivo e expectativa de sucesso (em geral o trabalho).

Jardim, Silva-Filho e Ramos (2004) define a síndrome de Esgotamento profissional como um tipo de resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho. Tem sido descrita como resultante da vivência profissional em um contexto de relações complexas, envolvendo a representação que a pessoa tem de si e dos outros. O profissional perde o sentido de sua relação com o trabalho, desinteressa-se e qualquer esforço lhe parece inútil.

Nos Estados Unidos, o conceito surgiu para explicar o processo de deterioração que acontecia com os trabalhadores, principalmente profissionais de ajuda ou de serviços humanos (DANTAS; BORGES, 2012). França e Rodrigues (2009) destacam que os pesquisadores Freudenberger e Maslach, em meados de 1970 desenvolveram o conceito como o preço que os profissionais pagam por sua dedicação ao cuidar de outras pessoas ou de suas lutas para alcançarem uma grande realização.

No Brasil, a síndrome foi oficialmente adicionada às doenças relacionadas à saúde do trabalhador através do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Em seu Anexo II, o decreto apresenta-a na subdivisão “Transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho” como “Sensação de estar acabado (‘Síndrome de *Burn-Out*’, ‘Síndrome do Esgotamento Profissional’)”, tendo como fatores de risco de natureza ocupacional “ritmo de

trabalho penoso” e “outras dificuldades físicas e mentais relacionadas ao trabalho” (BRASIL, 1996). A Portaria Federal nº 1.339/GM–MS, de 18 de novembro de 1999, que institui a lista de doenças relacionadas ao trabalho, mantém esta mesma redação (MAIA; SILVA; MENDES, 2011).

No ano de 2001, surge a publicação “Doenças Relacionadas ao Trabalho – Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde”, uma coautoria do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde/Brasil que aborda o tema de maneira mais ampla, incluindo fatores de risco, diagnóstico e tratamento (MAIA et al.,2011).

Dimensões da Síndrome de Burnout

No contexto da psicologia, a definição mais utilizada, fundamenta-se na perspectiva social-psicológica na qual considera a síndrome como uma reação à tensão emocional crônica por lidar excessivamente com pessoas (MASLACH; JACKSON, 1986). O construto abrange três dimensões relacionadas, porém independentes, exaustão, despersonalização e baixa realização profissional (CARLOTTO; CÂMARA, 2008).

Nesse ínterim, a “exaustão” se caracteriza por uma falta ou carência de energia, entusiasmo e um sentimento de esgotamento de recursos, quando o indivíduo sente que estar sendo muito exigido (CARLOTTO, 2011; TAMAYO et al.,2012), sentimentos de desesperança, solidão, depressão, raiva, impaciência, fraqueza, aumento da suscetibilidade a doenças, cefaleias, náuseas, dor lombar ou cervical, distúrbios do sono etc (TRIGO, 2010). Há uma exaustão tanto física como mental, com sentimentos de haver chegado ao limite das possibilidades (BENEVIDES-PEREIRA, 2010). Os trabalhadores percebem esgotada energia e os recursos emocionais próprios, devido ao contato diário com os problemas (VASQUES-MENEZES, 2010).

A segunda dimensão denominada de “despersonalização” se caracteriza por tratar os clientes, colegas e a organização de forma distante e impessoal no trabalho (CARLOTTO, 2011), como meio de enfrentamento da exaustão emocional (MASSUD; BARBOSA; GOUVEIA, 2007). Há uma tendência de “evolução negativa” no trabalho, afetando a habilidade para realização do trabalho e o atendimento, ou contato com as pessoas usuárias do trabalho, bem como com a organização (VASQUES-MENEZES, 2010). Conforme França e Rodrigues (2009), o profissional que assume atitude desumanizada deixa de perceber os outros como pessoas

semelhantes a ele, como resultado perde a capacidade de empatia, apresentando intolerância, irritabilidade e ansiedade.

A última dimensão, “baixa realização profissional”, é a tendência do trabalhador em se auto avaliar de forma negativa. As pessoas se sentem infelizes e insatisfeitas com seu desenvolvimento profissional e experimentam um declínio no sentimento de competência e êxito no trabalho (CARLOTTO, 2011). O profissional perde a confiança na própria capacidade de desenvolver o seu trabalho e, à medida que isso ocorre, produz desconfiança nos seus colegas e nas pessoas que de seus serviços dependem (MASSUDET al., 2007). Como consequência, surge a queda da autoestima, que pode chegar à depressão (FRANÇA; RODRIGUES, 2009).

Sintomas da Síndrome de Burnout

Segundo Benevides-Pereira (2010), os sintomas da síndrome de *Burnout* podem ser classificados em quatro categorias: físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos.

Os sintomas físicos são descritos como fadiga crônica, distúrbios do sono (sono agitado, pesadelo, insônia), dores musculares, cefaleias, enxaquecas, alterações gastrointestinais (gastrite, náusea, diarreia etc.), imunodeficiência e consequentemente vulnerabilidade a infecções, transtornos cardiovasculares (hipertensão arterial, palpitações, taquicardia), distúrbios do sistema respiratório (dificuldade para respirar), disfunções sexuais (diminuição do desejo sexual com dores na relação) e alterações menstruais nas mulheres (BENEVIDES-PEREIRA, 2010; TRIGO, 2010; XAVIER; RIOS; FRANÇA-BOTELHO, 2013; RISSARDO; GASPARINO, 2013; OLIVEIRA; COSTA; SANTOS, 2013; VASQUES-MENEZES, 2010).

Os sintomas psíquicos são relacionados à falta de atenção, de concentração, alterações da memória (lapsos), lentificação do pensamento, sentimento de alienação, sentimento de solidão, impaciência, sentimento de insuficiência, baixa autoestima, labilidade emocional, dificuldade de autoaceitação, astenia, desmotivação, desânimo, frustração, disforia, ansiedade, depressão, desconfiança e paranóia (BENEVIDES-PEREIRA, 2010; RISSARDO; GASPARINO, 2013; MENEGHINI et al., 2011).

Os sintomas comportamentais enumerados como negligência ou excesso de escrúpulos, relacionado ao descuido em suas atividades laborais que pode ocasionar acidentes de trabalho (causar ou ser vítima) ou ainda ser muito detalhista nas suas atividades, acarretando lentidão;

irritabilidade, revelando pouca tolerância; incremento da agressividade, com comportamentos hostis; incapacidade para relaxar, constante tônus muscular e rigidez; dificuldade na aceitação de mudanças; perda de iniciativa; aumento do consumo de substâncias, como bebidas alcoólicas, fumos, tranquilizantes etc.; queda de produtividade; comportamento de alto-risco e suicídio (BENEVIDES-PEREIRA, 2010; TRIGO, 2010; XAVIER et al., 2013).

Por último, os sintomas defensivos são descritos por tendência ao isolamento, sentimento de onipotência (passando a imagem de autossuficiente), perda do interesse pelo trabalho (ou até pelo lazer), absentéismo, intenção de sair do emprego, abandono da profissão, ironia e cinismo (COHEN; SILVA; MARQUES; KATSURAYAMA, 2013; BENEVIDES-PEREIRA, 2010; RISSARDO; GASPARINO, 2013).

Fatores de risco da Síndrome de Burnout

Em relação aos fatores de risco, Benevides-Pereira (2010) enumera os principais facilitadores e/ou desencadeadores do *Burnout*, são eles: características pessoais (idade, sexo, nível educacional), organizacionais (ambiente físico, normas institucionais, burocracia, recompensa, segurança etc.), do trabalho (tipo de ocupação, tempo de profissão e na instituição, pressão, trabalho por turnos ou noturnos, sobrecarga, relacionamento entre colegas de trabalho etc.) e características sociais (suporte social, suporte familiar, cultura e prestígio).

Nas características pessoais, a autora relata que tem se observado maior incidência em profissionais mais jovens, atribuindo-se a pouca experiência (insegurança) ou a crise de identidade profissional, devido a dificuldades de socialização (BENEVIDES-PEREIRA, 2010; SILVA et al., 2012). No tocante ao sexo, as mulheres apresentam maior pontuação em exaustão emocional e os homens em despersonalização (BENEVIDES-PEREIRA, 2010; TRIGO, 2010; MENEGHINI et al., 2011; SCHMIDT; PALADINI; BIATO; PAIS; OLIVEIRA, 2013). Benevides-Pereira (2010) descreve que nas pessoas de nível educacional maior tem maior propensão ao *Burnout*, pois possuem maiores expectativas profissionais ou maior nível de responsabilidade.

Nas características organizacionais, o ambiente físico influencia nas pontuações de *Burnout*. Segundo Benevides-Pereira (2010), trabalhar sob intenso calor, frio, ruídos excessivos, iluminação insuficiente, em locais insalubres tem demonstrado interferir na saúde do trabalhador.

Alterações frequentes de normas e regras institucionais podem predispor a erros, bem como excesso de normas que prejudicam a saúde do profissional, por diminuir sua autonomia e dificultar o andamento de suas atividades (BENEVIDES-PEREIRA, 2010; SCHMIDT, 2009).

Nas características do trabalho, as maiores prevalências são entre os cuidadores em geral (TRIGO, 2010), tais como psicólogos, assistentes sociais, médicos, professores, enfermeiros entre outros (BENEVIDES-PEREIRA, 2010). Relacionamento conflituoso entre colegas, ambiguidade de papéis (funções pouco delimitadas) e falta de controle de suas atividades, também podem favorecer ao aparecimento da síndrome (MASLACH; JACKSON, 1986; BENEVIDES-PEREIRA, 2010; TRIGO, 2010).

Nas características sociais o suporte social, suporte familiar, cultura e prestígio têm sido verificados como influências na síndrome de *Burnout* (BENEVIDES-PEREIRA, 2010). A SB é uma manifestação essencialmente social, que reflete sentimentos de crise e desorientação encontrados na sociedade moderna, que impõe tensão no âmbito laboral, com a pressão excessiva, ausência de recompensas emocionais e falta de reconhecimento profissional (EBLING; CARLOTTO, 2012). Normas e valores podem minimizar ou incrementar o impacto dos agentes estressores (BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

Em se tratando do contexto hospitalar, pode-se afirmar que este se constitui em um ambiente insalubre, por vezes penoso encarregado de múltiplas exigências (tomada de decisões rápidas e difíceis) (CARLOTTO, 2011; RITTER; STUMM; KIRCHER, 2009).

Consequências da Síndrome de Burnout

Os problemas do trabalho interferem e atuam na vida cotidiana do indivíduo (VASQUES-MENEZES, 2010), que podem ocasionar deterioração na qualidade dos serviços prestados, altos índices de absentismo dos profissionais (CARVALHO; MAGALHÃES, 2011), perda da confiança própria e do seu trabalho, discussões inúteis, trabalho isolado, greves, alta taxas de doenças (KAVALESKI; BRESSAN, 2012), aumento de conflitos familiares e sociais (VASQUES-MENEZES, 2010), sendo estas algumas consequências da síndrome.

Percebe-se que o *Burnout* interfere nos níveis institucional, social e pessoal, pois a instituição arca com aumento dos gastos, o indivíduo apresenta uma série de sintomas físicos, psíquicos, comportamentais que o afasta das suas atividades e no trabalho ocorre diminuição da

qualidade dos serviços (TRIGO, 2010). O *Burnout* se instala insidiosamente e é um estado que vai corroendo progressivamente a relação do sujeito com sua atividade profissional (FRANÇA; RODRIGUES, 2009).

Conforme Vasques-Menezes (2010) o trabalhador que entra em *Burnout* sofre, pois apresenta uma série de sintomas (ansiedade, melancolia, exaustão física e emocional) que compromete suas relações afetivas e sociais. O profissional quando acometido pelo *Burnout* compromete sua vida, é o que destaca e exemplifica Vasques-Menezes em relação ao trabalhador da área de saúde: “Quando está em casa pensa no trabalho e, quando no hospital, não vê a hora de voltar para casa e sair daquela sensação de impotência” (VASQUES-MENEZES, 2010, p. 66).

É importante destacar que os trabalhadores que são envolvidos na sua vida diária com cuidados da saúde, tais como médicos, enfermeiros, psicólogos, parecem ocorrer um risco maior de serem acometidos pela síndrome (BRUK-LEE; SPECTOR, 2011). Uma das preocupações que surgem em relação ao *Burnout* é que esta pode ser associada a sintomas de saúde como fator de previsão a mudanças nos níveis de colesterol e triglicérideo, no qual podem favorecer ao aparecimento de doenças cardiovasculares (SHIROM; WESTAMN; SHAMAI; CAREL, 1997; BRUK-LEE; SPECTOR, 2011).

Silva et al. (2012) reúnem, por meio de pesquisas na literatura, as repercussões da SB envolvendo as esferas físicas, psíquicas, emocionais, organizacionais e familiares. Cita-se como exemplo diminuição da qualidade da assistência prestada, danos à saúde do paciente cuidado, depressão, ansiedade, relações com o trabalho vividas com pessimismo, repercussões negativas na vida com a família e em comunidade, baixa na imunidade e surgimento de doenças como alergia, psoríase, caspa, herpes etc.

Classificação da Síndrome de Burnout

De acordo com Trigo (2010), as pesquisas referentes à SB se iniciaram por meio de observações, no entanto não eram padronizadas ou sistematizadas, assim não possuíam confiabilidade e validade. Segundo o mesmo autor, até o momento não foi realizado protocolo deste tipo de pesquisa em relação ao Burnout.

Outro método utilizado em pesquisas são as entrevistas. Nas pesquisas com Burnout, as entrevistas são eficientes para esclarecer dúvidas e reunir maior número de informações, no entanto ineficientes para avaliação individual (TRIGO, 2010).

Os questionários de autopreenchimento são vantajosos no que diz respeito à aplicação coletiva, mais econômicos e de fácil aplicação, análise e interpretação dos dados (TRIGO, 2010). Um dos questionários de autopreenchimento mais utilizado para avaliação da SB é o Maslach Burnout Inventory MBI (MASLACH; JACKSON; LEITER, 1996; OLIVEIRA et al., 2013).

A escala de avaliação de Burnout, Maslach Burnout Inventory MBI, foi criada por Christina Maslach (MASLACH et al., 1996). Teve sua primeira edição em 1981, posteriormente em 1986 (BENEVIDES-PEREIRA, 2010). Trata-se de uma escala de autoavaliação de tipo Likert em que é pedido ao sujeito que avalie, em sete possibilidades, com que frequência sente um conjunto de sentimentos expressos em frases (MASLACH et al., 1996).

Atualmente existem três versões distintas do MBI em função da área profissional do respondente: uma versão com 22 itens para profissionais da área da saúde (MBI-HSS, de Human Services Survey), composta por 22 itens que varia de 0 (nunca) a 6 (todos os dias) (TRIGO, 2010). Seus itens são divididos em 9 relativos à dimensão Exaustão profissional, 5 à Despersonalização e 8 à Realização Profissional. Uma versão com o mesmo número de itens adequada a quem trabalha em contextos educacionais (MBI-ES) e uma versão de 16 itens adaptada à população trabalhadora em geral (MBI-GS).

O MBI ainda não está disponível para comercialização no Brasil, no entanto a editora que detém os direitos autorais disponibiliza apenas para fins de pesquisa (BENEVIDES-PEREIRA, 2010). Outras traduções e adaptações do MBI para o Brasil foram realizadas, como exemplo de Lautert (1995), Tamayo (1997), Benevides-Pereira (2001), entre outros.

Ademais, os pesquisadores do denominado Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Estresse e Síndrome de Burnout (GEPEB) têm desenvolvido pesquisas com essas temáticas, bem como instrumentos de Avaliação Psicológica que pretende realizar o diagnóstico da SB, são eles: O Inventário da Síndrome de Burnout – ISB (BENEVIDES-PEREIRA, 2007; 2015), Inventário de Burnout para Psicólogos-IBP (BENEVIDES-PEREIRA; MORENO-JIMENEZ, 2000) e o Questionário Breve de Burnout-CBB (MORENO-JIMENEZ, s/d).

No entanto, é importante destacar que no SATEPSI (sistema de avaliação de testes psicológicos), órgão oficial do Conselho Federal de Psicologia que autoriza a utilização de instrumentos de avaliação psicológica no Brasil, não há instrumento validado para diagnosticar a SB (BENEVIDES-PEREIRA, 2015, CFP, 2003).

Tratamento e prevenção da Síndrome de Burnout

O primeiro procedimento no que diz respeito ao tratamento para o Burnout é uma avaliação adequada a fim de diferenciar a SB e outras patologias como a depressão. Dessa forma, a primeira conduta a ser seguida estará baseada nas comorbidades apresentadas pelo indivíduo acometido pela síndrome, tais como medicações ansiolíticas e antidepressivas (OLIVEIRA, 2015).

Acompanhamento médico por vezes é necessário também quando o indivíduo apresenta sintomas físicos como cefaleias, problemas cardíacos, gastrointestinais entre outros (SANTOS, 2012).

A prática de atividade física e lazer, dormir e alimentar-se adequadamente, prevenir o estresse, técnicas de relaxamento, manter hobbies e interesse pela vida, são procedimentos que os especialistas estão sugerindo para estes indivíduos acometidos pela Burnout (MORTE; DEPS, 2015; OLIVEIRA, 2015).

Outra prática adotada para o tratamento é a utilização da psicoterapia, realizada por psicólogos e/ou psicanalistas (SANTOS, 2012). Há três possibilidades de intervenção trabalhadas na psicoterapia: a relação com a profissão (individual), o ambiente de trabalho (contexto organizacional) e o contexto ocupacional e indivíduo (combinadas) (BENEVIDES-PEREIRA, 2010; MORENO; GIL; HADDAD; VANNUCHI, 2011)

Em suma, o tratamento da SB envolve o acompanhamento psicoterápico, farmacológico e intervenções psicossociais,

No tocante as prevenções, as organizações podem combater a SB adotando medidas tais como implantação de programas de acompanhamento dos colaboradores e integração dos mesmos, planos de cargos e salários, avaliação periódica do nível de satisfação no trabalho e grau de comunicação entre os membros da equipe (XAVIER; RIOS; FRANÇA-BOTELHO, 2013).

Ainda descrevendo as possibilidades de prevenções, Alonso (2014) realizou uma pesquisa na qual aponta como medidas preventivas: proporcionar condições de trabalho atrativas e gratificantes; implementar programas de socialização visando melhorar o clima organizacional; investir no aperfeiçoamento profissional; reconhecer a necessidade de educação permanente; implantação de sistemas de avaliação que concedam aos funcionários um papel ativo e de participação nas decisões laborais; dar suporte social as equipes e fomentar suas decisões.

Em se tratando do aspecto individual, pode-se adotar estratégias descritas por Lipp (2007) de manejo do estresse, tais como: informar-se acerca do estresse, identificando seus sintomas e fatores desencadeadores; reelaborar a maneira como interpreta cada estressor, tendo consciência que estímulos estressores são inevitáveis e nem todos são considerados negativos; reconhecer e respeitar os limites, focando nas soluções dos problemas.

O psicólogo enquanto atuante nas organizações pode intervir na prevenção e tratamento do Burnout, promovendo informações acerca do fenômeno, além de promover neutralização dos agentes estressores, promover apoio social, melhorando as relações interpessoais entre os colaboradores, desenvolvendo ações em saúde ocupacional e encaminhar, caso necessário, o colaborador para uma psicoterapia individual.

Carlotto (2014) doutora em psicologia, desenvolveu um estudo que teve como objetivo propor ações de intervenções e prevenção da SB em um grupo de dez professores. A intervenção foi estruturada em cinco encontros quinzenais e possibilitou trabalhar com estratégias de enfrentamento com foco na resolução de problemas e manejo de emoções de acordo com os estressores apresentados pelos professores. Ademais, promoveram reflexões acerca das possibilidades e limites da função docente no atual contexto de trabalho e discutidos técnicas de prevenção a nível individual, grupal e organizacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos acerca da Síndrome de Burnout definem esse fenômeno psicossocial, relacionado ao contexto laboral e que acarreta sérios danos na vida do profissional, gerando desgaste e ameaçando seu bem-estar, além de gerar gastos para as organizações e prejudicar o atendimento ao cliente. Assim, profissionais formados em psicologia, engenharia, medicina, enfermagem, fisioterapia dentre outros, preocupados com essas consequências, vem

desenvolvendo pesquisas a fim de compreender o fenômeno da Síndrome de Burnout e encontrar meios eficazes de intervenção e assim promover a saúde do trabalhador.

Este capítulo foi constituído contextualizando a relevância da temática, explanando as definições da Síndrome, desencadeadores, bem como sintomas, consequências, classificação, tratamento e prevenção do Burnout.

Espera-se que após a leitura, o leitor amplie seus conhecimentos acerca da SB e que possibilite apontar caminhos para futuras investigações, prevenções e intervenções acerca desse fenômeno.

REFERÊNCIAS

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T.;MORENO-JIMÉNEZ, B. Inventário de Burnout para Psicólogos – IBP. **GEPEB – Instrumentos**. Disponível em <http://gepeb.wordpress.com/ibp/>. Acesso em 21.04.2017. 2000.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. Elaboração e Validação do ISB - Inventário de Avaliação da Síndrome de Burnout. **Boletim de Psicologia**, v. LXV, p. 59-71, 2015.

_____. **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador(4ª ed). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

BRUK-LEE, V.; SPECTOR, P. E. Conflito interpessoal e estresse no trabalho: implicações para a Saúde e o Bem-estar dos trabalhadores. InROSSI, A. M.;PERREWÉ, P. L.;MEURS, J. A. (orgs.). **Stress e qualidade de vida no trabalho** (pp. 1-22). São Paulo: Editora Atlas. 2011

CARLOTTO, M. S. O impacto de variáveis sociodemográficas e laborais na Síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem. **Revista da SBPH (Belo Horizonte)**,v.14, n.1, p.165-185, 2011.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Análise da produção científica sobre a Síndrome de *Burnout* no Brasil. **PSICO PUCRS (Porto Alegre)**, v.39, n.2, p.152-158, 2008. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1461>>. Acesso em: 14/02/2017.

CARLOTTO, M. S. Prevenção da Síndrome de Burnout em professores: um relato de experiência. **Mudanças: psicologia da saúde**. v.22, n. 1, p.31-39, 2014.

CARVALHO, C. G.; MAGALHÃES, S. R. Síndrome de Burnout e suas consequências nos profissionais de enfermagem. **Revista Vale do Rio Verde**.v.9, n.1, p.200-210, 2011.

COHEN, J.; SILVA, J. O.; MARQUES, L. A. Q.; KATSURAYAMA, M. Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem na cidade de Manaus. **Saúde & Transformação Social**.v.4, n.1, p.31-38, 2013.

CFP. Resolução 002/2003. **Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos**. Disponível em http://www2.pol.org.br/legislacao/pdf/resolucao2003_2.pdf. Acesso em 21.04.2017. 2003.

DANTAS, E. A. M.; BORGES, L. O. Saúde organizacional e síndrome de *Burnout* em escolas e hospitais. **Revista Estudos e pesquisa em Psicologia,RJ**.v.12, p.116-144, 2012.

EBLING, Márcia; CARLOTTO, Mary Sandra. Burnout syndrome and associated factors among health professionals of a public hospital. **Trends In Psychiatry And Psychotherapy**, [s.l.], v. 34, n. 2, p.93-100, 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s2237-60892012000200008>.

FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L.. **Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática** (4ª ed.). São Paulo: editora Atlas. 2009.

JARDIM, S. R.; SILVA-FILHO, J. F.; RAMOS, A.. O diagnóstico de Burnout na atenção em saúde mental dos trabalhadores. In: ARAÚJO, A. et al. (orgs.). **Cenários do trabalho: subjetividade, movimento e enigma**. Rio de Janeiro: Dp&a, 2004. p. 73-88.

KOVALESKI, D. F.; BRESSAN, A.. A síndrome de Burnout em profissionais de saúde. **Revista Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p.107-113, 2012.

LIPP, M. N.. **O stress do professor** 5 ed: Campinas, SP: Papirus, 2007

MAIA, L. D. G.; SILVA, N. D.; MENDES, P. H. C.. Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 36, n. 123, p.93-102, 2011.

MASLACH, C.; JACKSON, S. **Maslach Burnout Inventory, Manual**. Palo Alto: University of California. Consulting Psychologists.1986.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E.; LEITER, M. P. **Maslach Burnout Inventory Manual**. Palo Alto: University of California. Consulting Psychologist. 1996.

MASSUD, M.; BARBOSA, G. A.; GOUVEIA, V. V.. Indicadores de saúde mental. In: BARBOSA, G. A.; ANDRADE, E. O.; CARNEIRO, M. B.; GOUVEIA, V. V. (orgs.), **A saúde dos médicos do Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Medicina. 2007.

MENEGHINI, F.; PAZ, A. A.; LAUTERT, L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, v.20, n.2, p.225-233. Jun. 2011. doi: 10.1590/S0104-07072011000200002.

MORENO-JIMÉNEZ, B. (s/d). CBB – Cuestionário Breve de Burnout. **GEPEB – Instrumentos**. Disponível em <http://gepeb.wordpress.com/cbb/>. Acesso em 21.04.2017.

MORENO, F. N.; GIL, G. P.; HADDAD, M. C. L.; VANNUCHI, M. T. O. Estratégias e intervenções no enfrentamento da Síndrome de Burnout. **Revista de Enfermagem-UERJ**, nº19, v. 1, p.140-145, 2011.

MORTE, S. V. R. B.; DEPS, V. L. Prevenção e tratamento do estresse e da Síndrome de Burnout em professores da rede pública de ensino. **Revista Científica Interdisciplinar**, n 1, v. 1, p. 2015.

OLIVEIRA, T. C. **Construção e validação de manual sobre Burnout em professores**. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. 2015.

OLIVEIRA, R. K. M.; COSTA, T. D.; SANTOS, V. E. P. Síndrome de *Burnout* em enfermeiros: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v.5, n.1, p.3168-3175, 2013.

PORTERO, A. I. P.; RUIZ, E. J. G. F. *Burnout* em cuidadores principais de pacientes com Alzheimer: El síndrome Del asistentedesasistido. **Anales de Psicología**, v.14, p. 83-93, 1998.

RISSARDO, Marina Pereira; GASPARINO, Renata Cristina. Exaustão emocional em enfermeiros de um hospital público. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 17, n. 1, p.128-132, mar. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-81452013000100018>.

RITTER, R. S.; STUMM, E. M. F.; KIRCHER, R. M. Análise de Burnout em profissionais de uma emergência de um hospital geral. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.2, n.11, p. 236-248. 2009.

SCHMIDT, Denise Rodrigues Costa et al. Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 18, n. 2, p.330-337, jun. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072009000200017>.

SANTOS, M. T. F. **Avaliação de Burnout em trabalhadores dos centros de atenção Psicossocial: CAPS da região da Borborema**.PB. Monografia de especialização. Universidade Estadual da Paraíba Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. 2012.

SCHMIDT, D. R. C.; PALADINI, M.; BIATO, C.; PAIS, J. D.; OLIVEIRA, A.R. Qualidade de vida no trabalho e *Burnout* em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem** (Brasília), v.66, n.1, p.13-17, 2013.

SHIROM, A.; WESTMAN, M.; SHAMAI, O.; CAREL, R. S. Effects of work overload and Burnout on cholesterol and triglycerides levels: the moderating effects of emotional reactivity among male and female employees. **Journal of Occupational Health Psychology**,v.1, p.275-288, 1997.

SILVA, J. L. L.; DIAS, A. C.; TEIXEIRA, L. R. Discussão sobre as causas da Síndrome de Burnout e suas implicações à saúde do profissional de enfermagem. **Aquichán**, v.12, n.2, p.144-159, 2012.

TAMAYO, R. M.; MENDONÇA, H.; SILVA, E. N. Relação entre estresse ocupacional, coping e Burnout. In M. C. Ferreira, & H. Mendonça (orgs.), **Saúde e bem-estar no trabalho: dimensões individuais e culturais** (pp. 35-57).São Paulo: Casa do Psicólogo. 2012.

TRIGO, T. R. Síndrome de Burnout ou Esgotamento profissional: como identificar e avaliar. InGLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. (orgs.),**Saúde mental e trabalho: da teoria à prática** (pp.160-175). São Paulo: Roca. 2010.

VASQUES-MENEZES, I. Saúde mental e trabalho: aplicações na prática clínica. InCODO, W. (org.),**Saúde mental e trabalho: leituras** (pp.193-208), (4ª ed.) Petrópolis, RJ:Vozes. 2010.

VIEIRA, I.;JARDIM, S. R. Burnout e reações de estresse. InGLINA, D. M. R.;ROCHA, L. E. (orgs.),**Saúde mental e trabalho: da teoria à prática** (pp.403-414). São Paulo: Roca. 2010.

XAVIER, J. W. O.; RIOS, O. L.; FRANÇA-BOTELHO, A. C. Qualidade de vida no trabalho, o desafio de vencer a síndrome de Burnout e suas consequências. **Revista Saúde e Pesquisa**, v.6, n.1, p.117-121, 2013.

CAPÍTULO 5 – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O CÂNCER DE MAMA E SUA PREVENÇÃO

Shirley de Souza Silva Simeão

Maria da Penha de Lima Coutinho

Lidiane Silva de Araújo

INTRODUÇÃO

Este capítulo aborda o câncer de mama e suas possibilidades preventivas à luz da teoria das representações sociais. Assim, apresenta um percurso que vai da revisão da literatura sobre o tema em análise (câncer de mama e sua prevenção), explicitando um apanhado de pesquisas, culminando com um relato de pesquisa propriamente dito. Neste contexto, parte da perspectiva de mulheres com e sem histórico de vivência do câncer de mama, visando à compreensão contextualizada do objeto representacional na ótica de tais grupos.

CÂNCER DE MAMA E PREVENÇÃO

Entre as diferentes modalidades de neoplasia, de acordo com as últimas estimativas, o câncer de mama emerge como o segundo mais incidente e o mais prevalente entre as mulheres, configurando-se como um problema de saúde pública e uma das principais causas de morte a atingir esta população. No território brasileiro, os elevados índices de mortalidade pela doença têm apontado para a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas em saúde, no sentido de favorecer a detecção precoce como alternativa para um tratamento mais efetivo e, conseqüentemente, o controle da doença (NICOLLUSI; SAWADA, 2011; RODRÍGUEZ-SALES et al., 2014; INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011; KLUTHCOVSKY et al., 2014; SOARES et al., 2013).

Nas últimas décadas, segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2015), vem-se verificando o desenvolvimento de métodos de diagnóstico precoce e de tratamento mais eficazes, levando ao aumento de sobrevida, sobretudo em países da Europa e América do Norte (SALCI; MARCON, 2010; SOARES et al., 2013). Deste modo, cada vez mais tem-se observado o desenvolvimento de políticas em saúde que ressaltam o diagnóstico precoce pela prática do

autoexame, realização de exame clínico por profissional habilitado, bem como por meio da realização de exames complementares, tais como a ultrassonografia ou a mamografia (ROMANI; GUTIERREZ; RAMOS-CASTILLO, 2011).

Das técnicas de diagnóstico já mencionadas, a mamografia é considerada o método de rastreamento mais eficaz na avaliação das alterações mamárias não palpáveis. Assim, configura-se como o exame proeminente no diagnóstico em estágio inicial, contribuindo para um bom prognóstico e melhores possibilidades terapêuticas (INUMARU et al., 2011; INCA, 2014; PEREIRA et al., 2014).

Em relação às modalidades de tratamento, encontram-se terapêuticas adjuvantes, como a quimioterapia e a radioterapia, importantes estratégias complementares para o controle do câncer de mama, apesar dos efeitos adversos e de sua influência negativa na qualidade de vida (QV) dos(as) pacientes. Além dessas terapêuticas adjuvantes, atualmente, a técnica cirúrgica denominada mastectomia radical é um dos tratamentos mais comuns, em virtude da ocorrência de diagnóstico tardio (FANGEL et al., 2013; FRANÇA, 2013).

O tratamento assume um papel paradoxal: ao mesmo tempo em que representa a esperança da sobrevivência e cura, é um procedimento agressivo e traumático que, por afetar um órgão que representa um símbolo de feminilidade e sensualidade, compromete a autoimagem da mulher. Destarte, as intervenções terapêuticas afetam a qualidade de vida geral, provocando um impacto psicossocial pelas adversidades decorrentes da natureza desses procedimentos, como vivência de medos, preocupações e mutilações, consideráveis fontes de sofrimento (MAJEWSKI et al., 2012).

Neste cenário, a literatura destaca a importância do desenvolvimento de recursos utilizados no combate à doença, bem como das situações adversas decorrentes do tratamento. Entre as estratégias de enfrentamento, observa-se a importância dos suportes familiar, social e religioso na luta contra a enfermidade, associados à maior resiliência e resistência ao estresse relacionado à situação de adoecimento (HOFFMANN; MULLER; FRASSON, 2006).

Verifica-se que o suporte familiar atua como um dos alicerces no enfrentamento das alterações na autoimagem e de todos os sentimentos disfuncionais inerentes à condição vivida e à representação que a doença assume na vida das mulheres acometidas por essa patologia. Diante deste contexto, a família se apresenta como um dos pilares de apoio psicossocial, promovendo ajuste na qualidade de vida dessas mulheres.

O apoio social, caracterizado como um processo de interação e de construção de vínculos de amizade proporciona apoio material e emocional, contribuindo, assim, para o bem-estar recíproco. No cenário da oncologia, considera-se que o apoio social funciona como importante recurso para o enfrentamento de situações de adoecimento, contribuindo para o aumento da capacidade das pessoas de contornarem situações de estresse e construírem fatores positivos na prevenção e na manutenção da saúde (HOFFMAN; MULLER; FRASSON, 2006).

Finalmente, o apoio religioso tem sido cada vez mais ressaltado como estratégia benéfica para o enfrentamento e adaptação à condição de adoecimento, auxiliando no processo de recuperação e bem-estar do paciente. Dessa forma, os aspectos religiosos são considerados recursos importantes no enfrentamento do câncer de mama, ao funcionarem como conforto e suporte frente à dura realidade de um diagnóstico que parece confrontar o indivíduo com sua finitude (KOENIG, 2012; VEIT; CASTRO, 2013).

Apesar dos avanços tecnológicos na detecção e tratamento dessa patologia, o câncer de mama ainda é representado como sentença de morte. Daí a importância do apoio às mulheres para lidar com o diagnóstico que é concebido como uma situação temida, irreversível e com significado comumente associado a um desfecho fatal (AMBRÓSIO; SANTOS, 2011; MENEZES; SCHULZ; PERES, 2012).

Nesse direcionamento, isto é, pelo estigma associado à patologia, observa-se que esta tem forte impacto na vida da mulher, representando incertezas em relação ao futuro, à possibilidade de recorrência e à dúvida a respeito do sucesso do tratamento. Assim, a vivência da doença e de seu tratamento impõe uma série de dificuldades, funcionando como potencial evento estressor (SALCI; MARCON, 2010; GOMES; SILVA, 2013; MACIEL; SÁ-SERAFIM, 2013; SOUZA; VIEIRA; FONTOURA, 2011).

Para compreensão ampla acerca desta problemática, faz-se importante considerar a dimensão psicossocial envolvida no diagnóstico do câncer, cuja conotação negativa aparece comumente associada à vivência de sofrimento e à possibilidade de morte iminente. Tais elaborações tendem a não favorecer a adoção de práticas preventivas e de autocuidado, sendo, muitas vezes, um empecilho na orientação de comportamentos voltados à saúde (GIRALDO-MORA; ROJAS, 2009).

Em função desse teor representacional, o câncer de mama é visto como enfermidade catastrófica, com potencial destrutivo de vidas, acarretando perdas, sofrimento, prejuízos à

autoestima, mudanças e deterioração física. Conseqüentemente, esta representação social do câncer de mama parece se colocar como um dos principais impedimentos ao tratamento e à adoção de práticas preventivas (GIRALDO-MORA, 2009; QUINTANA et al., 2004).

A apreensão das representações sociais, segundo Oliveira (2011), pode oferecer a base para a compreensão de fenômenos envolvidos no processo saúde-doença, especificamente de questões envolvidas na área da saúde, que perpassam a construção de conhecimento prático e compartilhado no cotidiano de determinados grupos sociais. Portanto, a representação que a doença assume socialmente tem implicações nos comportamentos adotados pelas pessoas ao vivenciarem a situação de adoecimento e o significado que a patologia assume nas suas vidas e, com efeito, no modo de lidar com ela.

Conforme Reis e Bellini (2011), a representação pode ser denominada enquanto um sistema de interpretações da realidade, organizando as relações dos indivíduos com o mundo e orientando suas condutas e comportamentos no meio social. Assim, por ser uma perspectiva teórica que focaliza a comunicação social como veículo do papel ativo dos atores sociais na construção social da realidade cotidiana, esta pesquisa perfilha a pertinência da Teoria das Representações Sociais (MOSCOVICI, 1978; MOSCOVICI, 2012) para estudar o tema em destaque.

Face ao exposto, o presente estudo objetivou analisar as representações sociais de mulheres acerca do câncer de mama e suas formas preventivas. Acredita-se que esse tipo de conhecimento facilita a compreensão do sistema de interpretação da realidade que perpassa as relações dessas mulheres no seu contexto de pertença social, sendo um dos fatores que contribui com as suas ações sociais voltadas para as práticas de autocuidado e de prevenção da doença.

MÉTOD

Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo de campo, descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa e qualitativa e abalizado na perspectiva teórico-conceitual das Representações Sociais.

Lócus da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida em três organizações não governamentais e sem fins lucrativos localizadas na cidade de João Pessoa, Paraíba. Estas instituições têm o objetivo maior de promover orientação e assistência social a pacientes com câncer, sobretudo aos portadores de neoplasia mamária.

Amostra

Participaram da pesquisa 111 mulheres, com idades variando de 38 a 85 anos e idade média de 53 anos). As mesmas foram distribuídas em dois grupos em função da vivência (ou não) do câncer de mama. O primeiro grupo constituído por 50 mulheres que vivenciaram o câncer de mama e finalizado o tratamento adjuvante, quimioterapia/radioterapia. O segundo grupo composto por 61 mulheres sem a vivência da patologia referida.

Instrumentos

Utilizaram-se como instrumentos o questionário biossociodemográfico e a técnica de associação livre de palavras (TALP). O primeiro objetivou identificar os dados sociodemográficos (estado civil, escolaridade, religião) e clínicos das mulheres (vivência e histórico de câncer de mama na família). A TALP, técnica projetiva adaptada ao campo da psicologia social por Di Giácomo, em 1981, foi usada com o desígnio de acessar as representações sociais elaboradas pelas mulheres acerca do objeto social de interesse - câncer de mama e suas formas preventivas (COUTINHO; NÓBREGA; ARAÚJO, 2011).

A TALP foi conduzida a partir de quatro estímulos indutores (eu mesma, câncer de mama, prevenção e mamografia), escolhidos em consonância com os objetivos da pesquisa e que foram apresentados às participantes com a seguinte instrução: “Se eu lhe digo a palavra “*câncer de mama*” o que lhe vem à mente, e assim sucederam-se as instruções quanto aos demais estímulos.

Procedimento

Esta pesquisa seguiu os preceitos éticos para pesquisa com seres humanos regidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética e

Pesquisa, sob protocolo 0029/13, que declarou estar em pleno acordo com os objetivos e aspectos metodológicos do projeto, autorizando assim a sua execução. Procedida esta etapa, realizaram-se visitas aos *lôcus* da pesquisa com o objetivo de informar as organizações sobre o projeto de pesquisa, solicitando destas a colaboração com o estudo quanto ao acesso aos espaços para a coleta de dados.

Após a aprovação das instituições, as participantes eram convidadas a colaborar com a pesquisa e, mediante assinatura voluntária do termo de consentimento livre e esclarecido, procedeu-se a aplicação dos instrumentos. A coleta de dados foi realizada individualmente; em virtude de parte da amostra ser composta por mulheres com baixa escolaridade, optou-se por padronizar a aplicação, de forma que os instrumentos foram aplicados com a intervenção da pesquisadora que os lia em voz alta e registrava as respostas das participantes.

Análise dos dados

Os dados decorrentes do questionário biossociodemográfico foram processados pelo software SPSS e analisados pela estatística descritiva (frequência, percentagem, média e desvio padrão). Os dados oriundos da técnica de associação livre de palavras foram processados pelo software Tri-Deux-Mots e analisados por meio da análise fatorial de correspondência (AFC). O emprego do referido software viabilizou a ilustração gráfica de consensos e dissensos em torno de variáveis fixas (idade, escolaridade, estado civil) e variáveis de opinião apresentadas pelas participantes face aos estímulos indutores preconizados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que se refere ao perfil sociodemográfico das participantes, identificou-se que a maioria das entrevistadas é casada (57%), têm filhos (85%) e apresenta nível de escolaridade superior (40%). Em relação à filiação religiosa, houve uma predominância do catolicismo (72%) sobre outras religiões (15% evangélicas; 3% espíritas), enquanto 10% declarou não possuir filiação religiosa, atribuindo a si mesmas a denominação de cristãs.

Quanto aos aspectos clínicos, das 50 mulheres que vivenciaram o câncer de mama, foi possível identificar que 47 foram submetidas ao tratamento cirúrgico (mastectomia unilateral ou

bilateral). Das mulheres mastectomizadas, 22 realizaram a cirurgia de reconstrução mamária e das 25 que afirmaram não ter realizado o procedimento de reconstrução mamária, a maioria, 17, alegou medo como o principal motivo da não realização da reconstrução, enquanto 3 justificaram a não realização por opção própria, 3 afirmaram não apresentarem condições clínicas/saúde e 2 queixaram-se de falta de informação.

Os resultados processados pelo tri-deux-mots originaram um plano fatorial (F1 e F2) indicando aglomerações representacionais – as chamadas “nuvens” – que ressaltam diferenças e semelhanças nos conteúdos do saber socialmente elaborado e partilhado pelas participantes acerca do objeto social abordado, em função das variáveis fixas e de opinião.

Foram registradas 1571 palavras associadas aos estímulos indutores; destas, 671 palavras diferentes abrangeram carga fatorial média igual a 14,71. O fator 1(F1), também denominado de eixo1, ocupa a posição horizontal, contribuindo com 26,5% da variância explicada (valor próprio = 0,057) e, o fator 2, (F2) ou eixo 2, linha vertical que deteve 21,6% de variância explicada (valor próprio = 0,047). Para a análise das contribuições do plano fatorial, consideraram-se os estímulos indutores e suas cargas fatoriais.

De acordo com a Figura 1, no primeiro eixo (F1), em negrito, na linha horizontal, à esquerda, é possível verificar as objetivações das mulheres que vivenciaram o câncer de mama em suas trajetórias de vida. Em relação ao primeiro estímulo “eu mesma”, as participantes se autodenominaram como pessoas de *fê* e com abertura ao crescimento e *aprendizagem*. Já em relação ao "câncer de mama" (segundo estímulo) este grupo de pertença representou a patologia por meio dos elementos *difícil*, *inesperado*, *Deus* e *vitória*.

Figura 1 - Plano fatorial de correspondência das representações sociais do câncer de mama e sua prevenção elaboradas pelas participantes.

	EVANGÉLICA					1
	FUM4	remédios3				2
		F2	bm1			3
						4
	evita3	prevenção3/MEDIO				5
aprendizagem1	boa1	saber4		morte2		7
				tratamento2		8
dificil12/descoberta4		cure2/cuidado4				9
						10
normal4				incurável2		11
fé1	nervosa4					12
	Dens2					13
		NÃO VIVENCIOU O CÂNCER DE MAMA/medo2/exame3				14
		exame4				15
F1						16
	VIVENCIOU O CÂNCER DE MAMA			necessária4		17
inesperado2	ultrassonografia3			tratamento3		18
	medo4					19
	vitória2			horível4		20
						21
		dor1				22
		sofrimento2/importante4				23
		responsável1/doença2				24
		SUPERIOR/nervosa1				25
						26
						27
						28
						29
						30
						31
dúvidas4						32
	OUTRA RELIGIÃO					33
						34
						35
	vidal1					36

Fonte: dados da pesquisa

No que tange à prevenção do câncer de mama (terceiro estímulo), a *ultrassonografia* emergiu como elemento figurativo, caracterizando, possivelmente, um dos meios de detecção precoce do problema. Acerca do quarto estímulo "mamografia", as associações giraram em torno dos elementos *medo*, *descoberta*, *normal* e *nervosa*.

Quanto à representação do câncer de mama (estímulo 2) evidenciada nas evocações das participantes, é notório o caráter que o câncer assumiu nas suas vidas, emergindo como fenômeno inesperado e de difícil superação. Evidenciou-se que as mulheres que vivenciaram a doença utilizaram como suporte de apoio a busca da religiosidade e fé como estratégias de enfrentamento para minimizar o sofrimento e o estresse decorrentes da situação de adoecimento.

No contexto oncológico, é comum a utilização do *coping* religioso para enfrentamento das situações adversas que perpassam o processo de adoecimento. Os aspectos religiosos ocupam um lugar de destaque na vida das mulheres com diagnóstico de câncer de mama, sendo apontados como um recurso que auxilia na forma de melhor lidar com o estresse gerado pelo diagnóstico e tratamento (HOFFMANN; MULLER; FRASSON, 2006; VEIT; CASTRO, 2013).

Quanto à prevenção do câncer de mama (estímulo 3), a construção do conhecimento prático assumiu um significado paradoxal: por um lado, a consciência da importância de realização de exames, e, por outro, o temor, o medo e a tensão de realizá-lo por remeter à possibilidade de descoberta da recorrência da doença.

A representação negativa sobre o câncer de mama parece não favorecer a adoção de práticas de autocuidado, as quais estão relacionadas à detecção precoce da doença. Infere-se que a percepção que a patologia assume socialmente, bem como algumas crenças sobre a mesma, podem dificultar a realização/adesão a práticas preventivas, constituindo um dos principais obstáculos a adoção de medidas de prevenção (GIRALDO-MORA; ROJAS, 2009).

Neste sentido, identificar a representação social da doença e de suas formas de prevenção pode contribuir para o conhecimento das causas que dificultam a adesão de práticas e ações voltadas para a prevenção do câncer de mama. A doença concebida como incurável, catastrófica e mortal pode provocar importante impacto emocional, remetendo a uma situação de desamparo, que muitas vezes já é vislumbrada com a possibilidade diagnóstica (QUINTANA et al., 2004; GIRALDO-MORA; ROJAS, 2009; INSA; MONLEÓN; ESPALLARGAS, 2010).

Já no campo semântico do grupo sem a vivência da patologia, não foi evidenciada qualquer objetivação face ao estímulo indutor "eu mesma" (estímulo 1). Em relação ao "câncer de mama" (estímulo 2), as participantes objetivaram este objeto representacional como *doençaincurável*, que requer *tratamento* e provoca *medo* em função da proximidade com a *morte*. Quanto à "prevenção do câncer de mama" (estímulo 3), o grupo destacou os elementos *tratamento* e *exame*. Por fim, no que se refere à "mamografia" (estímulo 4), observou-se uma referência paradoxal ao procedimento (*necessário e horrível*).

De acordo com Giraldo-Mora e Rojas (2009) e Insa, Monleón e Espallargas (2010), face à possibilidade de padecer desta patologia, as mulheres da população geral manifestam pouco preparo, sobretudo emocional, para enfrentar o possível diagnóstico da doença, principalmente pela representação que se tem associada à sentença de morte.

Segundo Quintana et al. (2004), mulheres de grupos populares ainda vêem o câncer de mama como uma doença que, por ser considerada incurável, as situa numa posição de desamparo frente ao risco de morte iminente. Tais dados corroboram os achados do presente estudo que identificou uma visão fatalista sobre a doença, que apesar dos avanços e de se tratar de uma patologia curável, carrega o estigma de doença terrível que remete à finitude. Cabe salientar que, ao adotarem uma concepção da doença pautada no medo da morte e nas impossibilidades de cura, as mulheres podem, a partir das representações sociais que orientam sua comunicação e conduta, obstaculizar a detecção precoce da doença. Isto, pois, o medo pode não favorecer a adesão dessas

mulheres supostamente saudáveis a práticas de cuidado e prevenção frente à doença (GIRALDO-MORA; ROJAS, 2009; INSA et al., 2010).

No que tange à prevenção do câncer de mama (estímulo 3), Quintana et al. (2004) preconizam que o estudo das representações sociais pode oferecer um contributo à reflexão em torno da eficácia das campanhas de prevenção do câncer de mama. No senso comum, segundo estes autores, o que se observa é a existência de uma representação do câncer de mama distinta daquela que fundamenta as campanhas preventivas sobre o assunto.

Por tal razão, os autores dão relevo à necessidade de reconsiderar tais ações preventivas a partir da ótica do seu público-alvo, o qual possui uma forma de saber legítimo, socialmente construído e compartilhado, que precisa ser acessado e visibilizado para uma melhor eficácia dessas campanhas.

Por fim, no que se refere à mamografia (estímulo 4), embora considerada imprescindível, esta foi caracterizada como um método *horrível*, certamente em função do caráter imagético que possui no coletivo feminino, remetendo à dor ou ao desconforto típico que este exame pode assumir. Ademais, este sentido, para além da dor, pode estar associado ao significado maior que ele representa: o meio mais comum de detecção do câncer de mama, remetendo, por seu tempo, a outros significados a ele associados, conforme já aludidos por outros autores (GIRALDO-MORA; ROJAS, 2009; GOMES; SILVA, 2013; INSA et al., 2010; QUINTANA et al., 2004; SALCI; MARCON, 2010).

Assim, o exame de mamografia, além de ser um procedimento concebido como doloroso, coloca a mulher frente à possibilidade de um diagnóstico confirmatório, provocando temor, ativando o medo da mutilação, da dor e da morte, denotando a presença de questões subjetivas e socioculturais na construção dessas representações (GIRALDO-MORA; ROJAS, 2009; INSA et al., 2010; QUINTANA et al., 2004). Desta forma, percebe-se a visão paradoxal acerca desta estratégia preventiva, que, ao mesmo tempo em que é ancorada no seu valor e importância, remete ao risco das possíveis consequências desagradáveis vivenciadas a partir de sua realização e dos seus possíveis desdobramentos (descoberta e enfrentamento da doença).

No segundo eixo (F2), na linha vertical do plano, em itálico, na parte superior, aparecem as evocações das participantes que possuem o ensino médio como escolaridade e se dizem evangélicas. Este grupo se autodenominou, por meio do estímulo 1 (eu mesma), como pessoas *boas* e de *bem* com a vida. Para estas mulheres, a prevenção do câncer de mama foi associado aos

elementos *remédio* e *evita*, além da expressão tautológica *prevenção*; ademais, a mamografia (estímulo 4) foi objetivada como prática de *cuidado*.

Foi possível identificar certo distanciamento entre as representações das participantes acima referidas e as representações sociais que geralmente se apresentaram frente aos estímulos indutores. Nesta perspectiva, identificou-se uma representação pautada em uma visão mais realista e positiva acerca da patologia e de sua prevenção e que favorece o entendimento de comportamentos e desenvolvimento de ações de cuidado.

Assim, tais representações sociais da doença contrariam a conotação negativa, associadas à vivência de sofrimento e à possibilidade de morte iminente, e tendem a favorecer a adoção de práticas preventivas e de autocuidado, contribuindo assim na orientação de comportamentos voltados à saúde. Aos poucos, concede-se espaço para novos sentidos subjetivos naquelas pessoas que conseguem ir além do primeiro impacto da patologia, viabilizando a produção de novas representações, alternativas em relação àquelas dominantes (GIRALDO-MORA; ROJAS, 2009).

Um dos principais exames preventivos - a "mamografia"- emergiu revestida por significados ambíguos, denotando uma função de *cuidado* e de *saber* que, no entanto, é ou pode ser *ruim*. Percebe-se, a partir dos resultados, uma possível alusão do momento de realização como uma situação carregada de medo e incertezas, já se caracterizando, para muitas mulheres, como prenúncio de uma realidade fatal (INSA et al., 2010).

Em oposição, abaixo, no mesmo eixo (F2), dispuseram-se as objetivações do grupo de mulheres com nível superior de ensino e religiões de outra natureza. Face ao estímulo indutor "eu mesma" (estímulo 1), estas participantes reportaram-se como pessoas *responsáveis*, *nervosas*, imbuídas de *dor* e admiradas pela *vida*. Acerca do "câncer de mama" (estímulo 2), a *luta* e o *sofrimento* foram sobressalentes como elementos figurativos. Em relação à "prevenção do câncer de mama" (estímulo 3), não foram evidenciadas quaisquer expressões associadas. Já em relação à "mamografia" (estímulo 4), foi possível observar as objetivações *importante* e *dívida*.

Percebe-se que a representação social que o câncer de mama assume (*luta e sofrimento*) se coloca como um dos principais impedimentos ao tratamento e à adoção de práticas preventivas. Segundo Quintana et al. (2004) e Giraldo-Mora e Rojas (2009), é comum que no momento inicial do diagnóstico a pessoa ainda esteja subordinada à representação social hegemônica da doença e

seu caráter fatalístico, ancorando-se em aspectos emocionais que revestem a sua concepção da doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação às representações sociais de mulheres acerca do câncer de mama e suas formas preventivas, os dados apreendidos indicaram a existência de aproximações e distanciamentos no saber elaborado pelos grupos de pertença pesquisados.

Comparando as representações sociais do câncer de mama elaboradas por mulheres que vivenciaram a doença com as mulheres que não a experienciaram, curiosamente, foi possível perceber que este grupo atribui uma conotação mais fatalista acerca da doença do que propriamente aquele de mulheres que já receberam o diagnóstico desta. Evidenciou-se que a ausência de contato direto dessas mulheres com a doença coloca o saber por elas elaborado numa dimensão distante da cura e letal, diferentemente do conhecimento que as mulheres marcadas pela doença conseguem conceber em função do caráter real que o câncer assumiu em seu cotidiano e nos desdobramentos que o tratamento significou em suas vidas.

É possível justificar tais diferenças nos pensamentos grupais, ao considerar as representações sociais como um sistema de interpretação da realidade que atua como grade de leitura sobre o processo de saúde-doença e exerce as funções sociocognitivas de familiarização com a novidade, transformando o estranho, potencialmente ameaçador, em algo familiar.

Assim, a doença parece ter atribuído um novo sentido subjetivo às mulheres que, ao receberem o diagnóstico, tiveram de reelaborar suas representações sociais para dar conta da sua nova condição que, em termos práticos, lhes exigiu um novo posicionamento sobre a doença e suas formas de tratamento, fato que parece tê-las aproximado de um sentido mais real e menos fatalístico dessa condição diagnóstica.

Com efeito, como desdobramentos futuros sugere-se a criação de campanhas educativas sobre o tema que aproximem as mulheres de diferentes grupos, no sentido de dar visibilidade aos seus discursos, integrando-os ao plano de ação das campanhas preventivas sobre o câncer de mama. Assim, um elemento que merece destaque é a necessidade de inclusão de uma discussão ampliada acerca da prevenção, considerando importantes elementos relacionados às práticas de cuidado em saúde, que estariam diretamente relacionados ao surgimento do câncer.

Ademais, considerando os grupos de mulheres em seu conjunto, embora tenham emergido palavras distintas associadas ao estímulo indutor mamografia, principal meio de detecção precoce do câncer de mama, as suas objetivações parecem indicar uma mesma ascendência ideológica fundamentada em aspectos multifacetados. Esta mesma raiz caracteriza a mamografia como paradoxo (normal/necessária/cuidado/importante VS medo/horrível/ruim/dúvida), o que reforça a necessidade de rever as campanhas que auxiliam na construção do conhecimento sobre o assunto e seus caminhos preventivos.

Em síntese, considerando os objetivos propostos nesta pesquisa, confia-se que estes tenham sido alcançados. No entanto, faz-se mister a realização de outros estudos sobre o construto, priorizando a ampliação do arsenal plurimetodológico capaz de permitir a compreensão do assunto de modo dinâmico em amostra representativa da população.

A propósito, nesta pesquisa, as participantes que tiveram o diagnóstico de câncer fazem parte de grupos de apoio; portanto, convém realizar estudos que minimizem esta limitação metodológica, contemplando mulheres que não recebem apoio, com vistas a analisar se esta característica da pertença grupal interfere na organização das suas representações e na sua forma de lidar com a doença.

REFERÊNCIAS

AMBRÓSIO, Daniela Cristina Mucinhato; SANTOS, Manoel Antônio. Vivências de familiares de mulheres com câncer de mama: uma compreensão fenomenológica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 27, n. 4, p. 475-484, 2011.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima; NÓBREGA, Sheva Maia; ARAÚJO, Lidiane Silva. O software Trideux: uma ferramenta metodológica aplicada ao campo de pesquisas em representações sociais. In COUTINHO, M.P.L.; SARAIVA, E.R.A. **Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas**. João Pessoa: UFPB, p. 107-147, 2011.

FANGEL, Leticia Meda Vendrusculo et al. Qualidade de vida e desempenho de atividades cotidianas após tratamento das neoplasias mamárias. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 1, p. 93-100, 2013.

FRANÇA, B. A. L. O tratamento do paciente com câncer. In: Camon, V. A. A., Gaspar, K. C. (Eds.), **Psicologia & câncer**. São Paulo: Casa do Psicólogo. p. 117-138. 2013.

GIRALDO-MORA, Clara Victoria; ROJAS, María Eugenia Arango. Representaciones sociales frente al autocuidado en la prevención del cáncer de mama. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 27, n. 2, 191-200. 2009.

GOMES, Nathália Silva; SILVA, Sueli Riul. Avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 3, p. 509-16, 2013.

HOFFMANN, Fernanda Silva; MULLER, Marisa Campio; FRASSON, Antônio Luiz. Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com câncer de mama. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 7, n. 2, p. 239-254, 2006.

INCA-Instituto Nacional do Câncer, (2014). **Estimativa 2014: incidência do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/>>. acesso em: em 05 jan. 2014.

INSA, Lucía Llinares; MONLEÓN, Maria Amparo Benedito; ESPALLARGAS, Ángela Piqueras. El enfermo de cáncer: una aproximación a su representación social. **Revista Psicología & Sociedad**, v. 22, n. 2, p. 318-327. 2010.

INUMARU, Livia Emi; SILVEIRA, Érika Aparecida; NAVES, Maria Margareth Veloso. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. **Cad. saúde pública**, v. 27, n. 7, p. 1259-1270, 2011.

KOENIG, Harold G. **Medicina, Religião e Saúde**: o encontro da ciência e da espiritualidade. L&PM, 2012.

KLUTHCOVSKY, Ana Claudia Garabeli Cavalli et al. Female breast cancer mortality in Brazil and its regions. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 60, n. 4, p. 387-393, 2014.

MACIEL, Silvana Carneiro; SÁ-SERAFIM, Roseane Christhina da Nova. Câncer de Mama e mastectomia: representações sociais da doença e do corpo. In ANGERAMI-CAMON, V. A.; GASPAS, K. C.. **Psicologia & Câncer**. São Paulo: Casa do Psicólogo. p. 487-510. 2013.

MAJEWSKI, Juliana Machado et al. Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 707-716, 2012.

MENEZES, Natália Nogueira Teixeira de; SCHULZ, Vera Lucia; PERES, Rodrigo Sanches. Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio. **Estud. Psicol**, v. 17, n. 2, p. 233-40, 2012.

MOSCOVICI, Serge. **A Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro, Zahar. 1978.

_____. **A Psicanálise, sua Imagem e seu Público**. Petrópolis: Vozes. 2012.

NICOLUSSI, Adriana Cristina; SAWADA, Namie Okino. Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 32, n. 4, p. 759-766, 2011.

OLIVEIRA, Denise Cristina. A teoria de representações sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In ALMEIDA, A.M.O.; SANTOS, M.F.S.; TRINDADE, Z.A. **Teoria das representações sociais: 50 anos**, v. 50, p. 585-624, 2011.

Organização Mundial de Saúde - WHO. **Câncer de mama: prevención y control**. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/es/>. acesso em: 10 jan. 2015.

PEREIRA, Miguel Basto et al. Grupo etário e periodicidade recomendados para a mamografia de rastreio: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1135-1140, 2014.

QUINTANA, Alberto Manuel et al. Prevenção do câncer de mama: a contribuição das representações sociais. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.3, n. 3, p. 295-302. 2004.

REIS, Sebastiana Lindaura Arruda; BELLINI, Marta. Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**, v. 33, n. 2, p. 149-159, 2011.

RODRÍGUEZ-SALÉS, Vanesa; ORTIZ-BARREDA, Gaby; SANJOSÉ, Silvia. Revisión bibliográfica sobre la prevención del cáncer en personas inmigrantes residentes en España. **Revista Española de Salud Pública**, v. 88, n. 6, p. 735-743, 2014.

ROMANÍ, Franco; GUTIÉRREZ, César; RAMOS-CASTILLO, José. Autoexamen de mama en mujeres peruanas: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. Análisis de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES). In: **Anales de la Facultad de Medicina. UNMSM. Facultad de Medicina**, v. 72, n.1, p. 1025-1055. 2011.

SALCI, Maria Aparecida; MARCON, Sonia Silva. A convivência com o fantasma do câncer. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 31, n. 1, p. 18-25, 2010.

SOARES, Priscila Bernardina Miranda et al. The quality of life of disease-free Brazilian breast cancer survivors. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 69-75, 2013.

SOUZA, Ângela Maria Fausto; VIEIRA, Roberto José da Silva; FONTOURA, Helena Amaral da. A prática da reconstrução mamária no universo psicoafetivo da mulher mastectomizada. **Rev. bras. mastologia**, v. 21, n. 4, p. 153-156, 2011.

VEIT, Carina Maria; CASTRO, Elisa Kern de. Coping religioso/espiritual em mulheres com câncer de mama. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 65, n. 3, p. 421-435, 2013.

CAPÍTULO 6 –PAPEIS SOCIAIS DO *BULLYING* ESCOLAR: Um Enfoque Psicossociológico

Luciene Costa Araújo-Morais
Maria da Penha de Lima Coutinho
Lidiane Silva de Araújo

INTRODUÇÃO

Apesar de constituir um tema legítimo no domínio da educação, o *bullying* acarreta implicações à integralidade da saúde dos sujeitos, podendo provocar danos físicos, sociais e/ou psicológicos aos atores sociais envolvidos na sua trama. Desta feita, este capítulo propõe o estudo do *bullying* por uma perspectiva psicossociológica; nomeadamente, explora as representações sociais do *bullying* elaboradas por estudantes, considerando seus papéis sociais ou tipos de envolvimento (agressor, vítima, vítima-agressora e não envolvido) na agressão.

Para tanto, revisita a literatura especializada sobre o assunto e assenta-se numa abordagem multimétodos, partindo do rastreamento dos papéis sociais dos estudantes face ao *bullying*, por meio de uma escala, culminando, a partir da análise fatorial de correspondência, na interpretação do objeto representacional de interesse (*bullying*) em função da disposição de tais papéis de envolvimento. À guisa de conclusão, destaca os principais achados do estudo, seus desdobramentos e sugestões de pesquisas futuras.

***Bullying*: brincadeira ou agressão?**

Confundido por muito tempo como "brincadeira da idade", o *bullying* hoje é reconhecido como um problema mundial causador de impacto negativo no clima escolar e na saúde física e mental dos atores sociais envolvidos (COSMA; BALAZSI; BABAN, 2015; PAREDES et al., 2011; PEDRA, 2005). Esta realidade, indubitavelmente, justifica o destaque frequentemente conferido ao assunto, sobretudo nas últimas duas décadas, na atenção despertada nas escolas, autoridades competentes e nas notícias que são veiculadas pela mídia (FREIRE; AIRES, 2012; STELKO-PEREIRA; WILLIAMS, 2012; OLWEUS, 2013).

De origem inglesa, o termo *bullying* foi adotado no Brasil, assim como em diferentes países, devido à dificuldade de encontrar outra palavra correspondente capaz de abarcar todo o seu significado (ARAÚJO et al., 2012; CECCARELLI; PATRÍCIO, 2013; OLIVEIRA; GOMES, 2012; VIDING et al., 2011). Traduzida como substantivo, a palavra *bully* significa valentão, tirano ou brigão e, como verbo, significa tiranizar, brutalizar, amedrontar, intimidar (ESTRELA; AMADO, 2000).

Tal construto foi inicialmente investigado ainda na década de 1970, na Suécia e na Noruega, por Dan Olweus (FREIRE; AIRES, 2012). Este pesquisador desenvolveu uma série de estudos sobre o assunto usando como base dados provenientes de trabalhos isolados executados em diferentes países. Entretanto, naquela época, os resultados das pesquisas empreendidas por Olweus não obtiveram o impacto esperado, suscitando pouco interesse das instituições escolares sobre o tema (OLWEUS, 1993; 1999).

Somente em 1982, depois de noticiado um trágico acontecimento que culminou no suicídio de três estudantes na Noruega, constatou-se uma mudança na posição adotada pelas autoridades escolares. Naquele contexto, o incidente provocou diversas reações na sociedade, gerando tensão e ampla divulgação do fenômeno nos meios de comunicação, desencadeando, assim, em 1983, uma campanha nacional contra os problemas de *bullying* nas escolas do país, a qual foi encabeçada pelo ministério da educação (OLWEUS, 1993). Desde então, os interesses sobre o fenômeno tomaram proporções maiores em diferentes países, inclusive no Brasil.

A atual visibilidade dada ao assunto no Brasil fomentou a criação de legislações específicas para tratar do *bullying* no contexto escolar. O projeto de Lei do Senado nº 228/2010 (BRASIL, 2010) levou a temática para a esfera da legislação educacional, alterando, assim, a Lei nº 9.394/1996 (Lei de Diretrizes e Bases da educação nacional), ao adicionar entre as incumbências das instituições de ensino, a responsabilidade de promover um ambiente escolar seguro, além da adoção de estratégias de prevenção e combate ao *bullying* (BRASIL, 1996). E a nova Lei 13.185/2015, em seu Art. 1, que institui o Programa de Combate à Intimidação Sistemática (*Bullying*) em todo o território nacional.

De acordo com Olweus (1999), o *bullying* se manifesta “quando um aluno ou uma aluna são expostos, repetidamente e durante um período de tempo, a ações negativas por parte de um ou mais alunos” (p.10). Assim, pode ser definido como atos agressivos (verbais, físicos e/ou psicológicos), antissociais e persistentes que ocorrem entre pares no contexto escolar, os quais

são baseados numa relação de poder assimétrica, podendo ser perpetrados por um aluno individualmente ou por um grupo (SANTOS et al.,2014; ARAÚJO et al., 2012; FREIRE; ALVES, 2012; OLWEUS, 2013).

De tal modo, apesar de a escola constituir um ambiente de socialização e de oportunidades de aprendizado, ela também pode ser palco de intolerância. Portanto, torna-se mister dar visibilidade a questões como as discriminações e outras formas de agressão que não se reduzem à violência física propriamente dita, mas que constituem formas mais sutis - não menos danosas - de expressão do *bullying*, tais como ameaças, difamações, apelidos cruéis, gozações e intimidações (ABRAMOVAY; RUA, 2003).

Papeis sociais de envolvimento no bullying

Conquanto seja notório o aumento de publicações científicas em torno do *bullying*, muitos estudos ainda abordam o tema a partir da diáde agressor-vítima. Com efeito, outras particularidades relacionadas ao assunto acabam sendo desconsideradas, demandando outras perspectivas, conforme sugerem as reflexões de Araújo-Morais (2015), que conferiram visibilidade ao assunto como um fenômeno basicamente de natureza grupal. Por suposto, uma aproximação ao cenário do *bullying* parece necessária, podendo favorecer a ampliação da identificação de outros tipos de envolvimento ou papéis sociais que são desempenhados pelos estudantes neste contexto de agressão (ALMEIDA, 2000; BERGER, 2007; FANTE, 2005; LOPES NETO, 2005; OLWEUS, 1993; SALMIVALI et al., 1998).

De acordo com alguns autores, a diferenciação entre vítimas e agressores nem sempre é fácil, uma vez que os estudantes podem se envolver de diversas maneiras nesse processo, assumindo distintas posturas, as quais dependem das circunstâncias relacionadas ao meio no qual os atores sociais estão inseridos. Em outras palavras, é plenamente possível que um aluno assuma papéis sociais diferentes no contexto do *bullying*; por exemplo, uma vítima pode desempenhar o papel de agressor em outra relação com o objetivo de se distanciar da imagem inferior assumida numa circunstância anterior (BJORKQVIST; OSTERMAN; HJELT-BACK, 1994; SALGADO, 2010).

Destarte, esses estudantes que ora assumem o papel de vítima e ora o de agressor do *bullying* são denominados vítimas-agressoras, as quais são consideradas um tipo de vítima, com

um perfil provocativo, que tanto sofrem a vitimização quanto podem agredir os colegas com frequência (FANTE, 2005; SALMIVALLI et al.,1998). Personagens do grupo em questão tendem a ser percebidas pelos pares como líderes em potencial, bem como responsáveis por iniciar brigas, adquirindo um comportamento agressivo a fim de demonstrar maior *status* no grupo de pares (LISBOA et al., 2009).

Quando comparados às meninas, os meninos são geralmente apontados como o perfil mais característico a assumir o papel de agressores e vítimas-agressoras (ARAÚJO, 2011; LISBOA, 2005). O agressor, também denominado *bully*, pode apresentar características específicas como: ser fisicamente mais forte que seus colegas, ter a mesma idade ou ser um pouco mais velho, ser fisicamente superior nas brincadeiras, nos esportes e nas brigas, demonstrando, normalmente, uma necessidade de dominar e subjugar os colegas por meio de ameaças (FANTE, 2005; OLWEUS, 1993).

Um aspecto interessante em relação à agressividade na escola é que na maioria das vezes ela é percebida como fator de atratividade ligada ao papel desempenhado pelos agressores, que no geral são considerados populares entre os colegas. Além disso, a aproximação com amigos agressivos pode ser um fator de proteção associado à obtenção de algumas vantagens como: tornar-se popular, ser bem visto pelos pares e pelas garotas e proteger-se das agressões (ARAÚJO, 2011; LISBOA et al., 2009; PALUDO, 2002; OLWEUS, 1993).

Uma justaposição aos dados encontrados por Del Prette e Del Prette (2005), permite constatar que déficits em habilidades empáticas estão intimamente relacionados às manifestações de agressividade, de modo que a própria definição do comportamento agressivo sugere uma empatia deficitária, na qual o agressor, ao manifestar suas ações a outros indivíduos, parece demonstrar pouca sensibilidade aos sentimentos destes. Por seu tempo, esta realidade torna sobressalente a necessidade de promover o desenvolvimento de condutas empáticas e pró-sociais na infância e adolescência, apontadas como importantes fatores de prevenção face a comportamentos antissociais. Ponderando tais considerações, uma criança pode *estar* agressiva e não necessariamente *ser* agressiva, mostrando que tal conduta decorre da interação social e por isso não deve ser percebida desarticulada do seu contexto físico, social e cultural (AMADO; FREIRE, 2008; LISBOA, 2005; TOGNETTA, 2010).

Em relação aos diferentes papéis desempenhados diante do *bullying*, destacam-se também aqueles alunos que presenciam a agressão, mas se calam por medo de mais tarde tornarem-se

alvos, caracterizando o que Fante (2005) chamou de testemunhas do *bullying*. Esta categoria representa a maioria dos estudantes que convivem com este tipo de violência e adotam a lei do silêncio como forma de lidar com o problema. Segundo Lopes Neto (2005), apesar de tais alunos não sofrerem a agressão diretamente, eles podem demonstrar descontentamento com a escola, produzindo prejuízos no seu desenvolvimento acadêmico e social.

Apesar das considerações supracitadas, alguns autores defendem que não apenas o agressor e a vítima estão envolvidos no cenário de *bullying*. Para eles, as relações de agressão são influenciadas pelos colegas, sendo organizadas e estruturadas em papéis que por vezes são instáveis ou permutáveis, o que varia de acordo com a situação e a conduta do grupo de pares (ARAÚJO-MORAIS, 2015; POTOČNJAK; BERGER; TOMIČIĆ, 2011; SALMIVALI et al., 1996). Em função da naturalização do *bullying* se ancorar no aspecto lúdico e, portanto, supostamente tolerável, o enfrentamento deste tipo de violência vai se tornando cada vez mais dispendioso, o que demanda da comunidade científica maiores empenhos para a sua compreensão.

Bullying e representações sociais

Uma aproximação ao objeto representacional como se tem no *bullying* revela que ele é concebido como um processo que acontece na esfera coletiva e por se tratar de um fenômeno complexo deve ser analisado num contexto social ampliado. Sendo assim, é reconhecido como uma violência que ocorre em um contexto de grupo (OJALA; NESDALE, 2004; SALMIVALI et al., 1998; SALMIVALI; VOETEN, 2004). Considerando que durante a adolescência ocorre uma maior adesão a novos grupos - que possuem elementos definidores específicos -, parece fecundo debruçar o olhar compreensivo em relação a este contexto no qual as ações de *bullying* acontecem.

O presente estudo, apesar de ponderar o fenômeno por uma perspectiva análoga à visão dos autores aludidos, para efeito de análise, considera quatro tipos de envolvimento ou papéis sociais do *bullying* (vítimas, agressores, vítima-agressora e não-envolvidos). No entanto, acrescenta a tais questões um componente relevante e flexível de análise: a natureza do conhecimento socialmente elaborado e partilhado pelos atores sociais, designando o estudo do *bullying* de maneira não apriorística e pautada na realidade social dos participantes.

Nesta direção, esta pesquisa aborda o *bullying* como tema de interesse, o qual foi estudado à luz da teoria das representações de Serge Moscovici (1961; 2003; 2012). No seu estudo, Moscovici buscou reabilitar o conhecimento de senso comum, que era visto como algo contaminado, errado, deficiente. Reagindo a esta ideia, ele enfatizou a importância do conhecimento de senso comum como forma de entender e comunicar as teorias científicas. Para ele, “as representações sociais são entidades quase tangíveis. Elas circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através de uma fala, um gesto, um encontro, em nosso universo cotidiano” (MOSCOVICI, 1978, p. 41).

A teoria das representações sociais possibilita a compreensão de identidades, expressões dos grupos e as mudanças que ocorrem no universo social. De modo que a relação dialética propiciada entre indivíduo e sociedade direciona a discussão e a compreensão dessa imbricação teórica, permitindo conhecer os indivíduos e a forma como elaboram e apreendem os conhecimentos relativos a si mesmos e aos grupos a que pertencem, apropriando-se desse entorno social em constante transformação (SPEZANI; OLIVEIRA, 2013). Assim, “(...) o modo como os indivíduos se percebem, como percebem o outro e as representações que mantêm sobre suas posições sociais determinam, em parte, o modo como eles representam alguns objetos sociais” (DESCHAMPS; MOLINER, 2009, p. 135).

Conforme Moscovici, a teoria da representação social é adequada às sociedades modernas e aos diversos fenômenos de representatividade que crescem no mundo globalizado, incluindo seus aspectos políticos, científicos e humanos, e às transformações que tais fenômenos passam até chegar ao cotidiano da realidade comum. Considerando que um objeto não existe por si mesmo, mas sim em relação a um sujeito - indivíduo ou grupo - que tanto é agente de mudança na sociedade quanto dela é produto (MOSCOVICI, 1961; 2003; 2012), destaca-se, portanto, a pertinência desse arcabouço teórico no estudo do *bullying*, cujo objetivo foi apreender as representações sociais do *bullying* elaboradas por estudantes, considerando seus papéis sociais ou tipos de envolvimento (agressor, vítima, vítima-agressora e não envolvido) na agressão.

MÉTODOS

Participantes

A amostra foi do tipo não probabilística, de conveniência, constituída por 346 estudantes de duas escolas públicas de João Pessoa, Paraíba. A maioria dos participantes era do sexo masculino (53%), com idades de 10 a 17 anos (M= 13,5; DP= 1,65) e estava regularmente matriculada na segunda parte do ensino fundamental.

Instrumentos

Utilizaram-se como instrumentos, respectivamente, a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP), a Escala de Agressão e Vitimização entre Pares (EVAP) e um questionário de dados sociodemográficos, os quais se apresentam descritos a seguir.

Questionário sociodemográfico

Foi utilizado com a finalidade de obter informações sobre os participantes, tais como o relacionamento com os pares, idade, sexo e série escolar. Além disso, tais informações serviram para a composição das variáveis fixas utilizadas para análise no banco de dados processado pelo *software Tri-Deux-Mots*.

Técnica de associação livre de palavras (TALP)

Trata-se de um instrumento que se apoia sobre um repertório conceitual em função de uma investigação aberta – isto é, do(s) estímulo(s) indutor(es) que é/são previamente delimitado(s) pelo pesquisador em aproximação ao objeto representacional em análise -, que possibilita a evidência de universos semânticos relacionados às características dos atores sociais incluídos na amostra (NÓBREGA; COUTINHO, 2011).

Neste estudo, especificamente, o uso da TALP possibilitou a identificação das dimensões latentes das representações sociais, que constituem a trama ou rede associativa dos conteúdos evocados em relação a cada estímulo indutor utilizado (COUTINHO; NÓBREGA; ARAÚJO, 2011), a saber: (1) "*bullying*", (2) "vítima", (3) "agressor" e (4) "eu mesmo".

Escala de Vitimização e Agressão entre Pares (EVAP)

Consiste numa medida de auto-relato com dezoito questões elaboradas por Cunha, Weber e Steiner (2009) que descreve comportamentos agressivos específicos que podem ocorrer no contexto escolar, considerando os últimos seis meses como período de avaliação. Trata-se de questões do tipo *Likert*, com variação em cinco níveis, as quais estão distribuídas em quatro fatores: agressão direta (fator 1), agressão relacional (fator 2), agressão física indireta (fator 3) e vitimização (fator 4), detalhados a seguir.

Agressão direta (Fator 1) - medida através de cinco itens da escala (itens: 1, 2, 3, 4 e 6), como por exemplo: “eu provoquei colegas”, “eu xinguei colegas”, “eu dei um empurrão e/ou chutei colegas”.

Agressão relacional (Fator 2) analisada por quatro itens (7, 8, 9 e 10), como por exemplo: “eu excluí colegas de grupos e/ou brincadeiras”, “eu encorajei/incentivei colegas a brigarem”.

Agressão física indireta (Fator 3) avaliada pelo item (5) “eu roubei/mexi nas coisas de colegas”.

Vitimização (Fator 4) medida a partir de 8 itens da escala (itens: 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 e 18), que incluem comportamentos de vitimização como: “os colegas me provocaram”, “eu fui xingado por colegas”, “colegas disseram coisas sobre mim para fazer os outros rirem”.

A forma de análise e classificação dos tipos de envolvimento seguiu o proposto por Araújo-Morais (2011) e Miranda (2011), utilizando o cálculo dos tercis de cada fator. Considerando assim como:

(i) **Agressor** - Os estudantes que apresentaram alta incidência de agressão em pelo menos um dos três fatores da escala que avaliam esta dimensão, ou seja, pontuando acima do segundo tercil estabelecido para o fator de agressão direta, agressão relacional ou agressão física indireta. Obedecendo também uma segunda condição, a de não apresentarem pontuação alta para vitimização.

(ii) **Vítima**: Os estudantes que apresentaram alta incidência de vitimização, pontuando acima do segundo tercil estabelecido para o fator. Obedecendo ainda a condição de não apresentarem pontuação alta para nenhum dos fatores que avaliam a agressão.

(iii) **Vítima-agressora**: Os estudantes que apresentaram alta incidência em pelo menos um dos três fatores que medem agressão e também alta pontuação para o fator de vitimização.

(iv) Não envolvidos: Os estudantes que não apresentaram incidência alta em nenhum dos fatores da escala.

Vale ressaltar que, o presente estudo ao destacar os comportamentos de agressor, vítima ou vítima-agressora diante do *bullying*, considerou apenas a alta pontuação desses participantes, como foi mencionado acima. Com o intuito de assegurar uma das condições operacionalizadas na determinação destes comportamentos de agressão e vitimização, que é a frequência. Uma vez que a literatura especializada caracteriza esses comportamentos não apenas pela sua ocorrência, mas pela sua repetitividade, como propõe Olweus (1999).

Procedimento para coleta de dados

A pesquisa foi desenvolvida após aprovação do projeto pelo Comitê de ética em Pesquisa, conforme a Resolução CNS/MS, nº466/12. Realizou-se contato prévio com as instituições escolares, apresentando-lhes os objetivos da pesquisa. Mediante a autorização da instituição, foi encaminhado aos pais/responsáveis dos estudantes um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disso, apresentou-se um Termo de Assentimento livre e Esclarecido aos próprios escolares, requerendo a sua anuência em relação ao estudo. Em seguida, explicitou-se sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, sigilo das informações, anonimato dos participantes, entre outras informações pertinentes.

Com a anuência dos participantes, procedeu-se à coleta de dados propriamente dita, a qual foi realizada coletivamente, nas próprias dependências das escolas pesquisadas. Os estudantes receberam um livreto com o conjunto de instrumentos apresentados na seguinte ordem: técnica de associação livre de palavras, Escala de Vitimização e Agressão entre Pares (EVAP) e questionário sociodemográfico.

Especificamente sobre a aplicação da TALP, seguiram-se as orientações de Nóbrega e Coutinho (2011), que sugerem uma simulação prévia com os participantes para deixá-los familiarizados com a técnica e, em seguida, pronunciar as instruções sobre o instrumento, que consistem em pedir para que os participantes evoquem as primeiras palavras ou expressões que lhes surgem à mente após ouvirem os estímulos indutores escolhidos para a pesquisa.

Análise dos dados

Após a coleta dos dados, as respostas referentes ao questionário sociodemográfico e à Escala de Agressão e Vitimização entre Pares (EVAP) foram processadas pelo SPSS, para fins de estatísticas descritivas e inferenciais (qui-quadrado). Em seguida, com o objetivo de acessar às representações sociais dos escolares sobre o *bullying* em função dos tipos de envolvimento rastreados a partir da EVAP, procedeu-se, então, ao tratamento das associações livres pelo *software Tri-Deux-Mots* (CIBOIS, 1995), por meio da análise fatorial de correspondência (AFC).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A distribuição geral dos estudantes em relação aos tipos de envolvimento com o *bullying* revelou que 39% dos estudantes não estavam diretamente envolvidos, 27% exerciam o papel de agressor, 23% comportavam-se como vítimas-agressoras e apenas 11% desses participantes se percebiam como vítimas. Deste modo, no conjunto, evidenciou-se que 61% dos estudantes apresentaram algum tipo de envolvimento com o *bullying*, com destaque para os papéis de "agressor" e "vítima-agressora", que, juntos (50%), foram mais frequentes do que o papel de "vítima". Contrárias aos percentuais dos papéis sociais identificados no presente estudo, outras pesquisas destacaram que a prevalência de vitimados tende a ser maior que a de agressores (LOPES NETO, 2005; FRANCISCO; LIBÓRIO, 2009).

A análise fatorial de correspondência empreendida pelo software Trideux ofereceu uma representação gráfica constituída por eixos ou fatores (F1 e F2), demonstrando, por seu tempo, a aproximação e o afastamento entre as variáveis fixas (tipos de envolvimento com o *bullying*, sexo e idade) e as variáveis de opiniões, que são formadas pelas associações dos atores sociais frente aos estímulos indutores utilizados (*bullying*, vítima, agressor e eu mesmo).

Foram registradas 3248 palavras como respostas aos estímulos indutores. Entre elas, 429 foram diferentes, reduzidas de acordo com a junção dos termos por similaridade semântica, realizada pelo próprio programa. A partir destas palavras o programa revelou 77 palavras que fizeram parte do plano fatorial, baseando-se na contribuição relativa de cada palavra para o espaço fatorial encontrado.

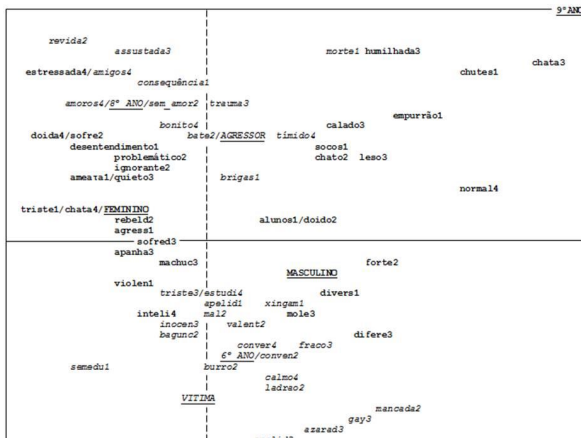
Para os estudantes, o "bullying" foi representado como um tipo de violência que envolve agressões diretas (*socos, chutes, brigas*) e indiretas (*ameaças*), além de agressões verbais (*xingamentos, apelidos*), destacando-se também a representação do fenômeno como sinônimo de *violência, morte, triste, preconceito e racismo*. As associações ao estímulo indutor "agressor" indicaram que este papel social foi percebido pelos escolares como: *rebelde, ignorante, chato, mal, burro* e também como aquele que é *convencido, agressivo, forte e valentão*, embora ele também seja representado como alguém que passa por *problemas* e que *não tem amor*.

Em relação ao estímulo "vítima", as palavras evocadas demonstraram que os estudantes objetivaram a vítima como uma pessoa *calada, quieta, fraca, mole, lesa, nerd*, sendo ainda apontada como *diferente* dos seus pares. As associações sinalizaram, ainda, as situações vivenciadas pelas vítimas, tais como *apanhar* e ser *humilhada*, evidenciando que as experiências de vitimização podem torná-las pessoas *assustadas* e com possíveis *traumas*. Tomando como base o estímulo indutor "eu mesmo", foi possível perceber que os estudantes se auto-representaram como pessoas *alegres, conversadoras, bagunceiras, chatas, estudiosas, inteligentes e tímidas*, trazendo tanto expressões positivas como negativas.

É possível fazer a descrição da Figura 1, através da leitura das modalidades, que correspondem às palavras evocadas ou representações que se encontram distribuídas de maneira oposta sobre os eixos ou fatores (F1 e F2). O primeiro fator (F1) no gráfico, em negrito, revelou as mais fortes modalidades ou representações, explicando 29,5% da variância total das respostas, o segundo fator (F2), em cinza, explicou 24,6% desta variância, que, junto ao fator 1 explicam 50,9% da variância total das respostas.

Em relação ao fator (F1), localizado à esquerda do eixo horizontal, em negrito, surgiu o campo temático correspondente às respostas evocadas pelos estudantes do *sexo feminino*. Para este grupo, o *bullying* (estímulo1) foi representado como um tipo de *violência*, objetivado como algo *triste* sob a forma de *agressão, ameaça e desentendimento*. Os agressores (estímulo2) foram percebidos como *rebeldes, ignorantes e problemáticos* que, por outro lado, também *sofrem*. De igual modo *sofredora*, a vítima (estímulo 3) foi representada pelo tipo de pessoa *quieta, machucada* e que "*apanha*" dos pares. No plano espacial, este grupo (feminino) se auto-representou (estímulo 4) como *inteligente, chata, doída e estressada*.

Figura 1– Plano fatorial de correspondência das representações sociais elaboradas pelos estudantes acerca do *bullying*.



Fonte: dados da pesquisa.

Destaca-se que o *bullying* pode ter conseqüências negativas tanto para as vítimas como para os agressores. Algumas publicações buscam relacionar o *bullying* à depressão, auto-estima, altas habilidades/superdotação, obesidade (BRITO; OLIVEIRA, 2013; COSTA; SOUZA; OLIVEIRA, 2012; DALOSTO; ALENCAR, 2013; SILVA, 2010), investigando também a sua relação com o consumo de álcool e outras drogas, com a violência intrafamiliar e os comportamentos delitivos (ANDRADE et al., 2012; LOURENÇO; SENRA, 2012; TORTORELLI; CARNEIRO; ARAÚJO, 2010; ZAINÉ; REIS; PADOVANI, 2010).

Ainda no fator 1, à direita do eixo horizontal, em negrito, foram representativas as evocações dos estudantes do *sexo masculino* e do *9º ano*, que, em contraste com estudantes do sexo feminino, ancoraram o *bullying* em agressões diretas, mediante as expressões *socos*, *empurrão* e *chutes*; diante desse estímulo indutor, também se destacaram as palavras *alunos* e *diversidade*, demonstrando a natureza do *bullying* como um problema de ordem relacional entre os pares e de possível intolerância à diferença. As representações desses estudantes acerca do agressor (estímulo 2) e da vítima (estímulo 3) do *bullying* foram ancoradas em atributos ou estereótipos, tendo sido o agressor percebido como *forte*, *doido* e *chato*, e a vítima como um

indivíduo *mole, diferente, leso, calado* e que, portanto, é considerada *chata e humilhada*. Esse grupo também se auto-representou como *normal*.

Apesar de a escola ser um ambiente de oportunidades, ela também pode ser um local de exclusão social. Nesse sentido é importante lidar com as discriminações, intolerâncias e exclusões que nem sempre estão presentes apenas na violência física propriamente dita, mas de forma sutil através de ameaças, difamações, apelidos e brincadeiras (ABRAMOVAY; RUA, 2003).

Na adolescência observa-se uma ampliação do universo social por meio da adesão a novos grupos. No geral, estes grupos apresentam certa uniformidade de pensamentos, comportamentos e hábitos que podem influenciar as relações sociais, de modo que tendem a imitar os companheiros admirados e percebidos como mais habilidosos e populares (COLL et al., 2004). Tal aspecto evidencia-se na dinâmica do *bullying*, cujos agressores, em geral, são associados à figura do forte, do valentão, já que normalmente eles apresentam características específicas, tais como: porte físico mais forte que os colegas, sendo fisicamente superiores nas brincadeiras, nos esportes e nas brigas, além de serem comumente mais velhos que os pares (ARAÚJO-MORAIS, 2011; FANTE, 2005; OLWEUS, 1993).

No fator 2, eixo vertical, na parte superior do plano, em cinza e itálico, foram evidenciadas as evocações dos estudantes do 8º ano e identificados pelo papel de *agressor*. Para este grupo, o *bullying* foi objetivado pelos elementos "brigas", "consequência", e "morte(s)", ancorando o fenômeno numa modalidade de violência, cujos conflitos podem acarretar sérios impactos. Quanto ao "agressor", os adolescentes o perceberam como alguém "sem amor", que não apenas "bate", como também "revida", sugerindo a instabilidade em relação aos papéis de envolvimento. Provavelmente, tais representações justificam o desaparecimento do papel "vítima-agressora" do plano fatorial de correspondência, caracterizando a condição de vítima/agressor como um tipo de envolvimento eminentemente paradoxal e contextual.

No mesmo campo, isto é, ainda no eixo 2, na parte superior, os estudantes identificados pelo papel social de agressor associaram o estímulo "vítima" às palavras "trauma" e "assustada" como alusão às marcas ou danos que a agressão pode provocar. Além disso, as evocações face ao estímulo indutor "eu mesmo" indicaram que a autoimagem dos participantes foi alçada pelos elementos "bonito", "amoroso", "tímido" e "amigos". Os atributos positivos, em geral, elucidam a popularidade/plateia que o agressor tem no cenário do *bullying*.

Neste estudo, embora aqueles que assumiram o papel de agressor no cenário de *bullying* tenham caracterizado a figura do agressor como alguém "sem amor", quando confrontados ao estímulo indutor "eu mesmo", perceberam a si mesmos como pessoas "amorosas". Estes resultados sugerem a necessidade de promover formas de facilitar a expressão de afetos que parecem existir, mas não são expressos de forma positiva, ajudando na prevenção de comportamentos antissociais (AMADO; FREIRE, 2008; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005; LISBOA, 2005; TOGNETTA, 2010).

Em oposição, na parte inferior do fator (F2), surgiram campos semânticos associados aos adolescentes do 6º ano escolar e identificados como *vítimas*. Para este grupo, o *bullying* foi objetivado como expressão da falta de educação e ancorado sob a forma de agressão psicológica (*apelido, xingamento*). Ademais, o agressor do *bullying* foi associado a atributos depreciativos, tais como "ladrão", "burro", "valentão", "bagunceiro" e "mal", tendo sido visto, também, como personagem "convencido" que lidera "brincadeiras" hostis (no caso desta pesquisa, a "mancada").

Por seu tempo, os participantes caracterizaram as vítimas como pessoas "apelidadas", "azaradas", "gays", "fracas", "inocentes" e "triste", descrevendo perseguições persistentes a grupos com diferenças humanas específicas e vulnerabilidades, destacando que a vítima demonstra pouca capacidade de defesa diante do *bullying* e, como tal, estão sujeitas a consequências de tais atos.

Na pesquisa realizada por Thomberg (2010), a representação social mais evocada pelos alunos como causa do *bullying* foi a reação ao diferente, sugerindo que às vezes as crianças podem evitar ou ignorar a vítima, ou até mesmo intimidá-la diante de outros alunos para não serem associadas a ela. Reforçando esses achados, Silva (2010) também notou, a partir das representações elaboradas por estudantes, que as vítimas foram percebidas como pessoas que não se enquadram nos grupos já existentes, em função da percepção das suas "diferenças".

Principalmente na adolescência, nota-se que as agressões estão interligadas aos processos identitários, sendo comum o processo de exclusão ou vitimização do diferente. Normalmente as características ou atributos pessoais são interpretados como indicadores de um determinado grupo; nesse contexto, o adolescente age a partir de múltiplas motivações e se posiciona diante de outros subgrupos, definindo assim os limites do endo e do exo-grupo (ALMEIDA et al., 2005).

Quanto à autoimagem do grupo de vítimas, os participantes identificaram-se como pessoas "calmas", "conversadoras" e "estudiosas", evidenciando que nem sempre a vítima possui

atributos negativos. Assim, o *bullying* ou a sistematização da agressão pode se dar justamente contra aqueles que possuem qualidades positivas ou socialmente valorizadas.

Apesar desse grupo de estudantes identificados como vítimas se autorepresentarem como pessoas “*estudiosas e conversadoras*”, infere-se que esse grupo também revela uma defesa em se ver ou se caracterizar da mesma forma negativa com que a vítima (estímulo 2) foi retratada, já que nenhum indivíduo quer ocupar o lugar de vitimizado. Este fato pode ser analisado a partir da tendência dos estudantes a não atribuírem a si mesmo, condições de inferioridade perante o grupo (THOMBERG, 2010).

Mediante a análise fatorial de correspondência realizada a partir do *software Tri-Deux-Most*, foi possível observar que, em relação aos tipos de envolvimento (principal variável fixa de análise), somente os estudantes identificados como *agressores* e *vítimas* tiveram contribuição no plano fatorial. O não aparecimento dos estudantes identificados como vítimas-agressoras e não envolvidos parece indicar que não houve diferença significativa para estes grupos em relação aos estímulos pesquisados.

Embora os resultados tenham se organizado, especificamente, em função da diade agressor-vítima, ressalta-se que os papéis desempenhados diante das agressões podem ser alterados em função das questões de grupo que perpassam as relações entre os pares. Além disso, muitos alunos identificados como testemunhas do *bullying* comumente são omissos ao que acontece na escola; por não se considerarem envolvidas no processo, resignam-se à lei do silêncio, o que deve justificar o não aparecimento deste papel social no plano fatorial.

A complexidade desse assunto aumenta, principalmente, quando se procuram punições ou estratégias interventivas para as ações de *bullying*, já que estas extrapolam a dicotomia entre o agressor e a vítima, porque também incluem práticas que podem ser provocadas tanto por um aluno individualmente como por um grupo. Assim, tais estratégias de enfrentamento devem levar em consideração a dimensão grupal que, no geral, se faz presente diante desse fenômeno (SALGADO, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nas palavras evocadas na associação livre, pôde-se observar que o *bullying* está presente na realidade comum, ou seja, no cotidiano dos estudantes. Foi percebido diferentemente,

sendo ora representado de forma mais geral, associado à violência e a algo triste, e ora ancorado de forma semelhante à sua definição teórica, categorizado como agressões diretas (socos e chutes), indiretas (através de ameaças) e como agressões verbais (xingamentos, apelidos). Para representar este fenômeno, também foram evocadas palavras como alunos e diversidade, revelando uma questão importante, já que o bullying evidencia diversas práticas de intolerância aos alunos percebidos como “diferentes”.

Esta intolerância aos diferentes tornou-se mais visível quando foram observadas as representações acerca da vítima, sendo esta percebida como a calada, quieta, fraca, mole, lesa e nerd. O agressor foi associado à figura do valentão, do malvado, forte, chato, burro, ignorante, sendo representado também pelos estudantes do sexo masculino como alguém que passa por problemas e que não tem amor. Este dado chama a atenção, permitindo refletir sobre o contexto social e familiar no qual os agressores estão envolvidos, uma vez que as experiências e as relações estabelecidas nestes ambientes podem influenciar os comportamentos agressivos desses estudantes.

Os dados revelaram uma tendência a atribuir sentimentos positivos ao transgressor, associados à ideia de poder e popularidade, que estariam relacionadas à identificação com os grupos socialmente valorizados pelos pares. Para as vítimas, foram atribuídos sentimentos mais negativos, mostrando que as conseqüências da agressão estariam diretamente relacionadas às características dos alunos vitimizados, apontados como diferentes, uma vez que não se identificavam com os padrões propostos ou não eram aceitos por outros grupos. Este aspecto é preocupante, porque a vitimização parece justificada pelas características pessoais da vítima ou em função dos estereótipos forjados na esfera sociocultural.

Assim, os estudantes, ao identificar-se com o grupo dos agressores, justificam uma diferenciação com outros grupos, no caso o das vítimas e, em última instância, justificando a agressão perpetrada. Diante desta dinâmica, deve-se entender, portanto, que as representações sociais são um produto das interações e dos fenômenos de comunicação no interior do grupo, evidenciando a posição desse grupo, os seus problemas e estratégias e as suas relações com outros grupos (VALA, 2010).

Isso mostra que as práticas de intervenção, indubitavelmente, precisam levar em consideração as representações que vêm sendo forjadas em torno desse construto, observando como o *bullying* é reconhecido por esses atores sociais que fazem parte da escola, já que suas

opiniões e crenças podem ser os alicerces da ação, tendo em vista que são compreendidas como uma interpretação coletiva da realidade vivida, sentida e falada por estes grupos sociais, capazes de direcionar seus comportamentos e comunicações. Destarte, propõem-se intervenções que promovam discussões ao nível grupal, orientadas com base em reuniões no ambiente cotidiano das salas de aula e/ou atividades coletivas, estabelecendo regras e direcionamentos contra as ações de *bullying* propostas com os próprios escolares.

REFERÊNCIAS

- ABRAMOVAY, Miriam et al. **Violências nas escolas**. Brasília: Unesco Brasi, 2002. 88 p. (Versão resumida). Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001339/133967por.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2017.
- ALMEIDA, Ana; LISBOA, Carolina; CAURCEL, María Jesus. As explicações dos maus-tratos em adolescentes portugueses. Possíveis vantagens de um instrumento narrativo para a compreensão do fenômeno. **RIDEP**, v. 1, n. 19, p. 31-54, 2005.
- AMADO, João; FREIRE, Isabel. **Prevenção da violência nas escolas**. Disponível em: <<http://www.bullying-in-school.info/pt/content/contexto/violencia-na-escola/portugal-texto-integral.html>> acesso em: , 2008.
- ANDRADE, Sylvania Suely Caribé de Araújo et al. Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e bullying entre adolescentes escolares brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 9, p. 1725-1736, 2012.
- ARAÚJO, Lidiane Silva et al.. Universo consensual de adolescentes acerca da violência escolar. **Psico-USF**, v.17, n.2, p.243-251. 2012.
- ARAÚJO, Luciene da Costa. **AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ESTUDANTES ACERCA DO BULLYING NO CONTEXTO ESCOLAR**. 2011. 141 f. Dissertação (Mestrado) - Mestrado em Psicologia Social, Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.
- BERGER, Kathleen Stassen. Update on bullying at school: Science forgotten? **Developmental review**, v. 27, n. 1, p. 90-126, 2007.
- BJÖRKQVIST, Kaj; ÖSTERMAN, Karin; HJELT-BÄCK, Monika. Aggression among university employees. **Aggressive behavior**, v. 20, n. 3, p. 173-184, 1994.
- BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece As Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Brasília, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm>. Acesso em: 14 jan. 2017

_____. Projeto de Lei do Senado nº 228/2010, de 2010. **Altera A Lei Nº 9.394, de 20 de Dezembro de 1996 (lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), Para Incluir Entre As Incumbências dos Estabelecimentos de Ensino A Promoção de Ambiente Escolar Seguro e A Adoção de Estratégias de Prevenção e Combate Ao Bullying.** Disponível em: <<http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/97988>>. Acesso em: 23 fev. 2017.

BRITO, Camila C.; OLIVEIRA, Marluce T. Bullying e autoestima em adolescentes de escolas públicas. **J Pediatr**, v. 89, p. 601-607, 2013.

CECCARELLI, Paulo Roberto; PATRÍCIO, Cláudio Júnior. Bullying e pós-modernidade: uma relação intrínseca (?). **Polêmica**, v. 12, n. 3, p. 415-431, 2013.

CIBOIS, Philippe. **Tri-Deux-Mots** (Versão 2.2). Paris : Ed. UFR-Sciences Sociales., 1998.

COLL, César, MARCHESI, Álvaro; PALACIOS, Jesús. **Desenvolvimento psicológico e educação** (Vol. 2). Porto Alegre: Artmed. 2004.

COSMA, A.; BALAZSI, R.; BABAN, A. Bullying in romanian school children: the role of substance abuse. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 16, n. 1, 44-56. 2015.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima. **Uso de Técnicas Projetivas na apreensão de representações sociais da sintomatologia da depressão infantil.** Trabalho de Conclusão de Curso (Tese). Universidade de São Paulo– USP, São Paulo, 2001.

_____. Contexto Sócio-Histórico da Avaliação: Psicodiagnóstico e Técnicas Projetivas. In: **A diversidade da avaliação psicológica: considerações teóricas e práticas.** Conselho regional de Psicologia. 13ª Região. Pb/Rn. João Pessoa, Idéia. Ed. LTDA

_____. **Depressão infantil e representação social.** 2ª edição. João Pessoa: Ed. Universitária/UEPB, 2005.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima; NÓBREGA, Sheva Maia; ARAÚJO, Lidiane Silva. **Software Trideux** – uma ferramenta metodológica aplicada ao campo de pesquisas em representações sociais. In: M. P. L. Coutinho; E. R. A. Saraiva, (Orgs.), Métodos de pesquisa em Psicologia Social: perspectivas qualitativas e quantitativas (pp. 107-147). João Pessoa: Editora Universitária. 2011.

CUNHA, J. M.; WEBER, L. N. D.; STEINER, P. Escala de vitimização e agressão entre pares (EVAP). **Pesquisando a Família - Instrumentos para coleta e análise de dados;** Weber, LND, Dessen, MA, Eds. p. 103-114, Curitiba: Juruá Editora. 2009.

DA COSTA, Miguel Ataíde Pinto; DE SOUZA, Marcos Aguiar; DE OLIVEIRA, Valéria Marques. Obesidade infantil e bullying: a ótica dos professores. **Educação e Pesquisa**, v. 38, n. 3, p. 653-665, 2012.

DALOSTO, Marcília de Moraes et al.. Manifestações e prevalência de bullying entre alunos com altas habilidades/superdotação. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 19, n.1, 81-100. 2013.

DE ALMEIDA, Ana Maria Tomás. **As relações entre pares em idade escolar**. Braga: Bezerra. 2000.

DEL PRETTE, Zilda Aparecida Pereira; DEL PRETTE, Almir. **Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática**. Petrópolis: Vozes, 2005.

DESCHAMPS, Jean-Claude; MOLINER, Pascal. **A identidade em psicologia social: dos processos identitários às representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2009.

ESTRELA, M. T.; AMADO, J. S. Indisciplina, Violência e Delinquência na Escola. **Rev. Portuguesa de Pedagogia: Comportamento anti-social e educação**, v. 34, n.1-3, 249-261, 2015.

FANTE, Cleo. **Fenômeno Bullying: Como prevenir a violência nas escolas e educar para a paz**. (2. ed). São Paulo: Ed. Verus. 2005.

FRANCISCO, M. V.; LIBÓRIO, R. M. C. Um estudo sobre bullying entre escolares do ensino fundamental. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v. 22, n. 2, 200-207, 2009.

FREIRE, Alane Novaes; AIRES, Januária Silva. A contribuição da psicologia escolar na prevenção e no enfrentamento do bullying. **Revista Semestral da Assoc. Bras. de Psicologia Escolar e Educacional**. São Paulo, v.16, n. 1, 55-60. 2012.

LISBOA, Carolina; BRAGA, Luiza de Lima; EBERT, Guilherme. O fenômeno bullying ou vitimização entre pares na atualidade: definições, formas de manifestação e possibilidades de intervenção. **Contextos Clínicos**, v. 2, n. 1, p. 59-71, 2009.

LISBOA, CS de M. **Comportamento agressivo, vitimização e relações de amizade de crianças em idade escolar: fatores de risco e proteção**. (Tese de doutorado). Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.

LOPES NETO, Aramis A. Bullying: comportamento agressivo entre estudantes. **Jornal de pediatria**, v. 81, n. 5, p. 164-172, 2005.

LOURENÇO, Lélío Moura; SENRA, Luciana Xavier. A violência familiar como fator de risco para o bullying escolar: contexto e possibilidades de intervenção. **Aletheia**, n. 37, p. 42-56, 2012.

MIRANDA, Rosane de Sousa. **O bullying a partir de representações sociais de estudantes e da análise de produções científicas** (Dissertação de Mestrado). João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba. 2011.

MOSCOVICI, Serge. **A Psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes. 2012.

_____. **A Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar. 1978.

_____. **La Psychanalyse, son Image et son Public**: études sur la représentation sociale da psychanalyse. Paris, PUF.1961.

_____. **Representações Sociais**: Investigações em psicologia social (3. ed.). Petrópolis: Vozes. 2003.

NÓBREGA, Sheva Maia; COUTINHO, Maria da Penha de Lima. O teste de associação livre de palavras. In M. P. L. Coutinho; E. R. A. Saraiva (Orgs.). **Métodos de pesquisa em Psicologia Social: perspectivas qualitativas e quantitativas**. João Pessoa: Editora Universitária. 2011, p. 95-106.

OJALA, Kris; NESDALE, Drew. Bullying and social identity: The effects of group norms and distinctiveness threat on attitudes towards bullying. **British journal of developmental psychology**, v. 22, n. 1, p. 19-35, 2004.

OLIVEIRA, Josi Rosa; GOMES, Magda Altafni. Bullying: reflexões sobre a violência no contexto escolar. **Educação por escrito**, v. 2, n. 2, 2-14. 2012.

OLWEUS, Dan. **Bully/victim problems among schoolchildren**: Long-term consequences and an effective intervention program, 317-349, 1993.

_____. School Bullying: Development and Some Important Challenges. **Annual Review Of Clinical Psychology**, [s.l.], v. 9, n. 1, p.751-780, 28 mar. 2013. Annual Reviews.
<http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185516>.

OLWEUS, Dan. Norway. In P.K. Smith, Y. Morita, J. Junger-Tas, D. Olweus, R. Catalano y P. SLEE (eds.): **The nature of school bullying. Across-national perspective**. London: Routledge, 1999.

PALUDO, Simone Santos. **A expressão das emoções morais de crianças em situação de rua**. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2002.

PAREDES, Maria Teresa et al. Diferencias transculturales en la manifestación del bullying en estudiantes de escuela secundaria. **Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud**, v. 9, n. 2, 761-768. 2011.

PEDRA, José Augusto. 2005. Prefácio. Em C. Fante. (Ed.), **Fenômeno Bullying: como prevenir a violência nas escolas e educar para a paz**. (pp. 9-14). (2 ed.). São Paulo: Ed. Verus. 2005.

POTOCNJAK, Maritgen; BERGER, Christian; TOMICIC, Tatiana. Una aproximación relacional a la violencia escolar entre pares en adolescentes chilenos: perspectiva adolescente de los factores intervinientes. **Psyke** (Santiago), v. 20, n. 2, p. 39-52, 2011.

SALGADO, Gisele Mascarelli. O bullying como prática de desrespeito social: Um estudo sobre a dificuldade lidar com o bullying escolar no contexto do Direito. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande Grande, v. 8, n. 79, 2010.

SALMIVALLI, Christina; LAPPALAINEN, Miia; LAGERSPETZ, Kirsti MJ. Stability and change of behavior in connection with bullying in schools: A two-year follow-up. **Aggressive behavior**, v. 24, n. 3, p. 205-218, 1998.

SALMIVALLI, Christina; VOETEN, Marinus. Connections between attitudes, group norms, and behaviors associated with bullying in schools. **International Journal of Behavioral Development**, 28, 246-258. 2004.

SALVO, Caroline Gruisantes. **Práticas educativas parentais e comportamentos de proteção e risco à saúde em adolescentes** (Tese de doutorado). São Paulo: Universidade de São Paulo. Instituto de psicologia, 2010.

SANTOS, Jalber Almeida dos et al. The prevalence and types of bullying in 13 to 17 year-old Brazilian schoolchildren. **Revista de salud publica**, v. 16, n. 2, p. 173-183, 2014.

SPEZANI, Rene Santos; OLIVEIRA, Denize Cristina. O perfil da produção científica sobre identidade no campo da teoria das representações sociais. **Psicologia: teoria e prática**, v. 15, n. 2, p. 104-118, 2013.

STELKO-PEREIRA, Ana Carina; WILLIAMS, Lúcia Cavalcanti de Albuquerque. Development of a network to stop bullying: Canadian lessons. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 16, n. 2, p. 349-351, 2012.

THORNBERG, Robert. Schoolchildren's social representations on bullying causes. **Psychology in the Schools**, v. 47, n. 4, p. 311-327, 2010.

TORTORELLI, Mariana Fernandes Prado; CARREIRO, Luiz Renato Rodrigues; ARAÚJO, Marcos Vinicius de. Correlações entre a percepção da violência familiar e o relato de violência na escola entre alunos da cidade de São Paulo. **Psicologia: teoria e prática**, v. 12, n. 1, p. 32-42, 2010.

VALA, J. (2010). Representações sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano. In J. VALA; M. B. MONTEIRO (Orgs.), **Psicologia Social** (8.ed., pp. 457-502). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

VIDING, Essi et al. Behavioural problems and bullying at school: can cognitive neuroscience shed new light on an old problem?. **Trends in Cognitive Sciences**, v. 15, n. 7, 289-291. 2011.

ZAINE, Isabela; REIS, Maria de Jesus Dutra; PADOVANI, Ricardo da Costa. Comportamentos de bullying e conflito com a lei. **Estudos de Psicologia** (Campinas), 27, 375-382. 2010.

CAPÍTULO 7 –BULLYING E QUALIDADE DE VIDA NO CONTEXTO DE ADOLESCENTES ESCOLARES

Jaqueline Gomes Cavalcanti

Adriele Vieira de Lima Pinto

Lidiane Silva de Araújo

Márcio de Lima Coutinho

Maria da Penha de Lima Coutinho

INTRODUÇÃO

O bullying é um conceito imbricado ao termo violência escolar e compreende atitudes agressivas (verbais, físicas e/ou psicológicas), intencionais e repetidas, situadas numa relação desigual de poder, que ocorrem sem motivação evidente e são adotadas por um ou mais estudantes contra outro ou outros, o que pode afetar a qualidade de vida dos atores sociais envolvidos (OLWEUS, 2013; NETO, 2005). Em razão da sua expressiva incidência nas relações entre pares, das consequências geradas para as pessoas e da sua evidente recorrência entre adolescentes, o assunto vem ganhando notável exposição na mídia e no meio acadêmico (ARAÚJO et al, 2012; GUERRA; WILLIANS; SADEK, 2011; KIMURA, 2013; SANTOS et al., 2014).

Comumente associado à "brincadeiras" típicas do cotidiano escolar, o bullying ainda é admitido como natural e, portanto, tolerável, fato que pode inviabilizar o seu efetivo enfrentamento. No entanto, a sua prática possui contornos complexos envolvendo pelo menos quatro diferentes tipos de papéis sociais, tais como: agressor, que são os que utilizam da força para aterrorizar ou machucar o outro; vítima, que se referem aos alvos do bullying; vítima-agressora, que são os que intimidam e são intimidados; e o observador, formado pelas testemunhas, aqueles que presenciam as situações de exposição das vítimas (BANDEIRA; HUTZ, 2012).

Neste cenário, as pesquisas nacionais que abordam o bullying no contexto da adolescência apresentam altas prevalências de envolvimento e uma ampla variação. Por exemplo, no estudo de Moura, Cruz e Quevedo (2011), que buscou descrever a prevalência de vítimas de bullying e suas

características, apontou para um índice de 17,6%, sendo a intimidação verbal a mais predominante. Dados similares são verificados no estudo de Soares et al. (2014), em que 23,6% foram caracterizados como vítimas, e o tipo de bullying mais frequente foi o verbal (87,7%), seguido do relacional (37,7%) e do físico (19,7%).

A pesquisa proposta por Bandeira e Hutz (2012) – cujo objetivo foi levantar a ocorrência de bullying em escolares, investigando quais os tipos mais utilizados e a frequência em função do sexo – apontou para um alto percentual de envolvimento no bullying, sobretudo no papel de vítimas (67,5%) e agressores (54,7%). Os autores evidenciaram, ainda, que as meninas se identificaram mais como vítimas e testemunhas, e os meninos mais como agressores e vítimas/agressoras. Altos índices também foram encontrados no estudo proposto por Rech et al. (2013), em que 10,2% e 7,1% se declararam, respectivamente, vítimas e agressores de bullying.

Indubitavelmente, o envolvimento em situações de bullying afeta o clima escolar e pode gerar consequências diversas, tais como: baixa qualidade de vida e autoestima, variação de humor, transtornos emocionais, depressão, medo de ir às aulas, insônia, entre outros problemas de saúde (COUTINHO; SILVA; ARAÚJO, 2009; KIMURA, 2013; NAKAMOTO; SCHWARTZ, 2010; WITTER, 2010; CHEN; HUANG, 2015; GONÇALVES et al., 2009; PATRICK et al., 2013), chegando a ser considerado um problema de saúde pública (OLWEUS, 2013).

Qualidade de vida

A qualidade de vida (QV) tem sido considerada um tema de interesse em diversas áreas, dentre elas a Psicologia. Apesar de não ser considerada uma temática recente, este construto tem sido frequentemente abordado no campo da saúde e políticas públicas, obtendo aplicabilidade nas diversas faixas etárias, culturas e classes sociais (GASPAR et al., 2006; RAVENS-SIEBERER et al., 2005)

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a QV é a percepção da pessoa acerca da sua posição na vida, no âmbito da cultura e dos sistemas de valores nos quais ela vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Em outras palavras, trata-se de um conceito subjetivo que considera a percepção da pessoa sobre seu próprio estado de saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

Considerando o construto no escopo da adolescência, ainda inexistente uma definição coesa e clara sobre o assunto (RAJMIL et al., 2004). Não obstante, conjectura-se uma conformidade quanto aos aspectos que o compõem, tais como as dimensões físicas, psicológicas, mentais e funcionais do bem-estar dos indivíduos (RAVENS-SIEBERER et al., 2005).

Comparando-se as pesquisas sobre o tema voltadas ao contexto da vida adulta, o grupo de adolescentes tem recebido atenção insuficiente (HARALDSTAD et al., 2011). Conquanto esta população seja reconhecida como grupo vulnerável, vivenciando uma etapa sensível de mudança e desenvolvimento (ABERASTURY; KNOBEL, 1988), acredita-se que a qualidade de vida do jovem pode ser o pilar para seu bem-estar na fase adulta (BISEGGER et al., 2005).

Face a essas premissas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza a prioridade de estudos sobre promoção da qualidade de vida (QV) e do bem-estar psicológico no contexto infanto-juvenil. Segundo a OMS, a necessidade se ampara no sentido de que, quanto mais cedo se estabelecer o monitoramento e a intervenção nessas faixas etárias, menos problemas psicossociais poderão surgir na fase adulta (KARASIMOPOULOU; DERRI; ZERVOUDAKI, 2012).

Neste direcionamento, reconhecendo que a QV constitui um fenômeno complexo e subjetivo, atravessado por fatores de diversas ordens (culturais, aspectos socioeconômicos, educacionais, entre outros), a avaliação da qualidade de vida de adolescentes no contexto escolar tem se dado a partir de medidas multidimensionais (PINTO-NETO; CONDE, 2008), a exemplo do Kidscreen-52, um instrumento de autorrelato que propicia ao indivíduo uma forma de resposta reflexiva e particular.

Tendo em vista que a QV do adolescente pode ser afetada por vários fatores – pessoais, familiares, socioeconômicos, étnicos e relacionais – (GASPAR et al., 2006), o bullying, e suas diversas manifestações emergem como variáveis de interferência importantes na qualidade de vida, tema que dá sustentação ao presente artigo.

Bullying e Qualidade de Vida

Estudos empíricos sugerem que adolescentes envolvidos em práticas do bullying têm sua qualidade de vida, nas suas diversas facetas, afetada negativamente (HARALDSTAD et al., 2011). Neste sentido, destaca-se inicialmente o estudo de Wilkins-Shurmer et al. (2003), cujos

dados demonstraram que vítimas do bullying apresentaram menores escores referentes a aspectos psicossociais da QV, como: bem-estar global, saúde mental e papel social.

Na mesma direção, os resultados da pesquisa proposta por Frisén e Bjamelind (2010) com 758 adolescentes, apontaram para associações entre o bullying e dificuldades emocionais e físicas. Os adolescentes envolvidos no bullying reportaram baixas pontuações na saúde geral e questões como energia e bem-estar subjetivo, quando comparados àqueles que não tinham um envolvimento ativo. Ademais, para esses autores, o envolvimento no bullying, tanto no papel de agressor como no de vítima, estaria associado a aspectos referentes à diminuição da qualidade de vida.

Outro estudo recente, realizado por Patrick et al. (2013), contou com 27.752 participantes e indicou que jovens que sofriam bullying, por serem minorias sexuais, tinham sua qualidade de vida afetada, sendo esse impacto ainda mais devastador para o sexo feminino. Em contrapartida, Flaspohler et al. (2009) verificaram que adolescentes não envolvidos no bullying têm sua percepção de bem-estar maximizada, informando melhor aspectos da qualidade de vida, além de sentirem maior apoio de professores e amigos.

Apesar de as pesquisas supracitadas assumirem que o bullying apresenta implicações negativas para a QV, é notório que o fenômeno ainda recebe escassa atenção no que se refere ao seu tratamento como uma questão de saúde (FRISÉN; BJAMELIND, 2010; WILKINS-SHURMER et al., 2003). Além disso, o tema apresenta uma literatura nacional ainda incipiente, sendo mais referenciada em pesquisas no contexto internacional (PATRICK et al., 2013; FLASPOHLER et al., 2009), o que aponta para a relevância da presente pesquisa no contexto brasileiro. Destarte, este estudo objetivou comparar a qualidade de vida de adolescentes escolares em função do envolvimento no bullying, bem como tipos de papéis assumidos no envolvimento (agressor, vítima, vítima/agressor e observador).

ASPECTOS METOLÓGICOS

A presente pesquisa foi um estudo quantitativo e descritivo que contou com a seguinte metodologia: constituiu-se de uma amostra não probabilística, de conveniência, composta por 204 adolescentes, com idades de 12 a 18 anos ($M= 14,99$; $DP = 1,92$), a maioria do sexo feminino (53,4%). Destes, 76 eram alunos do ensino fundamental e 128 do ensino médio de

escolas públicas da cidade de João Pessoa. O critério de inclusão para participação da pesquisa foi o de que os participantes fossem adolescentes.

Como instrumentos foram utilizados os seguintes: o Kidscreen-52; um questionário sociodemográfico; e questões acerca do bullying. O Kidscreen-52, foi validado e adaptado para o contexto brasileiro por Guedes e Guedes (2011), contudo foi elaborado por Ravens-Sieberer et al. (2005). Esse instrumento resultou da execução do projeto Screening and Promotion for Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents – A European Public Health Perspective, desenvolvido nos anos 2001-2004, com a participação de 13 países europeus, que teve como desígnio a construção e validação de um questionário padronizado para monitorar, por uma perspectiva transcultural, a qualidade de vida relacionada à saúde na população jovem europeia.

O instrumento possui 52 itens organizados em dez dimensões: saúde e atividade física (por exemplo, você se sentiu bem e em boa forma?), sentimentos (sua vida tem sido agradável?), estado emocional (você se sentiu triste?), autopercepção (você se sentiu contente com suas roupas?), autonomia e tempo livre (você escolheu o que fazer no seu tempo livre?) família/ambiente familiar (seus pais entendem você?), aspecto financeiro (você teve dinheiro suficiente para os seus gastos?), amigos e apoio social (você se divertiu com seus amigos/as?), ambiente escolar (você se sentiu feliz na escola?), e provocação/bullying (você sentiu medo dos outros jovens?).

As respostas do questionário são distribuídas em uma escala Likert de um a cinco pontos e fazem referência aos acontecimentos ocorridos na semana anterior à aplicação do questionário. Na validação do instrumento para o Brasil, a medida apresentou bons índices psicométricos com um valor médio de 0,82 (GUEDES; GUEDES, 2011). No presente estudo, o Kidscreen-52 também apresentou uma boa consistência interna, com um índice médio geral de 0,85.

Também foi utilizado um questionário sociodemográfico com o objetivo de caracterizar o perfil da amostra a partir de questões como idade, sexo e série. Por fim, contou-se com questões referentes ao envolvimento ou não no bullying e o tipo de envolvimento (agressor, vítima, agressor-vítima e observador).

Para realização da pesquisa, procedeu-se da seguinte forma: inicialmente obteve-se a permissão dos diretores das escolas; após o consentimento, as turmas foram visitadas pelos pesquisadores, conforme a disponibilidade dos professores e do quadro de aulas. Em seguida, os pesquisadores apresentaram o objetivo do estudo e solicitaram a participação voluntária dos

estudantes; deste modo, foi solicitada a autorização prévia dos pais/responsáveis, mediante a assinatura do termo de consentimento, conforme exigência prevista no código de ética para pesquisas com seres humanos. Além disso, pediu-se que os escolares assinassem o termo de assentimento; finalmente, os pesquisadores instruíram os alunos a responderem o conjunto de instrumentos individualmente, deixando-os livres para abandonar o estudo a qualquer momento. O tempo médio para que os alunos respondessem foi de aproximadamente 20 minutos.

RESULTADOS

Inicialmente, calculou-se o percentual de adolescentes envolvidos no bullying, e dos tipos de envolvimento (agressor, vítima, vítima/agressor e observador). De modo geral, os resultados indicaram que um considerável percentual de adolescentes (65,8%) reportou alguma forma de envolvimento com o bullying. Além disto, esse quantitativo de alunos implicados no bullying foi distribuído em diferentes papéis de envolvimento, com especial destaque para o papel de vítimas (53,5%), seguido dos papéis de observadores (32,1%), agressores (7,6%) e vítimas-agressoras (6,8%).

Em seguida, foi realizada uma comparação de médias (teste t para amostras independentes) a fim de verificar a existência de diferenças entre as facetas que compõem o instrumento de qualidade de vida em função do envolvimento ou não no bullying. A Tabela 1 apresenta os resultados de média e desvio padrão, bem como, o Teste t para amostras independentes.

Tabela 1 – Comparação das médias dos fatores do Kidskreen-52 em função da variável envolvimento no bullying.

Dimensões	Envolvidos		Não envolvidos		T	gl	P
	M	DP	M	DP			
Saúde e atividade Física	58,01	14,99	60,73	16,49	-1,10	177	0,27
Sentimentos	70,52	19,83	81,02	17,31	-3,52	180	0,01*
Estado emocional	55,55	20,16	46,54	16,48	3,03	182	0,01*
Autopercepção	62,53	11,22	62,32	11,11	0,12	183	0,66
Autonomia e tempo livre	67,80	21,28	78,75	16,60	-3,59	187	0,001**
Família/ambiente familiar	68,80	20,93	78,94	17,32	-3,30	184	0,01*
Aspecto financeiro	58,71	30,73	65,53	23,29	-1,56	182	0,12
Amigos e apoio social	69,66	26,95	77,47	15,82	-2,09	178	0,37

Ambiente escolar	67,25	15,77	70,58	16,45	-1,34	185	0,18
Provocação/bullying	45,32	19,70	31,48	14,45	5,01	192	0,001**

Fonte: Dados de Pesquisa

Nota. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Os resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas quanto ao envolvimento no bullying em relação à dimensão sentimentos que compõe a qualidade de vida [$t(180) = 0,01$; $p < 0,05$]. Os adolescentes que afirmaram algum envolvimento com o bullying apresentaram menores médias no quesito sentimentos positivos. Observou-se que os alunos que reportaram algum envolvimento no bullying tiveram as menores médias nesse domínio.

Com relação à faceta estado emocional, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa [$t(182) = 0,01$; $p < 0,05$] entre os adolescentes envolvidos ou não no bullying; neste contexto, os que se envolveram apontaram maiores níveis de emoções negativas. Quanto à dimensão autonomia e tempo livre, os participantes envolvidos no bullying tiveram uma menor média [$t(187) = 0,00$; $p < 0,01$], apontando para menores oportunidades de lazer, de participação em atividades sociais, bem como, de serem capazes de tomar suas decisões.

Uma quarta dimensão que apresentou diferenças estatísticas significativas foi a da família/ambiente familiar, alcançando uma maior média entre os adolescentes que afirmaram não ter se envolvido no bullying [$t(184) = 0,01$; $p < 0,05$]. Nesse aspecto, infere-se que os alunos não envolvidos com o bullying recebem um maior apoio familiar, fortalecendo sua percepção de amor e de tratamento justo que recebem de seus pais/cuidadores. Outro fator referente ao instrumento qualidade de vida que se diferenciou entre os adolescentes envolvidos ou não no bullying foi a faceta provocação/bullying [$t(192) = 0,00$; $p < 0,01$]. Nesta dimensão, os participantes envolvidos no bullying apontaram para maiores médias.

Entretanto, no que concernem às demais dimensões do construto qualidade de vida: saúde e atividade física [$t(177) = 0,27$; $p > 0,05$], autopercepção [$t(183) = 0,66$; $p > 0,05$], aspectos financeiros [$t(182) = 0,12$; $p > 0,05$], amigos e apoio social [$t(178) = 0,37$; $p > 0,05$]; ambiente escolar [$t(185) = 0,18$; $p > 0,05$], não se observaram diferenças significativas com relação ao envolvimento ou não no bullying.

Por fim, foi realizada uma Anova (one way) a fim de verificar a existência de diferença na qualidade de vida em função dos tipos de envolvimento no bullying, sendo apresentados os resultados na Tabela 2.

Tabela 2 – ANOVA para verificação de diferenças dos fatores do Kidscreen-52 em função da variável tipo de envolvimento no bullying.

	Agressores	Vítimas	Observador	Agressores- Vítimas	Anova
Dimensões	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	
Saúde e atividade Física	65,6(16,99)	56,6(15,28)	59,58(14,09)	63,0(16,93)	F(3, 116)= 1,31; p=0,27
Sentimentos	69,0(15,15)	68,4(21,17)	73,79(20,27)	81,4(13,44)	F(3, 116)= 1,43; p=0,23
Estado emocional	50,5(16,05)	57,9(19,57)	53,60(21,24)	50,1(26,26)	F(3, 119)= 0,83; p=0,47
Auto percepção	59,6(11,06)	62,1(11,51)	64,30(9,68)	67,5(14,75)	F(3, 121)= 1,11; p=0,34
Autonomia e tempo livre	68,5(18,57)	65,2(22,32)	72,29(20,08)	76,0(16,61)	F(3, 122)= 1,34; p=0,26
Família/ambiente familiar	72,2(16,66)	65,8(22,71)	72,98(19,24)	73,7(16,78)	F(3, 120)= 1,17; p=0,32
Aspecto financeiro	78,3(18,08)	56,3(35,67)	62,39(23,42)	51,1(27,88)	F(3, 116)= 1,56; p=0,20
Amigos e apoio social	66,2(16,95)	65,4(20,66)	77,89(36,95)	74,1(14,44)	F(3, 116)= 1,88; p=0,13
Ambiente escolar	54,4(8,33)	68,0(15,11)	70,81(17,55)	68,8(15,00)	F(3, 120)= 2,69; p=0,49
Provocação/bullying	45,3(16,86)	48,5(20,93)	40,97(17,48)	40,7(19,27)	F(3, 126)= 1,48; p=0,22

Fonte: Dados de Pesquisa

Os resultados da análise de variância, como demonstra a Tabela 2, revelaram não haver diferenças estatisticamente significativas entre os quatro grupos (papéis assumidos no envolvimento) em relação às subfunções que compõem o instrumento de qualidade de vida.

DISCUSSÃO

A presente pesquisa buscou comparar a qualidade de vida (QV) de adolescentes em função do envolvimento no bullying, bem como dos tipos de papéis assumidos no envolvimento (agressor, vítima, vítima/agressor e observador). Considera-se terem sido alcançados esses objetivos.

No que diz respeito às prevalências de envolvimento no bullying e tipos de envolvimento, encontradas no presente estudo, consideram-se elevadas e se aproximam dos achados de Bandeira e Hutz (2012), que apontaram o papel de vítima como o mais frequente para a realidade da amostra estudada (67,5%). Embora essas prevalências sejam corroboradas pela literatura, salienta-se uma possível relação dos resultados da presente pesquisa com o fenômeno da deseabilidade social, uma vez que o tipo de instrumento utilizado para identificar os papéis sociais assumidos no bullying consistiu numa pergunta de múltipla escolha, por meio da qual os participantes marcavam a opção que mais se aproximasse da sua realidade frente ao bullying. Neste contexto, os papéis de vítimas (53,5%) e observadores (32,1%) foram os mais frequentes, constituindo, por suposto, tipos de papéis menos reprováveis socialmente, em detrimento dos demais: agressores (7,6%) e vítimas-agressoras (6,8%).

Acerca dos resultados de comparação de médias (test t) entre os grupos de envolvidos ou não no bullying em relação as dimensões que compõem a qualidade de vida, observaram-se diferenças estatisticamente significativas nas facetas: sentimentos, estado emocional, autonomia e tempo livre, família/ambiente familiar e provocação/bullying. Tais resultados coadunam o pensamento de alguns autores que preconizam que o bullying produz impactos negativos na qualidade de vida dos envolvidos (CHEN; HUANG, 2015; GONÇALVES et al., 2009; PATRICK et al., 2013).

Quanto a dimensão sentimentos, que abarca aspectos relacionados ao bem estar psicológico, emoções positivas e satisfação com a vida (RAVENS-SIEBERER et al., 2005), obteve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de envolvidos ou não no bullying, em que os envolvidos tiveram menores médias. Esse resultado corrobora aos achados de Marques (2014) que verificou, em seu estudo, que vítimas, agressores e vítimas-agressoras apresentaram pior satisfação com a vida que escolares sem envolvimento com bullying, demandando o desenvolvimento de políticas educacionais aliadas à políticas preventivas em saúde mental. Semelhantemente, o estudo de Lisboa et al. (2014), que teve o propósito de analisar a violência interpessoal entre adolescentes (bullying) e sua associação com a satisfação com a vida e com a vivência familiar, demonstrou que esse contentamento pode proteger os adolescentes de se envolverem nesse tipo de violência interpessoal.

Nesta direção, alguns autores têm manifestado que construtos ligados a esse domínio - inteligência emocional percebida, por exemplo - podem constituir elementos diferenciais entre os

escolares que se implicam em situações de bullying (ELIPE et al., 2012). Uma aproximação à pesquisa de Del Prette, A. e Del Prette, Z. (2005) permite compreender que habilidades empáticas precárias estão relacionadas às manifestações de agressividade, reforçando a própria definição de comportamento agressivo, que envolve uma empatia deficitária na qual o agressor, ao manifestar suas ações a outros indivíduos, parece ter pouca sensibilidade aos seus sentimentos.

Assim sendo, resultados dessa natureza suscitam a necessidade de fomentar estratégias de gestão emocional no âmbito escolar, fortalecendo os recursos internos dos estudantes, por meio do desenvolvimento de condutas empáticas e pró-sociais, as quais podem funcionar como fatores protetivos nos fenômenos de agressão entre os pares.

Com relação à faceta estado emocional, fator relacionado a experiências depressivas e estressantes (RAVENS-SIEBERER et al., 2005), também foi estatisticamente diferente entre envolvidos ou não no bullying. Esse resultado encontra apoio da literatura prévia, como por exemplo, no estudo de Uba, Yaacob e Juhari (2010) - cujo objetivo foi verificar a relação entre bullying e depressão entre adolescentes da Malásia - encontrou uma correlação positiva e significativa entre bullying e depressão na adolescência ($r = 0,296$, $p < 0,01$), ratificando descobertas anteriores sobre a relação entre os construtos.

De acordo com Kaltiala-Heino e Fröjd (2011), em estudo de revisão sistemática sobre a associação entre o envolvimento em bullying e depressão em amostras populacionais adolescentes, alguns estudos defendem que tanto a vitimização do bullying pode ser um fator de risco para a depressão quanto a depressão pode predispor adolescentes ao bullying. Além dessa evidência, embora não tenha sido consensualmente confirmado em todos os estudos mantidos na revisão, observou-se que não apenas vítimas, mas também provocadores podem apresentar um aumento do risco para um quadro depressivo.

Também são encontradas evidências empíricas da relação entre envolvimento no bullying e implicações na autonomia e tempo livre, dimensão que analisa a oportunidade dada ao adolescente para o lazer, além de referir-se à liberdade de escolha desse jovem (RAVENS-SIEBERER et al., 2005). Por suposto, a condição de envolvimento no bullying coloca em prejuízo a qualidade da relação que é estabelecida entre os pares, limitando a participação dos adolescentes nas atividades sociais e/ou de lazer desempenhadas, sobretudo, no espaço escolar. Neste sentido, um estudo realizado por Vianna, Souza e Reis (2015) sobre a percepção de alunos do ensino médio acerca do bullying nas aulas de educação física confirmou a ocorrência da

agressão durante as aulas, com especial frequência no que tange às agressões verbais (75,4%), seguidas por agressões emocionais (18,4%) e físicas (6,2%), fato que justifica o menor engajamento dos envolvidos no bullying em atividades dessa natureza.

Quanto à faceta ambiente familiar, fator que avalia a relação do adolescente com os pais, a atmosfera familiar desse jovem, bem como, os sentimentos dos adolescentes frente ao seu responsável (RAVENS-SIEBERER et al., 2005), os achados do presente estudo corroboram com pesquisas anteriores, que apontam que o contexto familiar pode exercer influências (adversas ou não) sobre os comportamentos de crianças e adolescentes (OLIVEIRA, 2012; SOUZA; TEIXEIRA, 2012, OLIVEIRA, et al., 2015). De modo que as famílias que oferecem maior suporte social afetivo, clima favorável à comunicação, práticas educativas e de supervisão, contribuem diretamente para o surgimento de fatores protetivos face o ciclo da violência e suas manifestações. Em contrapartida, outros estudos explicitam que alguns aspectos familiares podem propiciar maior envolvimento às práticas do bullying, tais como: pouco tempo dedicado aos filhos, utilização do castigo físico, autoritarismo, condições socioeconômicas e intelectuais limitadas, associados também com uma pior saúde e qualidade de vida (BRITTO; KOLLER, 1999; GASPAR et al., 2006; OLIVEIRA et al., 2015).

Por fim, os resultados apontaram para uma diferença significativa quanto à faceta Provocação Bullying, ao se considerar os grupos que se reconheceram envolvidos ou não no bullying. Essa refere-se ao sentimento, vivenciado pelo adolescente, de rejeição e de ser intimidado (RAVENS-SIEBERER et al., 2005). Os resultados realçaram a relação negativa entre o bullying e a qualidade de vida dos envolvidos, fato que corrobora o estudo de Bandeira e Hutz (2012) no que se refere à alta prevalência de alunos envolvidos no bullying e suas consequências à saúde. Na mesma direção, Coutinho et al. (2009), Kimura (2013) e Wilkins-Shurmeret et al. (2003) apontam a necessidade de atenção para as diferentes consequências na qualidade de vida dos envolvidos (agressor, vítima, vítima/agressor ou observador), levando em consideração aspectos biopsicossociais, por exemplo, como o indivíduo percebe a si e o mundo ao seu redor.

No que diz respeito aos fatores da QV supracitados que não apresentaram diferenças em função do envolvimento ou não no bullying, tais como: saúde e atividade física, autopercepção, aspectos financeiros, amigos e apoio social e ambiente escolar, ressalta-se que embora tais achados, alguns resultados de pesquisas anteriores apontam para implicações negativas na QV de envolvidos no bullying. Por exemplo, a QV interfere na autoestima (BANDEIRA; HULTZ,

2010), aspecto presente na faceta auto percepção; na percepção negativa da escola (MATOS; GONÇALVES, 2009), questão também abordada pelos fatores ambiente escolar, saúde e atividade física (COUTINHO et al., 2009; NETO, 2005). Além disso, estudos apontam para relações entre o bullying e a falta de apoio dos pais, amigos e escola (SOUZA; TEIXEIRA, 2012; FLASPOHLER et al., 2009), bem como, relações entre violência e pobreza (CAMPOS; JORGE, 2010; MARANHÃO et al., 2014), aspectos relacionados ao financeiro.

Ainda que essas pesquisas sugiram que o envolvimento no bullying afeta a QV, elas não se inserem nos estudos comparativos entre os envolvidos (ou não) no bullying. Nesse sentido, a presente pesquisa buscou contemplar essa lacuna. Não obstante, é imprescindível que outros estudos sejam realizados levando-se em consideração esses dois grupos, bem como amostras mais amplas, de modo a replicar os achados ora encontrados.

Por fim, foi realizada uma comparação das facetas de qualidade de vida, em função do tipo e papel assumido, o que não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas. Este indicador, sugere que, a despeito do papel assumido no cenário de agressão, estar envolvido no bullying é condição suficiente para influenciar negativamente a QV dos adolescentes, contudo, torna-se necessário replicar esse achado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo objetivou conhecer o quantitativo de adolescentes escolares envolvidos em situações de bullying, comparar a qualidade de vida destes escolares em função do envolvimento (ou não) com esta problemática e identificar os diferentes papéis (agressor, vítima, vítima/agressor e observador) relacionados ao cenário de envolvimento no bullying.

Os achados revelaram um alto percentual de adolescentes (65,8%) que reportou a alguma forma de envolvimento com o bullying. Entre os diferentes papéis de envolvimento, observou-se especial destaque para o papel de vítimas (53,5%), seguido dos papéis de observadores (32,1%), provavelmente por constituírem os tipos de papéis menos censuráveis socialmente.

Quanto à QV, observou-se diferenças estatisticamente significativas, denotando que o bullying produz impactos negativos na qualidade de vida dos envolvidos, limitando-os nas atividades sociais e/ou de lazer desempenhadas, sobretudo, no espaço escolar. Os achados

indicaram também maiores níveis de emoções negativas, relacionadas a experiências depressivas e estressantes, para os participantes envolvidos no bullying.

Em relação ao contexto familiar revelaram que as famílias que propiciam maior suporte social afetivo, clima favorável à comunicação, práticas educativas e de supervisão, contribuem diretamente para o surgimento de fatores protetivos contra o ciclo do bullying e suas manifestações.

Quanto à percepção de apoio dos colegas verificou-se que os envolvidos no bullying apresentaram menor qualidade nas interações com os colegas e capacidade de formar e manter amigos. Tais achados ratificam a literatura especializada, que defende que o bullying produz impactos negativos na qualidade de vida dos atores sociais envolvidos.

Outro achado relevante desta pesquisa demonstrou que, quanto aos papéis assumidos no envolvimento, não existem diferenças significativas em relação à QV, demonstrando que, a despeito do papel assumido no cenário de agressão, estar envolvido no bullying é condição suficiente para influenciar negativamente a QV dos adolescentes.

Ademais, espera-se que os resultados do presente estudo contribuam para uma melhor compreensão dos fenômenos bullying e qualidade de vida no contexto dos adolescentes escolares como processo de luta ainda presente na atual conjuntura. Como também sirva de motivação para outros pesquisadores na busca de novos conhecimentos, utilizando-se de uma maior amplitude amostral e outros instrumentos que venham possibilitar maior visibilidade às temáticas.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência Normal**. Tradução de Suzana Maria Garagoray Ballve. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

ARAÚJO, L. S.; COUTINHO, M. P. L.; MIRANDA, R. S.; SARAIVA, E. R. A. Universo consensual de adolescentes acerca da violência escolar. **Psico-USF [online]**, v. 17, n. 2, p. 243-251, 2012. Disponível em <<http://repositorio.caminhosdocuidado.org/handle/handle/442>>. Acesso em 02 mai. 2017.

BANDEIRA, C. M.; HUTZ, C. S. Bullying: prevalência, implicações e diferenças entre os gêneros. **Psicologia Escolar e Educacional**, Maringá, v. 16, n. 1, p. 35-44. 2012. Disponível em <<http://repositorio.caminhosdocuidado.org/handle/handle/442>>. Acesso em 02 mai. 2017.

BISEGGER, C. et al. Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. **Sozial-und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine**, v. 50, n. 5, p. 281-291, 2005.. Disponível em <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00038-005-4094-2?LI=true>>. Acesso em 02 mai. 2017.

BRITO, R. C.; KOLLER, S. H. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In A. M. Carvalho (Org.). **O mundo social da criança: natureza e cultura em ação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

CHEN, Y. Y.; HUANG, J. H. Precollege and in-college bullying experiences and health-related quality of life among college students. **Pediatrics**, n. 135, p. 18-25, 2015. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25535256>>. Acesso em 02 mai. 2017.

COUTINHO, M. P. L.; SILVA, C. M. L.; ARAÚJO, L. S. **O adolescente e o bullying no contexto escolar: um estudo psicossociológico**. In: IV Conferência Brasileira Sobre Representações Sociais. Tema central: A escola Brasileira de Representações Sociais. 2-4 set. Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das habilidades sociais na infância: Teoria e prática**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

ELIPE P., ORTEGA R., HUNTER S. C.; DEL REY, R. Inteligencia Emocional Percibida e Implicación en Diversos Tipos de Acoso Escolar (Perceived Emotional Intelligence and Involvement in Several Kinds of School Bullying). **Behavioral Psychology/Psicología Conductual**, 20, 169-181, 2012. Disponível em <<http://search.proquest.com/openview/26f902aacd01ec295064825a95d8c84a/1?pq-origsite=gscholar&cbl=966333>>. Acesso em 02 mai. 2017.

FLASPOHLER, P. D. et al. Stand by me: The effects of peer and teacher support in mitigating the impact of bullying on quality of life. **Psychology in the Schools**, v. 46, n. 7, p. 636-649, 2009. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pits.20404/full>>. Acesso em 02 mai. 2017.

FRISÉN, Ann; BJARNELIND, Sofia. Health-related quality of life and bullying in adolescence. **Acta Paediatrica**, v. 99, n. 4, p. 597-603, 2010. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.2009.01664.x/full>>. Acesso em 02 mai. 2017.

GASPAR, T. et al. Qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 2, n. 2, p. 47-60, 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180856872006000200005&lng=pt&tlng=pt> Acesso em: 24 de março de 2016

GONÇALVES, L. et al. Bullying escolar está associado à diminuição de qualidade de vida em uma amostra de escolares de Porto Alegre. **Revista HCPA**. Porto Alegre, 2009. Semana Científica. Porto Alegre. Disponível em <<http://hdl.handle.net/10183/23744>> Acesso em 25 de março de 2016.

GUEDES, D. P.; GUEDES, J. E. R. P. Tradução, adaptação transcultural e propriedades psicométricas do KIDSCREEN-52 para a população brasileira. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 29, n. 3, p. 364-371, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n3/a10v29n3>>. Acesso em 02 mai. 2017.

GUERRA, N. G., WILLIAMS, K. R.; SADEK, S. Understanding bullying and victimization during childhood and adolescence: A mixed methods study. **Child development**, v. 82, 295-310, 2011. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-8624.2010.01556.x/full>>. Acesso em 02 mai. 2017.

HARALDSTAD, Kristin et al. Predictors of health-related quality of life in a sample of children and adolescents: a school survey. **Journal of clinical nursing**, v. 20, n. 21-22, p. 3048-3056, 2011. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03693.x/full>>. Acesso em 02 mai. 2017

KALTIALA-HEINO, R.; FRÖJD, S. Correlation between bullying and clinical depression in adolescent patients. **Adolescent Health, Medicine and Therapeutics**, v. 2, p. 37-44, 2011. Disponível em <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.770.7109&rep=rep1&type=pdf>>. Acesso em 02 mai. 2017

KARASIMOPOULOU, S.; DERRI, V.; ZERVOUDAKI, E., Children's perceptions about their health-related quality of life: effects of a health education-social skills program. **Health education research**, v. 27, n. 5, p. 780-793, 2012. Disponível em <<https://academic.oup.com/her/article/27/5/780/580747/Children-s-perceptions-about-their-health-related>>. Acesso em 02 mai. 2017.

- KIMURA, P. R. O. et al. **Representações sociais de alunos do ensino fundamental sobre bullying**. 2013. 254f. (Dissertação de Mestrado) Departamento de Psicologia. Universidade Federal do Pará, Belém.
- LISBOA, C. et al. Satisfação com a vida e com a família e violência interpessoal na adolescência. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 10, n. 1, p. 19-28, 2014. Disponível em < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872014000100004 >. Acesso em 02 mai. 2017.
- NETO, A. A. L. Bullying: comportamento agressivo entre estudantes. **Jornal de pediatria**, v. 81, n. 5, p. 164-172, 2005. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n5s0/v81n5Sa06.pdf> >. Acesso em 02 mai. 2017.
- MARANHÃO, EL AL. Violência, risco e proteção em estudantes de escola pública. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 26, n. 2, p. 429-444, 2014. Disponível em < <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/19517> >. Acesso em 02 mai. 2017.
- MARQUES, D. F. P. J. **Bullying**: impacto sobre a satisfação com a vida em adolescentes. 2014. 86f. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco, Recife.
- MATOS, M. G.; GONÇALVES, S. M. P. Bullying nas escolas: comportamentos e percepções. **Psicologia, saúde & doenças**, v. 10, n. 1, p. 3-15, 2009. Disponível em < http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164500862009000100001&lng=pt&tlng=pt >. Acesso em 02 mai. 2017.
- MOURA, D. R.; CRUZ, A. C. N.; QUEVEDO, L. A. Prevalência e características de escolares vítimas de bullying. **Jornal de Pediatria**, v. 87, n. 1, p. 19-23, 2011. Disponível em < <http://www.jped.com.br/conteudo/11-87-01-19/port.asp> >. Acesso em 02 mai. 2017.
- NAKAMOTO, J.; SCHWARTZ, D. Is peer victimization associated with academic achievement? A meta-analytic review. **Social Development**, v. 19, n. 2, p. 221-242, 2010. Disponível em < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9507.2009.00539.x/full> >. Acesso em 02 mai. 2017.
- OLIVEIRA, W. A. et al. Interfaces between family and school bullying: an systematic revision. **Psico-USF**, v. 20, n. 1, p. 121-132, 2015. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712015000100012&script=sci_arttext >. Acesso em 02 mai. 2017.
- OLIVEIRA, K. M. R. **Experiências de adolescentes com bullying escolar e análise fenomenológica de suas vivências**. Dissertação de Mestrado. 2012. 87 f. Dissertação de mestrado - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências.
- OLWEUS, D. School bullying: Development and some important challenges. **Annual review of clinical psychology**, v. 9, p. 751-780, 2013. Disponível em < <http://annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185516> >. Acesso em 02 mai. 2017.
- PATRICK, D. L. et al. Bullying and quality of life in youths perceived as gay, lesbian, or bisexual in Washington State, 2010. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 7, p. 1255-1261, 2013. Disponível em < <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2012.301101> >. Acesso em 02 mai. 2017.
- PINTO-NETO, A. M.; CONDE, D. M.. Quality of life. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, v. 30, n. 11, p. 535-535, 2008. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010072032008001100001&script=sci_arttext&tlng=pt >. Acesso em 02 mai. 2017.
- RAJMIL, L. et al. Generic health-related quality of life instruments in children and adolescents: a qualitative analysis of content. **Journal of adolescent Health**, v. 34, n. 1, p. 37-45, 2004. Disponível em < [http://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(03\)00249-0/fulltext](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(03)00249-0/fulltext) >. Acesso em 02 mai. 2017.

- RAVENS-SIEBERER, U. et al. KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. **Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research**, v. 5, n. 3, p. 353-364, 2005. Disponível em <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1586/14737167.5.3.353>>. Acesso em 02 mai. 2017.
- RECH, R. R. et al. Prevalence and characteristics of victims and perpetrators of bullying. **Jornal de Pediatria** (Versão em Português), v. 89, n. 2, p. 164-170, 2013. Disponível em <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S225555361300027X>>. Acesso em 02 mai. 2017.
- CAVALCANTI, A. L. C. et al. Prevalência e Tipos de Bullying em Escolares Brasileiros de 13 a 17 anos. **Revista de Saúde Pública**, v. 16, n. 2, p. 173, 2014. Disponível em <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42232582002>>. Acesso em 02 mai. 2017.
- SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004. Disponível em <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-357206>>. Acesso em 02 mai. 2017.
- SOUZA, J. M.; TEIXEIRA, R. S. As implicações do apoio social nas situações de violência escolar. **Revista Fórum Identidades**, v. 12, n. 12, 2012. Disponível em <<http://seer.ufs.br/index.php/forumidentidades/article/view/1887/1646>>. Acesso em 02 mai. 2017.
- UBA, I., YAACOB, S. N.; JUHARI, R. Bullying and Its' Relationship with Depression among Teenagers. **Journal of Psychology**. v. 1, n. 1, p. 15-22, 2010. Disponível em: <<http://www.krepublishers.com/02-Journals/JP/JP-01-0-000-10-Web/JP-01-1-000-10-PDF/JP-01-1-015-10-021-Uba-I-U/JP-01-1-015-10-021-Uba-I-U-Tt.pdf>>. Acesso em 02 mai. 2017.
- VIANNA, J. A.; SOUZA, S. M.; REIS, K. P. Bullying nas aulas de Educação Física: a percepção dos alunos no Ensino Médio. **Revista Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**. v. 23, n. 86, p. 73-93, 2015. Disponível em <<http://revistas.cesgranrio.org.br/index.php/ensaio/article/view/237>>. Acesso em 02 mai. 2017.
- WILKINS-SHURMER, A. et al., Association of bullying with adolescent health-related quality of life. **Journal Pediatrics and Child Health**. v. 39, p. 436-441, 2003. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1440-1754.2003.00184.x/full>>. Acesso em 02 mai. 2017.
- WITTER, G. P. Ponto de vista: violência e escola. **Temas em Psicologia**. v. 18, n. 1, p. 11-15, 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2010000100002&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em 02 mai. 2017.

CAPÍTULO 8 – QUALIDADE DE VIDA, BEM-ESTAR SUBJETIVO E DEPRESSÃO NO CONTEXTO DA ADOLESCÊNCIA: UM ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Adrielle Vieira de Lima Pinto

Jaqueline Gomes Cavalcanti

Lidiane Silva de Araújo

Maria da Penha de Lima Coutinho

INTRODUÇÃO

Considerada uma fase do desenvolvimento humano, a adolescência compreende um período de metamorfose fisiológica, psicológica e social. Neste período, emoções e mudanças são potencializadas, reorientando o sentido da vida do adolescente, demarcando sua autoestima e identidade (SILVA-ESCORDIA; MEJÍA-PÉREZ, 2015). Assim, as questões concernentes à qualidade de vida (QV) e ao bem-estar (BE) do adolescente sofrem, invariável e preponderantemente, influências das distintas situações que a pessoa vivencia no seu cotidiano (ARAÚJO; COSTA; BLANK, 2009).

Observando este cenário de mudanças, torna-se notória a existência de contradições, conflitos e ambivalências na vida desses indivíduos. Muitos desses comportamentos podem se configurar apenas como um reflexo do processo de busca da identidade, dirigindo-se a uma respectiva e aguardada superação (MOREIRA; BASTOS, 2015). No entanto, alguns autores ponderam que no período da adolescência também é observado uma maior vulnerabilidade, sendo esta fase mais propensa ao surgimento das síndromes psicoafetivas, a exemplo da depressão (FUKUDA et al. 2016; RIBEIRO et al. 2012).

Adita-se a esta realidade, a necessidade de estudos que possam contemplar para além do enfoque epidemiológico da depressão, investigações do tema sob diferentes perspectivas, verificando, por exemplo, a relação de construtos psicológicos de natureza positiva, tais como o bem-estar subjetivo (BES) e a qualidade de vida (QV) nas diferentes formas de enfrentamento à depressão. A articulação desses construtos revela-se pertinente, pois, no contexto da adolescência, há uma robusta produção de conhecimento acerca de doenças e fatores de risco, em detrimento dos fatores de proteção (MOREIRA et al., 2014; SOARES et al., 2011).

Depressão

De modo geral, a depressão é comumente caracterizada como um transtorno de humor que provoca sérios agravos na função da mente, alterando a forma como a pessoa compreende a realidade (COUTINHO, 2005).Essas condições propiciam mudanças emocionais e comportamentais significativas, ocasionando a diminuição da avaliação da vida em termos positivos, baixa satisfação e, conseqüentemente, alterações na percepção da QV (HUTZ, 2014; FLECK, 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a depressão é considerada um dos maiores problemas de saúde pública do mundo, a estimativa é que mais de 300 milhões de pessoas sejam portadoras da doença (ONU, 2016). O órgão também considera a depressão como a principal causadora de incapacidades, ocasionando grandes custos sociais e, em casos mais graves, pode levar ao suicídio (BAHLS; BAHLS, 2002; BRAGA; DELL'AGLIO, 2013).

No contexto da adolescência, a depressão é cada vez mais recorrente, pois esta fase da vida é marcada por uma série de mudanças psicossociais e alterações biológicas, as quais produzem manifestações comportamentais conflituosas. Estas por sua vez, podem contribuir para o desenvolvimento de quadros depressivos, com notórios sintomas de tristeza, confusão, culpa, apatia e irritabilidade (MIRANDA et al. 2013).

Considerando este cenário, Ribeiro, Coutinho e Nascimento (2010) apontam em sua pesquisa, composta por 276 adolescentes escolares, que os sentimentos de tristeza, o final de relacionamentos amorosos, o isolamento e a ideação suicida demonstraram ser pilares para a compreensão dos fatores psicossociais desencadeados pelo transtorno na amostra específica. Ainda nesta perspectiva, Roberts e Duong (2013) forneceram os primeiros dados sobre insônia e depressão maior em adolescentes, indicando que os dois estão reciprocamente relacionados.

Neste sentido, os resultados sugerem que a presença da depressão exerce profundo impacto na vida dos adolescentes, não obstante, segundo Fleck (2008) a avaliação e promoção da QV e do bem-estar desta parcela da população, aparece como desfecho relevante, devido a multidimensionalidade dos dois construtos, os quais podem ser capazes de detectar a magnitude e abrangência do comprometimento que a depressão impõe.

Qualidade de Vida e Bem-Estar Subjetivo

De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), a QV pode indicar a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (FLECK, 2008). Ademais, pode ser concebida como uma representação, isto é, como uma construção eminentemente humana e subjetiva que abarca diferentes sentidos, que são atravessados por elementos de satisfação individual e de bem-estar coletivo compartilhados em diferentes contextos (MINAYO, 2013).

Na adolescência, a QV abrange diferentes dimensões que estão diretamente ligadas à saúde, dentre elas destacam-se as relacionadas ao bem-estar físico, emocional e mental, bem como a aspectos psicossociais, como apoio social, relações familiares, questões econômicas, entre outras situações do dia-a-dia (SIMEÃO et al., 2012). Como implicação, estudos nacionais e internacionais apontam para a pluralidade, subjetividade e as inter-relações que este construto estabelece com diferentes fenômenos, nos distintos cenários da adolescência (BIGGS; CARTER, 2016; CHEIE; MIU, 2016; MOREIRA et al., 2013; 2014).

Quanto ao bem-estar subjetivo, observa-se que nas últimas décadas, tem-se verificado crescente interesse nos estudos dos aspectos positivos da vida, face à promoção de uma saúde positiva (FLECK, 2008). Neste sentido, Gaspar et al. (2006) indicam que orientações positivas voltadas para a saúde de crianças e adolescentes promovem resultados positivos em diferentes domínios da QV.

Bem-estar subjetivo, portanto, constitui-se um importante indicador psicológico ou subjetivo da QV, sendo tomado também como sinônimo de felicidade, satisfação, estado de espírito e afeto positivo, o qual refere-se, em linhas gerais, às avaliações que as pessoas fazem sobre suas vidas (DIENER, 2000; GIACOMONI, 2004; SELIGMAN, 2011).

Desse modo, a abrangência do BES coloca-o numa posição de interseção entre vários domínios da Psicologia, por consequência é considerado um construto de difícil conceituação, pois além de abranger componentes afetivos e cognitivos, compreende também um campo de estudos que abarca grandes conceitos como a QV, afetos positivos e negativos (GALINHA; RIBEIRO, 2005; HUTZ, 2014).

Neste sentido, a literatura aponta para estudos do BES em distintos cenários e grupos etários, dentre eles: universitários (COLETA; LOPES; COLETA, 2012), atletas (FERNANDES; RAPOSO; FERNANDES, 2012), idosos (DIAS, CARVALHO; ARAÚJO, 2013) e professores

(ANDRADE; FERNANDES; BASTOS, 2013). No contexto de adolescentes, encontram-se, por exemplo, estudos como o de Freire e Tavares (2011), os quais apontam para a influência da autoestima no BES dos adolescentes, constituindo-se como variável importante em intervenções clínicas e em ações preventivas. Nesta direção, Lima e Morais (2016) em seu estudo com crianças e adolescentes em situação de rua, destacaram a importância da rede de apoio para a promoção do bem-estar, através da evidência de avaliações positivas acerca do BES, apesar do cenário de eventos estressores.

Em face dessas características, o interesse pela temática da QV e BES pode vir a viabilizar melhorias nas condições de vida dos adolescentes por meio de ações precisas, considerando a realidade dos determinantes que os envolvem, sejam estes de ordem física, psicológica, social ou ambiental (CALVETTI; MULLER; NUNES, 2007; GORDIA et al. 2011).

Representações Sociais

Segundo Coutinho (2005) as Representações Sociais (RS) compõem processos públicos de construção, elaboração, difusão e mudança do conhecimento compartilhado no discurso e nas práticas cotidianas dos grupos sociais. Corroborando estes postulados, Sá (1998) e Saraiva (2007) sugerem que a Teoria das Representações Sociais (TRS) é significativa para o entendimento da dinâmica social dos atores sociais, pois é na relação com o outro que as representações são construídas. Para Silva et al. (2014), as RS asseguram um conhecimento amplo e contextualizado, possibilitando o envolvimento de aspectos relacionados à história dos adolescentes, cultura, crenças e afetividade.

Ribeiro et al. (2012) esclarece que é necessário compreender como tais representações manifestam-se e como estas se relacionam entre si, como também em que medida uma relação motiva a outra, tendo em vista que os comportamentos adotados por um indivíduo são resultantes do modo como este os representa socialmente.

Além disso, Silva et al. (2014) pontuam que ações pautadas no conhecimento socialmente elaborado pelos atores sociais sobre as condições de saúde, estilo e QV de adolescentes - sob o prisma da pesquisa qualitativa - podem auxiliar no planejamento, acompanhamento e práticas avaliativas de intervenções destinadas a essa população, interferindo de modo eficaz nessa realidade.

No contexto da adolescência, os estudos das representações sociais constituem campo fértil, uma vez que esta fase é constituída por acentuadas transformações biopsicossociais, por suposto, é conferida ênfase à natureza das relações sociais que os adolescentes travam no cotidiano.

Nesta perspectiva, articulando a temática dissertada ao longo deste capítulo, destaca-se o estudo de Damião et al. (2011) que investigou as RS da depressão em adolescentes. Estes evidenciaram uma inadequação do sujeito depressivo nas inter-relações psicoafetivas e psicossociais, este indivíduo foi representado como uma pessoa impaciente, que sente falta de amigos. Por suposto, na mesma pesquisa a depressão foi associada a sintomas físicos, ausência de amor, tristeza e violência. Em consonância, Aragão et al. (2009) evidenciaram representações de estudantes que descreveram a depressão como uma doença que provoca dor, infelicidade, solidão, podendo levar à morte.

Ainda na perspectiva das RS, Moreira et al. (2015), abordaram a temática da qualidade de vida em adolescentes, destacando através da abordagem estrutural, associações do construto com a prática de atividade física, alimentação saudável, trabalho, sexo e o uso de drogas. Estes aspectos, segundo os autores, estão ancorados no processo de mudanças de hábitos e estilos de vida, vivenciados das mais diferentes maneiras por estes atores sociais; na busca pela independência, nas tomadas de decisões e na construção da sua própria identidade.

Diante deste breve panorama, observa-se a importância da investigação dos fenômenos psicossociais sobre a ótica da TRS, uma vez que esta possibilita apreender os conhecimentos oriundos da experiência cotidiana e as reapropriações dos significados elaborados pelos atores sociais. Não obstante, no cenário da adolescência, ainda são escassas a articulação de diferentes temáticas como a QV, o BES e a depressão.

Deste modo, confia-se que o estudo sob um enfoque dessa ordem poderia viabilizar, na perspectiva dos adolescentes - ou seja, das representações que eles compartilham acerca das temáticas evidenciadas - o acesso à informações com potencial de subsidiar intervenções pontuais que sejam voltadas à saúde e ao bem-estar desse grupo, minimizando o risco para quadros depressivos.

Face a essas premissas, este capítulo foi elaborado contemplando um estudo empírico que objetivou verificar as inter-relações entre as representações sociais da qualidade de vida, bem-estar subjetivo e depressão de adolescentes no contexto escolar. Com efeito, apreender as RS de

adolescentes acerca desses construtos revela-se um caminho pertinente; para além da quantificação das dimensões de cada um deles, dando visibilidade ao conhecimento elaborado e partilhado por este grupo de pertença.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Tratou-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo e analítico, que ancorou-se na Teoria das Representações Sociais. Contou-se com a participação de 285 adolescentes, com idades de 12 a 18 anos ($M=14,86$; $SD=1,82$), a maioria do sexo feminino (56,8%), matriculados em uma escola pública da cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Os instrumentos utilizados foram:

a) Inventário de depressão infantil (CDI). Adaptado à população brasileira por Gouveia et al. (1995), trata-se de um instrumento utilizado para o rastreamento da sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes na faixa etária de sete a dezessete anos. Este instrumento é composto por 20 itens, os quais envolvem três opções de respostas, com a seguinte pontuação: a = 0 ponto; b = 1 ponto e c = 2 pontos. Como ponto de corte para o indicativo de sintomatologia depressiva, utiliza-se a pontuação igual ou superior a 17 pontos.

b) Técnica de associação livre de palavras. Aprimorada por Jung em 1905 (ANZIEU, 1979) e adaptada ao campo da psicologia social por Di Giacomo (1981), a associação livre é uma técnica projetiva que proporciona a identificação das dimensões latentes das representações sociais por meio da configuração dos elementos constituintes das redes associativas dos conteúdos evocados em reação a cada estímulo ou palavra indutora. Com isso, este instrumento possibilita verificar aqueles elementos implícitos que seriam inalcançados ou mascarados mediante as produções discursivas dos atores sociais (ABRIC, 1994). No estudo em tela, foram utilizados como estímulos indutores os termos: qualidade de vida, bem-estar e depressão.

c) Questionário sociodemográfico. Foi empregado com o objetivo de alcançar um perfil da amostra; este instrumento contemplou questões sobre o sexo dos participantes, idade, escolaridade e avaliação da QV.

Foram atendidos todos os preceitos éticos preconizados pela Resolução 466/2012, do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e aprovada pelo mesmo órgão, sob o número do protocolo – 0429/16. Inicialmente, o diretor da escola foi abordado para a apresentação da

pesquisa e a consequente autorização para a realização da coleta de dados na instituição escolar. Foram explicitados os objetivos pertinentes ao estudo, além de garantido o sigilo das respostas dadas pelos participantes. A aplicação da pesquisa realizou-se de forma coletiva, nas dependências da instituição escolar. A pesquisa foi aplicada após assinatura do termo de consentimento enviado aos pais/responsáveis e autorização dos adolescentes, através da assinatura do termo de assentimento do participante.

Os dados foram analisados com o auxílio do SPSS (versão 21.0) para fins de análises descritivas e para rastrear o indicativo de depressão na amostra estudada. As respostas relacionadas ao questionário sociodemográfico, ao rastreamento da depressão e à técnica de associação livre de palavras foram processados pelo software Tri-Deux-Mots e analisadas por meio da análise fatorial de correspondência (AFC), com a finalidade de conhecer as evocações dos adolescentes frente aos estímulos indutores qualidade de vida, bem-estar e depressão associadas às seguintes variáveis fixas: sexo, avaliação da qualidade de vida e indicativo da sintomatologia depressiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O rastreamento do índice epidemiológico da depressão para a amostra estudada evidenciou que 9,5% dos participantes apresentaram o indicativo da sintomatologia depressiva; isto é, estes adolescentes escolares obtiveram 17 ou mais pontos na avaliação do inventário. De acordo com Bahls e Bahls (2002), a estimativa da depressão no coletivo de adolescentes pode variar de 3,3 a 12, 4%; deste modo, apesar de situada no intervalo percentual apontado pela literatura, a prevalência evidenciada neste estudo indicou um percentual próximo ao extremo superior, demonstrando a dimensão do problema, que ainda carece de cuidados, isto, pois, é um crescente e importante problema de saúde pública causador de incapacitação (CUNHA; BASTOS; DUCA, 2012), afetando a saúde geral do adolescente.

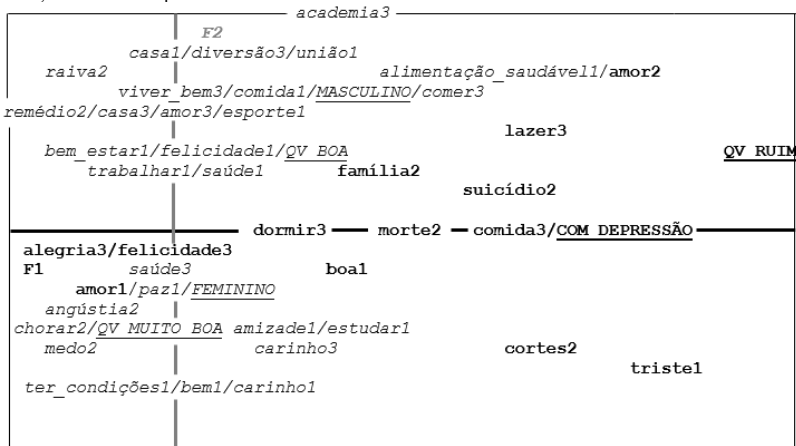
A identificação da prevalência da depressão possibilitou a distribuição da amostra em dois grupos (grupos de adolescentes com e sem sintomatologia) para apreender os campos semânticos associados a esta variável juntamente às variáveis sociodemográficas "sexo" e "avaliação da QV". Por seu tempo, a distribuição das respostas dos participantes frente a esta última variável demonstrou que a maioria dos adolescentes autoavaliou a sua QV de forma positiva (boa, 43,8%;

muito boa, 27%), seguido de uma avaliação neutra (nem ruim nem boa, 25,3%) e, finalmente, negativa (ruim, 3,2%; muito ruim, 0,7%).

A análise fatorial de correspondência realizada por meio do Tri-Deux-Mots apontou distintas modalidades de opiniões por cada estímulo indutor (“qualidade de vida”, “bem-estar” e “depressão”) associado às variáveis fixas (“sexo”, “avaliação da qualidade de vida” e “sintomatologia da depressão”) dos participantes do estudo.

Os fatores explicaram 56,5% da variância total de respostas, distribuídas entre os fatores 1, com 40,6% (valor próprio = 0,041), e 2, com 15,9% de variância explicada (valor próprio = 0,016). Foram registradas 2996 palavras conexas aos estímulos indutores, das quais 286 foram palavras diferentes e 81 contribuíram para a formação do plano fatorial representado pela Figura 1.

Figura 1 – Plano fatorial de correspondência das representações sociais dos adolescentes sobre qualidade de vida, bem-estar e depressão.



Fonte: Software Tri-Deux-Mot (figura editada pelas autoras do estudo)

As palavras em questão compreenderam uma carga fatorial média igual a 12,35, tomando-se por base o somatório das cargas (1000) dividido pelo número total de palavras (81). Neste aspecto, para a apreciação das contribuições por cada estímulo indutor, foram consideradas as associações livres com as maiores cargas fatoriais.

De acordo com a Figura 1, no primeiro eixo (F1), em negrito, na linha horizontal, à esquerda, sem associação à variável fixa específica, foram dispostas as objetivações dos participantes apenas em relação aos estímulos qualidade de vida (amor) e bem-estar (alegria e felicidade). Deste modo, esses elementos foram ancorados nas experiências subjetivas que os adolescentes têm sobre suas vidas, corroborando Gaspar et al. (2006), que preconiza que, na avaliação da QV e bem-estar em crianças e adolescentes, a relação entre condições objetivas da vida e o estado psicossocial não contemplam o fenômeno em sua totalidade, demandando, portanto, o conhecimento da subjetividade do sujeito.

Em contraposição, à direita do plano, destacaram-se as respostas dos atores sociais com avaliação da qualidade de vida ruime comindicativo da sintomatologia depressiva. Para este grupo, o estímulo qualidade de vida foi representado, paradoxalmente, como sinônimo de boa e triste. Este resultado sugere que apesar da exposição de indicativos da depressão, os adolescentes conseguem perceber aspectos positivos relacionados à QV. Corroborando esta ideia, Fleck (2008) indicam que a QV não é avaliada apenas como a ausência de doenças, mas pela presença de qualidades positivas. Não obstante, a QV compreende diferentes domínios que abrangem não somente condições reais de vida, mas também do que se almeja para ela. Assim, embora a condição depressiva afete a percepção da realidade, ela não é fator determinante, indicando que, mesmo diante dos danos que a depressão provoca, é possível observar, no quadro das distintas objetivações, uma tendência a uma avaliação positiva.

Quanto ao bem-estar, as palavras dormir, comida e lazer foram representativas do objeto. Neste sentido, esses elementos revelaram-se necessidades vitais, uma vez que promovem o bom funcionamento físico e psicológico do ser humano. Estas representações, portanto, indicam a necessidade de atenção à saúde dos adolescentes, uma vez que a sintomatologia depressiva provoca alterações psicoafetivas e físico-orgânicas, objetivadas em perturbações do sono, como a insônia; em alterações no apetite e no isolamento social (MIRANDA et al., 2013).

Por seu tempo, a depressão foi objetivada pelos elementos morte, suicídio, cortes, família e amor. A literatura aponta que no período da adolescência, ocasionalmente, podem surgir mais pensamentos de suicídio e morte devido à dificuldade dos jovens em lidar com as demandas sociais e contextuais impostas pela fase em que se encontram (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013).

Por sua vez, o elemento figurativo cortes foi ancorado em comportamentos de automutilação, o qual pode ser compreendido por atitudes de auto-punição. Estes impulsos

agressivos contra si estão associados a maior prevalência de depressão e acometimentos de suicídios, sendo a adolescência a faixa etária em que este tipo de comportamento é mais frequente (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013). Além disso, a depressão está comumente associada à ausência do apoio familiar, à maior carência afetiva e à crises interpessoais (BORGES WERLANG; COPATTI, 2008).

Com relação ao segundo eixo (F2), na linha vertical do plano, na parte superior, em itálico, foram localizadas as evocações dos participantes do sexo masculino e avaliação da QV boa. Para este grupo, a QV foi representada por uma gama de palavras distintas, indicando o caráter multidimensional da QV. Os elementos elencados contemplaram aspectos relacionados às relações interpessoais (união), à prática de esportes, cuidados em saúde e nutrição (alimentação saudável, comida), à moradia (casa); ao trabalho; ao desenvolvimento cognitivo, emocional e afetivo (bem-estar, felicidade). Hutz (2014) adverte que a QV pode ser entendida como sinônimo de felicidade ou bem-estar, medida que pode apreciar domínios subjetivos (estados de saúde mental positivos) além dos domínios objetivos (saúde, renda, segurança). Esses aspectos são apontados por Simeão et al. (2012) como elementos de desenvolvimento da saúde de adolescentes e estão congruentes a premissa de que a QV abrange dimensões diretamente ligadas à saúde.

De modo análogo, as representações sociais dos adolescentes do sexo masculino sobre o bem-estar apontaram uma semelhança conceitual em relação ao estímulo indutor QV, associando o objeto representacional aos elementos academia, diversão, viver bem, comer e casa, além de emoções positivas (amor). Essa representação denota uma aproximação com a definição descrita pela literatura (WOYCIEKOSKI; STENERT; HUTZ, 2012), tornando notória a justaposição dos conceitos qualidade de vida e bem-estar subjetivo.

Para o mesmo grupo, a depressão foi associada à raiva, destacando a irritabilidade como quadro característico da depressão. De acordo com Bahls e Bahls (2002), existem diferenças nas manifestações da sintomatologia depressiva em função do sexo; corroborando esse panorama, Wilhelm (2009) afirma que é inegável a existência, no arcabouço social, de uma repressão emocional, contribuindo para que os indivíduos do sexo masculino procurem, cada vez menos, apoio especializado.

Além disso, a representação social da depressão foi objetivada pelo elemento remédio, ancorando o tratamento da doença num modelo medicalizante. Convém destacar que a medicação

é apenas uma das formas de tratamento da depressão, de modo que alguns estudos incluem outras formas de apoio (socioafetivo, familiar, religioso), além da psicoterapia (ARAGÃO et al., 2009; BRITO, 2011). Por suposto, a alternativa medicamentosa pode reforçar, para o grupo referido (sexo masculino), o distanciamento das emoções. Acerca disso, Tavares (2010) afirma que, por meio da medicalização irrestrita, o que se pretende é calar a voz do sofrimento, isto é, os sintomas que se proclamam através da doença, ao preço de se desconsiderar a dimensão simbólica e subjetiva dessas formas de mal-estar.

No mesmo eixo, abaixo e em itálico, foram distribuídas as objetivações do grupo do sexo feminino e com avaliação da QV muito boa. Para estas participantes, QV é sinônimo de paz, estudar, amizade, ter condições, bem e carinho. Neste mesmo grupo, o bem-estar foi objetivado pelos elementos saúde e carinho. Estas representações apontam para uma consensualidade na compreensão sobre a QV e bem-estar revelando assim, características comuns relacionadas à saúde e à renda, bem como aspectos subjetivos ancorados nas relações interpessoais e sócio-afetivas.

O eixo discutido denota resultados que contrariam o que é comumente encontrado na literatura no que se refere à diferença de gêneros quanto à avaliação da QV. Uma gama de estudos indica que os adolescentes do sexo masculino tendem a avaliar a QV melhor do que o sexo feminino (BENINCASA; CUSTÓRIO, 2011; SOARES et al., 2010). Dessa forma, a melhor avaliação da QV do grupo de adolescentes do sexo feminino pode ser explicada pelo agrupamento das representações sociais terem refletido manifestações mais subjetivas relacionadas à internalização de comportamentos, característica comumente associados ao sexo feminino (SILVA; MATOS; DINIZ, 2010).

Para a mesma pertença grupal, a depressão foi objetivada pelos elementos angústia, chorar e medo; essas evocações corroboram as diferenças nas manifestações dos sintomas de depressão entre os sexos já reportadas por Bahls e Bahls (2002). De acordo com o autor, as garotas costumam relatar a presença de sintomas mais subjetivos, como sentimento de tristeza, por exemplo. Assim, o impacto negativo da síndrome depressiva na saúde parece ainda mais proeminente entre as mulheres, que apresentam um risco duas vezes maior para a depressão em comparação com os homens (BROMET et al., 2011; LOBATO; MORAES; REICHENHEIM, 2011; VAN DE VELDE; BRACKE; LEVECQUE, 2010). Além disso, Hankin e Abramson (2001) afirmam que o sexo feminino é mais suscetível a eventos estressantes advindos do

ambiente do que o sexo masculino, estando essa suscetibilidade associada à maior presença de sintomas depressivos.

Portanto, considerando-se os quadros das distintas modalidades de evocações elaboradas pelos adolescentes, foi possível evidenciar a importância de trabalhar a articulação dos diferentes aspectos que compõem as dimensões da QV e do BES, como: apoio social familiar, relações positivas entre pares no contexto escolar, bem como proporcionar ambientes favoráveis ao desenvolvimento emocional (estado de humor e sentimentos positivos), além de viabilizar meios (sociais e econômicos) para que esta população tenha acesso a informações (tratamento e práticas educativas de prevenção). Assim, recomenda-se que ações desta natureza, podem constituir-se fatores protetivos que auxiliem a diminuir os efeitos da sintomatologia da depressão em adolescentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Face a essas premissas, o presente estudo objetivou conhecer as representações sociais da qualidade de vida, bem-estar subjetivo e depressão, tomando como referência um conhecimento elaborado e compartilhado socialmente pelos adolescentes, possibilitando destacar eixos que explicaram diferentes modalidades de evocações.

Observaram-se similaridades acerca das representações sociais dos adolescentes em relação à QV e BES, ao nível de objetivação e ancoragem, bem como o distanciamento desses construtos em relação à depressão. Sendo assim, a aproximação da QV e do BES aparece como um desfecho relevante do estudo, realçando a semelhança, pluralidade e multidimensionalidade que os envolvem, bem como sugestões de novos estudos que verifiquem quais dimensões desses construtos estão mais relacionadas.

Convém ressaltar que o estímulo indutor “bem-estar”, embora não seja um sinônimo cabal do termo “bem-estar subjetivo”, foi utilizado com o objetivo de se aproximar da linguagem e compreensão dos adolescentes. Sabe-se, no entanto, que o primeiro termo é mais abrangente e o segundo constitui uma faceta do primeiro.

Outro ponto a destacar foi a influência que a depressão exerceu sobre a QV. O grupo de adolescentes com sintomatologia depressiva objetivou a QV por meio de conteúdo positivo (boa) e negativo (triste), indicando que a condição sintomatológica provoca alterações na percepção

que se tem sobre a QV, embora não seja determinante para a realidade do grupo de pertença, que consegue vislumbrar aspectos positivos sobre o objeto representacional em questão.

Diante do exposto, novos desdobramentos são sugeridos com o intuito de verificar quais dimensões da QV e do BES podem ser mais afetadas com a presença da sintomatologia depressiva; qual a influência que os diferentes níveis de depressão (leve, moderada, grave) podem provocar na percepção da QV e BES.

Espera-se, portanto, que os resultados deste estudo venham auxiliar no planejamento de práticas sociais e da saúde direcionadas à população de adolescentes. De igual modo, tenha contribuído para a compreensão da inter-relação dos construtos QV, BES e depressão neste contexto.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. **Pratiquessociales et représentations**. Presses Universitaires de France, Paris, 1994.

ANDRADE, R. S.; FERNANDES, S. R. P.; BASTOS, A. V. B. Bem-estar subjetivo e comprometimento com a carreira: examinando suas relações entre professores de ensino superior. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 4, n. 2, p. 47-60, jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/17815>>. Acesso em: 02 maio 2017.

ANZIEU, D. Os métodos projetivos. Ed. Campos, Rio de Janeiro, 1979.

ARAGÃO, T. A. et al. Uma perspectiva psicossocial da sintomatologia depressiva na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 395-405, 2009. Disponível em: <<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/6631>>. Acesso em: 02 maio 2017.

ARAÚJO, E. D. S.; COSTA, A. J. S.; BLANK, N. Aspectos psicossociais de adolescentes de escolas públicas de Florianópolis/SC. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 219-225, 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19912/21989>>. Acesso em: 03 maio 2017.

BAHLS, S. C.; BAHLS, F. R. C. **Depressão na adolescência: características clínicas**. Interação em Psicologia, Paraná, v. 6, n. 1, p. 49-57, 2002.

BENINCASA, M.; CUSTÓDIO, E. M. Avaliação da qualidade de vida em adolescentes do Município de São Paulo. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 61, n. 134, p. 31-42, jun. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432011000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 maio 2017.

BIGGS, E. E.; CARTER, E. W. Quality of Life for Transition-Age Youth with Autism or Intellectual Disability. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 46, n. 1, jan. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26340956>>. Acesso em: 03 maio 2017.

BORGES, V. R.; WERLANG, B. S. G.; COPATTI, M. **Ideação suicida em adolescentes de 13 a 17 anos**. *Barbarói*, v. 11, n. 1, p. 109-123, 2008

BRAGA, L. L.; DELL'AGLIO, D. D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. Contextos clínicos, **Rio dos Sinos**, v. 6, n. 1, p. 2-14, jan/jun 2013. Disponível em:<<http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/cte.2013.61.01/1533>>. Acesso em: 03 maio 2017.

BRITO, I. Ansiedade e depressão na adolescência. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, Lisboa, v. 27, n. 2, p. 208-14, mar. 2011. Disponível em:<http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-71032011000200010>. Acesso em: 03 maio 2017

BROMET, E. et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC Medicine**, v. 9, n. 90, 1-16, Jul. 2011. Disponível em:< <https://bmcmecine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-9-90>>. Acesso em: 02 maio 2017.

CALVETTI, P. U.; MULLER, M. P.; NUNES, M. L. T. Psicologia da Saúde e Psicologia Positiva: Perspectivas e Desafios. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 706-717, dez. 2007. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007001200011>. Acesso em: 02 maio 2017.

CHEIE, L.; MIU, A. C. Functional and dysfunctional beliefs in relation to adolescent health-related quality of life. **Personality and Individual Differences**, v.97, n. 1, p. 173-177, 2016.

COLETA, J. A. D.; LOPES, J. E. F.; COLETA, M. F. D. Felicidade, bem-estar subjetivo e variáveis sociodemográficas, em grupos de estudantes universitários. **Psico-USF**, Itatiba , v. 17, n. 1, p. 129-139, abr. 2012.

COUTINHO, M. P. L. **Depressão infantil e representação social**. Ed.Universitária UFPB, João Pessoa, 2005.

CUNHA, R. V.; BASTOS, G. A. N.; DUCA, G. F. D. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 346-354, jun. 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000200012>. Acesso em: 02 maio 2017.

DAMIÃO, N. F. et al. Representações sociais da depressão no ensino médio: um estudo sobre duas capitais. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 114-124, 2011.

DI GIÁCOMO, J. P. Aspects méthodologiques de l'analyse des représentations sociales. **Cahiers de Psychologie Cognitive/Current Psychology of Cognition**, v. 1, n. 4, p. 397-422, dez. 1981. Disponível em:<<http://psycnet.apa.org/psycinfo/1982-31606-001>>. Acesso em: 30 abril 2017.

DIAS, D. S. G.; CARVALHO, C. S.; ARAÚJO, C. V. Comparison of subjective perceptions of quality of life and well-being of elderly people living alone, with family and institutionalized. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Universidade do Estado do Rio Janeiro, v. 16, n. 1, p. 127-138, 2013.

DIENER, E. Subjective Well-being. **American Psychologist**, v. 55, n. 1, p.34-43, jan. 2000. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11392863>>. Acesso em: 01 maio 2017.

FERNANDES, M.G.; VASCONCELOS-RAPOSO, J.; FERNANDES, H.M.L. Relação entre orientações motivacionais, ansiedade e autoconfiança, e bem-estar subjetivo em atletas brasileiros. **Motricidade**, Vila Real , v. 8, n. 3, p. 4-18, jul. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-107X2012000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 maio 2017.

FLECK, M. P. A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In FLECK, M. P. A. (Org.). **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Artmed Porto Alegre, 2008, pp. 19-28.

FREIRE, T.; TAVARES, D. Influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 38, n. 5, p. 184-188, 2011.

- FUKUDA, C. C. et al. Mental health of young Brazilians: Barriers to professional help-seeking. **Estudos em psicologia** (Campinas), v. 33, n. 2, p. 355-365, abr. 2016. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2016000200355>. Acesso em: 02 maio 2017.
- GALINHA, I.; PAIS RIBEIRO, J. L. História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. **Psicologia, saúde & doenças**, v. 6, n. 2, p. 203-214, 2005. Disponível em:<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v6n2/v6n2a08.pdf>. Acesso em: 01 maio 2017.
- GASPAR, T. et al. Qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 47-60, dez. 2006. Disponível em:<
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872006000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 01 maio 2017.
- GIACOMONI, C. H. Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 43-50, jun. 2004.
- GORDIA, A. P. et al. Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. **Revista Brasileira de qualidade de vida**, Paraná, v. 3, n. 1, p. 40-52, jan./jun. 2011. Disponível em: <
<https://periodicos.utfrpr.edu.br/rbqv/article/view/812/625>>. Acesso em: 01 maio 2017.
- GOUVEIA, V. V. et al. Inventário de depressão infantil - CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 44, n. 7, p. 345-349, jul./dez. 1995.
- HUTZ, C. S. **Avaliação em psicologia positiva**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- LIMA, R. F. F.; MORAIS, N. A. Fatores associados ao bem-estar subjetivo de crianças e adolescentes em situação de rua. **Psico** (Porto Alegre), Porto Alegre, v. 47, n. 1, p. 24-34, 2016.
- LOBATO, G.; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 4, p. 369-379, out./dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 maio 2017.
- MIRANDA, M. V. Depressão infantil: aspectos gerais, diagnóstico e tratamento. **Cadernos de Pesquisa**, São Luís, v. 20, n. 3, set./dez. 2013. Disponível em:<
<http://www.periodicos eletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/2269/368>>. Acesso em: 02 maio 2017.
- MINAYO, M. C. S. Qualidade de vida e saúde como valor existencial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 1868, jul. 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700001>. Acesso em: 01 maio 2017.
- MOREIRA R. M. et al. Avaliação psicométrica da qualidade de vida de adolescentes escolares. **Adolescência e Saúde**, Jequié, v.11, n. 4, p. 15-22, out./dez. 2014. Disponível em:<http://www.adolescenciasaude.com/detalhe_artigo.asp?id=463>. Acesso em: 02 maio 2017.
- MOREIRA, L. C. O.; BASTOS, P. R. H. O. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Psicologia Escolar e Educacional**, Maringá, v. 19, n. 3, p. 445-453, set./dez. 2015. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572015000300445>. Acesso em: 01 maio 2017.
- MOREIRA, R. M. et al. Representações Sociais de adolescentes sobre qualidade de vida: um estudo de base estrutural. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 49-56, jan. 2015. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000100049&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 01 maio 2017.

MOREIRA, R. M. et al. Representations of teens about quality of life: social, economic and cultural dimension. **Journal of Nursing UFPE on-line**, Recife, v. 7, n. 9, p. 5399-405, set. 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4535/pdf_3324>. Acesso em: 01 maio 2017.

RIBEIRO, K. C. S.; COUTINHO, M. P. L.; NASCIMENTO, E. S. Representação social da depressão em uma instituição de ensino da rede pública. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. 3, p. 448-463, set. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-9832010000300002>. Acesso em: 01 maio 2017.

RIBEIRO, K. C. S. et al. Representações sociais e sofrimento psíquico de adolescentes com sintomatologia depressiva. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 18-33, dez. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872012000300002>. Acesso em: 02 maio 2017.

ROBERTS, R. E.; DUONG, H. T. Perceived weight, not obesity, increases risk for major depression among adolescents. **J. Psychiatr Res.**, v. 47, n. 8, p.1110-7. Abr. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23643102>>. Acesso em: 01 maio 2017.

SÁ, C. A. **Construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998).

SARAIVA, E. R. A. **A experiência materna mediada pela depressão pós-parto: um estudo das representações sociais**. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

SELIGMAN, M. E. P. **Florescer - uma nova e visionária interpretação da felicidade e do bem-estar**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011.

SILVA, A. C. S. et al. Representações sociais sobre ser saudável de adolescentes escolares. **Adolescência & Saúde**, v. 11, n. 1, p. 24-31, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=432>. Acesso em: 02 maio 2017.

SILVA, A. B.; MATOS, M. G.; DINIZ, J. A. Idade, Gênero e Bem-Estar Subjectivo nos Adolescentes. **Revista Portuguesa de Pedagogia**, p.39-61, 2010. Disponível em: <<http://iduc.uc.pt/index.php/rppedagogia/article/viewFile/1283/731>>. Acesso em: 02 maio 2017.

SILVA-ESCORDIA, E. I.; MEJÍA-PÉREZ, P. O. Autoestima, adolescencia y pedagogia. **Revista Electrónica Educare**, v. 19, n. 1, p. 241-256, jan./abr. 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194132805013>>. Acesso em: 02 maio 2017.

SIMEÃO, S. F. A. P. et al. Qualidade de vida de estudantes do ensino médio. **Salusvita**, Bauru, v. 31, n. 2, p. 153-168, 2012. Disponível em: <https://secure.usc.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v31_n2_2012_art_06.pdf>. Acesso em: 01 maio 2017.

SOARES, A. H. R. et al. Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3197-3206, jul. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800019>. Acesso em: 02 maio 2017.

TAVARES, L. A. T. **A depressão como "mal-estar" contemporâneo: medicalização e (ex)-sistêcia do sujeito depressivo**. Editora UNESP; Cultura Acadêmica. São Paulo, 2010.

VAN DE VELDE, S., BRACKE, P., LEVECQUE, K. Gender differences in depression in 23 European countries Cross-national variation in the gender gap in depression. **Social Science and Medicine**, v. 71, n. 2, p. 305-313, jul. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20483518>>. Acesso em: 02 maio 2017.

WILHELM, K. A. Men and depression. **Australian Family Physician**, v. 38, n.3, p. 102-5, mar. 2009. Disponível em: <<https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=761933181247684;res=IELHEA>>. Acesso em: 02 maio 2017.

WOYCIEKOSKI, C.; STENERT, F.; HUTZ, C. S. Determinantes do Bem-Estar Subjetivo. **PsicoPuers**, Porto Alegre, v. 43, n. 3, p. 280-288, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/8263/8228>>. Acesso em: 02 maio 2017.

CAPÍTULO 9 – DEFICIÊNCIA VISUAL E RESILIÊNCIA: UM ENFOQUE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Ana Cristina de Oliveira Borba Paulino

Maria da Penha de Lima Coutinho

Fabrycianne Gonçalves Costa

INTRODUÇÃO

No âmbito da saúde pública, é imperativo o reconhecimento da deficiência como um problema de saúde pública, onde deve ser considerado o impacto negativo sobre o pessoa, a família e a comunidade, os quais demandam um contingente de recursos para suprir as necessidades especiais que surgem em consequência da mesma. A partir dessa análise, os países têm sido orientados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização das Nações Unidas (ONU), no sentido de gerar políticas e programas que melhorem as condições de vida das pessoas com deficiência (GUERRA, 2012).

No Brasil, o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano 2010, constatou que cerca de 45 milhões de brasileiros possuíam algum tipo de deficiência, dentre estas, a visual emergiu como a mais prevalente acometendo 9.291,562 pessoas (IBGE, 2010). Estes dados apontam o impacto social desse grupo na sociedade, pois a visão é extremamente valorosa pela sua importância, constituindo infortúnio de alta prevalência e consequentemente responsável por déficits nos aspectos psicológicos, sociais e econômicos, subtraindo dessas pessoas a possibilidade de apreensão de informações do mundo externo (LOMÔNACO; NUNES, 2010; CASTAGNO et al., 2009).

Segundo Santos e Costa (2015), a deficiência visual, pode ser congênita ou adquirida. O primeiro tipo ocorre quando a pessoa nasce sem enxergar, geralmente devido a fatores genéticos, como malformações oculares, glaucoma congênito, catarata congênita; desta maneira não possui a capacidade de formar imagens visuais, embora seja capaz de desenvolver estratégias para constituir a representação mental do espaço. A deficiência adquirida pode ocorrer em qualquer estágio do desenvolvimento da vida, em virtude de causas acidentais ou ainda em consequência de traumas oculares, catarata, degeneração senil de mácula, glaucoma, alterações relacionadas à

hipertensão arterial ou diabetes. Esse grupo possui memórias visuais, ou seja, consegue se lembrar de coisas que foram vistas antes de perder a visão, então estas memórias ficam preservadas (CONDE, 2012).

Inicialmente constata-se que deficiência não pode ser considerada dentro de uma abordagem reducionista a exemplo de uma concepção puramente médica, ficando associada exclusivamente à doença, que reconhece na lesão, na doença ou na limitação física a causa primeira da desigualdade social e das desvantagens vivenciadas pelos deficientes, ignorando o papel da sociedade na sua opressão e marginalização. A deficiência pode ser causada por uma doença, mas não se caracteriza como doença, não devendo, portanto, ser confundida com uma das causas que a podem gerar, e que não a constitui de fato (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Os estudos recentes trazem nova abordagem do tema, amparada no modelo social, que leva em consideração as dificuldades e barreiras impostas pela sociedade às pessoas com deficiência, avaliando a deficiência como uma realidade e retrata a injustiça social e a situação de vulnerabilidade vivida por grupos excluídos (BAMBI; GUILHEM; ALVES, 2010).

Para esse modelo, a deficiência é fruto das desvantagens ou restrições provocadas pela organização social contemporânea que pouco ou nada considera as pessoas que possuem lesões físicas e as exclui das principais atividades da sociedade. Para o modelo social, as dificuldades enfrentadas pelas pessoas com deficiência estão na estrutura social, que promove a discussão extensa sobre políticas de bem-estar e de justiça social para os deficientes (BAMPI et al., 2010).

Corroborando com a perspectiva do modelo social, não basta olhar para a pessoa com deficiência buscando no seu organismo ou no comportamento atributos ou propriedades que possam ser identificados como sendo a própria deficiência, ou algum correlato dela, mas olhar para a pessoa considerando seu contexto social. Essa perspectiva propõe o rompimento de concepções sobre a deficiência que reduzem a compreensão do fenômeno às lesões e aos impedimentos do corpo e objetiva uma visão conceitual ao incorporar questões sociais a sua análise (OMOTE, 2003)

Nesse direcionamento, o estudo da resiliência em pessoas com deficiência visual, surge como pertinente e relevante numa perspectiva de prevenção e intervenção social e da saúde, haja vista a incipiência de pesquisas nesse contexto. A literatura tem priorizado investigar aspectos negativos, decorrentes dessa deficiência como é o caso da depressão, ansiedade, baixa autoestima, entre outros (DAHIA, 2013; HILL; ASPINAL; COTTON, 2004).

Face a essa realidade a presente pesquisa objetivou quantificar os níveis de resiliência em pessoas com deficiência visual, com o intuito de proporcionar maior visibilidade em conhecer como essa população supera suas adversidades. Menciona-se que na área da psicologia, a resiliência surge no contexto da Psicologia Positiva a qual abrange o estudo dos traços de personalidade positivas, essa área vem sendo pesquisada há cerca de 40 anos, mas só a partir do final do século XX, que as discussões se ampliaram. Primordialmente, a resiliência era associada a traços de personalidade, invulnerabilidade, competências e habilidades para desenvolver tarefas (RIBEIRO; COUTINHO, 2011).

Na atualidade, com o avanço das pesquisas o conceito de resiliência pode ser enquadrado em vários contextos e sob diversas abordagens devido a sua complexidade e amplitude, abrangendo aspectos físicos, biológicos e psíquicos(ANAUT,2005). Essas características multidimensionais, oscilam de acordo com distintas variáveis, tais como, experiências pessoais, tempo, idade, gênero e elementos culturais (WAGNILD, YOUNG, 1993).

A resiliência é comumente referida como um processo dinâmico que tem como resultado a adaptação positiva em contextos de grande diversidade (LUTHER; CICHETTI, 2000). Na literatura, a compreensão do construto resiliência abrange o conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento de uma vida saudável, mesmo vivendo num ambiente não saudável (EUSÉBIO; LOPES, 2016; LARANJEIRAS, 2007).

Junqueira e Deslandes(2003) afirmam que o conceito da resiliência não apresenta uma definição consensual, consideram a mesma como a capacidade que a pessoa tem, em determinados momentos e de acordo com as circunstâncias, de lidar com a adversidade não sucumbindo a ela. Os autores alertam para a necessidade de relativizar, em função do indivíduo e do contexto, o aspecto de “superação” de eventos potencialmente estressores apontado em algumas definições de resiliência. Para estes autores o termo resiliência, traduz conceitualmente a possibilidade de superação num sentido dialético, o que representa não uma eliminação, mas uma re-significação do problema.

Em outros estudos a resiliência é descrita como o processo de lidar com acontecimentos vitais desagregadores, estressantes ou ameaçadores de modo que proporciona ao indivíduo destrezas protetoras e defensivas adicionais as dissociadas antes do acontecimento adverso (RICHARDSON; NEIGER; KUMPFER, 1990). De modo amplo observa-se nessas conceituações dinamismo do processo que envolve a adaptação positiva do indivíduo apesar das

agressões sobre o processo de desenvolvimento humano (LUTTAR; ZELAZO, 2003; LUTTAR; CICHETTI,2000).

Na literatura, a resiliência não pode ser pensada como um atributo inato da pessoa, nem adquirido durante seu desenvolvimento, como era entendida anteriormente nos estudos iniciais. Mas entende-se como um processo interativo entre a pessoa e seu contexto social, considerado como uma variação individual em resposta ao risco, sendo que os mesmos fatores causadores de estresse podem ser vividos de formas diferentes por pessoas diferentes, não sendo a resiliência um atributo fixo do indivíduo (RUTHER, 1985).

Segundo autores, a resiliência advém de características idiossincráticas e adquiridas na interação com o meio, mediante um conjunto de processos e mecanismos internos e externos evidenciados quando a adversidade se apresenta. Destarte, habilita o indivíduo a lidar com, a recuperar de, e crescer face ao estresse ou adversidade, podendo ser desenvolvida através de práticas de transformação cognitiva, educação e apoio ambiental, as quais podem melhorar os efeitos do estresse(GRAFTON; GILLESPIE; HENDERSON, 2010).

Para compreender a resiliência necessita-se não só identificar os riscos para aferi-la, como também os fatores e/ou mecanismos de proteção que um indivíduo dispõe internamente ou capta do meio em que vive e que são considerados elementos cruciais para a compreensão do constructo. Os termos mais utilizados para tratar a adversidade são fatores de risco, eventos de vida ou estressores, enquanto que os fatores de proteção, são, usualmente nomeados como mediadores ou *buffers* (PESCE et al. 2005)

Segundo Broeiro (2016) conceito de resiliência igualmente procura explicar como pessoas reagem de forma diferente a uma situação de adversidade semelhante. Atualmente, pode-se contar com o modelo socioecológico de resiliência que preconiza que fatores sociais e ambientais são tão importantes como a personalidade individual.

Para o autor:

Os princípios que ajudam a explicar um modelo socioecológico de resiliência incluem: a equifinalidade (bons meios para bons fins), impacto diferencial (processo de proteção diferenciada em função do indivíduo) e moderação contextual e cultural (processo de proteção avaliado e disponibilizado de acordo com o contexto e cultura). (p.6)

Atualmente observa-se na literatura um incremento no número de pesquisas acerca do fenômeno “resiliência”, fazendo emergir novos termos como "resiliência cultural" e "resiliência comunitária" (PAIVA; ARAÚJO, 2008; OJEDA et al., 2008). Estes autores, chamam a atenção para se observar a resiliência numa perspectiva voltada a aspectos mais amplos quanto à existência do fenômeno e para discussões sobre como isso se reflete nos indivíduos inseridos em distintos contextos culturais e comunitários.

Nessa perspectiva, Libório et al. (2015), afirmam que se atribui pouca atenção às dimensões culturais e à proposição de mais investimento e atuação do Estado e das políticas públicas no oferecimento de recursos às populações em situação de risco, fatores que podem favorecer processos de resiliência.

Desta forma, encontra-se um conceito culturalmente e contextualmente mais relevante da resiliência, com a seguinte definição, proposta por Ungar (2008). O autor frisa que no contexto da exposição à adversidade significativa, quer psicológica, ambiental, ou ambas, a resiliência é tanto a capacidade de indivíduos para navegar seu caminho na direção de recursos de sustentação da saúde, incluindo oportunidades para experimentar sentimentos de bem-estar, bem como se constitui numa condição da comunidade da família da pessoa e da cultura, para fornecer esses recursos de saúde e experiências de forma culturalmente significativa.

Partindo de uma perspectiva biopsicossocial, escolheu-se as pessoas com deficiência visual uma vez que a resiliência se constitui um importante fator de proteção na dimensão psicológica na presença de acontecimentos de vida traumáticos e geradores de elevado *stress* emocional, como é o caso da cegueira (GARCIA, 2014). Neste sentido, Amirallian (2002), faz uma reflexão sobre as pessoas com deficiência visual ressaltando que:

Sabe-se que a deficiência visual interfere tanto nos aspectos estruturais do indivíduo constituição da pessoa, do psíquico e organização do sistema nervoso central, como nos aspectos instrumentais, afetando de diferentes formas e em diferentes graus todas as suas funções, dando origem a um peculiar processo de organização cognitiva, assim como a diferentes padrões e valores na realização de atividades e organização da personalidade (p. 205).

A condição social, especificamente a renda, interfere no equilíbrio da pessoa com deficiência. Segundo Garcia (2016), o Benefício da Prestação Continuada (BPC) constitui-se numa efetiva contribuição do Estado, a medida que provê para essa população a garantia do recebimento de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que

comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família”.

A deficiência para a grande maioria das pessoas, resulta numa experiência de grande intensidade emocional e até mesmo traumática, onde são enfrentados cotidianamente obstáculos que muitas ocasiões vulnerabilizam a personalidade e as opções de enfrentamento das pessoas desse grupo. É precisamente neste contexto, onde a resiliência torna-se importante, não só como um elemento de melhoria, mas também como um fenômeno que deve ser cuidadosamente observado pelos profissionais na perspectiva de elaborar protocolos apropriados para tratar essa população (CUÉLLAR, 2015).

ASPECTOS METODOLÓGICOS

A presente pesquisa foi de campo, descritiva, de caráter transversal e de cunho quantitativo e se apresenta com uma amostragem do tipo não probabilística, por conveniência, na qual participaram 109 pessoas com deficiência visual, com idades entre 18 e 69 anos ($M= 26,01$; $DP= 11,57$). Adotou-se como critérios de inclusão: (i) ter idade igual ou superior a 18 anos e (ii) ter diagnóstico de cegueira.

Para a obtenção dos dados foram utilizados dois instrumentos. O primeiro tratou-se de um questionário sociodemográfico com a finalidade de obter informações tais como idade, sexo, escolaridade, estado civil, ocupação, renda, tipo e grau de deficiência visual, compreendendo assim o perfil característico da amostra. O segundo instrumento foi a Escala de Resiliência desenvolvida por Wagnild e Young (1993) e adaptada para a população brasileira por Pesce et al. (2005), a escala possui índices psicométricos satisfatórios apresentando alpha de Cronbach de 0,80 e coeficiente de correlação de 0,74. Trata-se de uma escala em que as respostas são do tipo Likertcompreendida entre 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente), em que seu somatório total varia de 25 a 175 pontos, distribuídos em três fatores, o primeiro e principal fator, explicou 20,6% da variância total e contém itens que se referem a ações e valores. O segundo fator explica 6,7% da variância total e agrega itens que acenam para a ideia de independência e determinação e o terceiro fator explana 5,5% do total da variância dos fatores compreendendo os itens que falam em autoconfiança e capacidade de adaptação a situações (PESCE et al., 2005).

Nesse direcionamento, após o projeto de pesquisa ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba- CEP/CCS, sob o protocolo de nº CAAE 33389014.0.0000.5188. A investigação foi desenvolvida na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), especificamente junto ao Núcleo de Educação Especial e Inclusão Social, vinculado ao Curso de Educação e no Instituto dos Cegos Adagilza Cunha, ambas instituições situadas em João Pessoa –PB. Após a devida autorização de seus gestores, a coleta dos dados foi iniciada. Primeiramente, os participantes foram informados acerca do caráter voluntário e do sigilo referente à sua identificação, em sequência assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em seguida ocorreu a administração dos instrumentos, ressalta-se, que o tempo total de aplicação destes foi, em média, de 40 minutos.

Os dados provenientes dos instrumentos foram analisados por meio do Pacote Estatístico para as Ciências Sociais (SPSS - 23.0) onde foram realizadas estatísticas descritivas e inferencial. A primeira foi utilizada para descrever a média, desvio padrão e frequências do perfil da amostra e da resiliência, a segunda foi utilizada para verificar a existência de diferenças significativas entre a resiliência e as variáveis sociodemográficas, para tanto, efetuou-se o teste *t* de Student para amostras independentes, fez-se uso também, da correlação de *r* de Pearson para verificar a relação entre a resiliência com a variável idade, após ser constatada a normalidade da distribuição das variáveis. Para este estudo foi adotado o nível de significância de 5%, considerando $p \leq 0,05$.

Destaca-se que a pontuação da escala foi contabilizada segundo seus próprios critérios, nesse caso foram consideradas as indicações propostas por Denisco (2011), os escores entre 147 a 175 pontos indicam altos níveis de resiliência; 121 a 146, indicam níveis moderados e as contagens menores que 121 pontos indicam baixos níveis de resiliência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme os resultados provenientes do questionário sociodemográfico, observou-se que a maioria dos entrevistados (56,0%) foi do sexo masculino, (68%) solteiro, com ensino fundamental (58%), que afirmaram não trabalhar (90%), no que tange a renda (37%) recebiam até um salário mínimo, (60%) de 2 a 4 salários e os demais acima de 5 salários. Quanto ao tipo de deficiência (62%) apresentou cegueira do tipo congênita e os demais participantes do tipo

adquirida, em relação ao grau da deficiência a cegueira foi a mais prevalente totalizando (80%) dos participantes, o restante apresentou baixa visão.

Conforme o Censo Brasileiro 2010, a maioria dos deficientes visuais encontrava-se na faixa dos que recebem entre um e dois salários mínimos (CENSO DEMOGRÁFICO, 2010). No presente estudo, muitos entrevistados ficaram reticentes em especificar suas fontes de renda, não quiseram detalhar as fontes de seu rendimento familiar, que abrange os rendimentos da pessoa com deficiência e as demais com quem dividem a moradia.

De acordo com Garcia (2016) pode-se presumir que a diminuição expressiva do número de pessoas com deficiência vivendo em famílias em condição de miséria se deve a um conjunto de fatores já elencados, como as mudanças positivas no âmbito do mercado de trabalho e a ampliação dos programas sociais, dentre outros. Mas, no caso deste grupo populacional, é razoável supor que, em alguma medida, esta melhora na condição social, especialmente daqueles em situação mais vulnerável, deveu-se à ampliação na cobertura do Benefício de Prestação de Continuada (BPC).

Assim como ocorreu para o conjunto da população brasileira, houve melhora significativa da estrutura social para o contingente de pessoas com deficiência entre 2000 e 2010. Em particular, destaca-se a acentuada diminuição do número de pessoas vivendo em condições de extrema pobreza. Ao garantir um salário mínimo para pessoa com deficiência física, visual, auditiva e/ou mental sem possibilidades de prover o auto sustento, o BPC contribuiu para esse processo, tendo em vista o aumento na rede de cobertura no período considerado (GARCIA, 2016).

Quanto aos resultados advindos da escala de resiliência, observou-se uma pontuação mínima de 91 e máxima de 158 pontos, com média de 127,05 (DP= 13,86). Para esse estudo, a confiabilidade foi determinada por meio do cálculo do alfa de Cronbach ($\alpha = 0,77$). A pesquisa da temática resiliência tem um potencial substancial para orientar o desenvolvimento de intervenções eficazes para diversas populações em situação de risco, segundo Luthar e Cicchetti (2000).

Na Tabela 1, observa-se a pontuação da resiliência distribuída em três níveis: 36,7% com pouca capacidade de resiliência, 49,5% moderada e 13,8% alta resiliência. Pode-se concluir que aproximadamente a metade dos participantes possuem moderada capacidade para superar as adversidades frente a acessibilidade urbana, as dificuldades inerentes ao contexto do sistema

inclusivo educacional e também competência em lidar com o preconceito, frustrações, desânimos e na socialização. Segundo Eusébio e Lopes (2016) trata-se de uma “história que se constrói, quotidianamente, desde o início da vida, a cada ação, a cada palavra, num longo processo que se inscreve num contexto específico e se reconstrói de forma coletiva, ao longo do tempo, no qual o ambiente e tudo que o compõe são coautores (p.3)”.

Tabela 1 – Níveis de Resiliência das Pessoas com Deficiência Visual.

Níveis de Resiliência	f*	%
Pouca	40	36,7
Moderada	54	49,5
Alta	15	13,8

Fonte: Dados da Pesquisa.
Nota. *f=frequência

Infere-se que as adversidades e obstáculos que as pessoas com deficiência visual, experimentam e enfrentam, servem como experiência no enfrentamento de infortúnios (MARTINEZ, 2012; SAAVEDRA, VILLALTA, 2008). Para Anaut (2005), a resiliência é um “modelo teórico original” e complexo, que permite promover um clínica baseada numa abordagem multifatorial, uma vez que, considera tanto os fatores de vulnerabilização como os fatores de proteção, das pessoas com deficiência, seus familiares e seu entorno.

Da mesma forma, autores afirmam que as pessoas comportam-se diferentemente frente a experiências traumáticas, umas reagem de forma negativa, enquanto outras respondem positivamente e conseguem se desenvolver num contexto significativo de adversidade, debilidade ou estresse (VARGAS; FUENTES, 2016; BESHARAT et al., 2010).

De acordo com estudo desenvolvido por Garcia (2014) com pessoas com deficiência visual congênita, constatou-se que essas pessoas tendem a mostrar uma melhor adaptação à sua condição, e a revelar menos sentimentos de inconformismo ou revolta pelo fato de serem privadas do sentido da visão. Existe, portanto, uma aceitação mais natural da condição de cegueira e um melhor ajustamento pessoal a ela, quando comparado a pessoas com cegueira adquirida.

Os resultados da presente pesquisa confirmam, portanto, que o tipo de cegueira, congênita ou adquirida, constitui uma variável relevante na associação com os níveis de resiliência, ou um fator que influencia o nível de resiliência, enquanto capacidade para uma adaptação ou funcionamento positivo em condições adversas, como é o caso da deficiência visual, esses achados se coadunam com o estudo de Garcia (2014). Para este autor, a cegueira congênita possibilita que, desde muito cedo, essas pessoas desenvolvam estratégias sensoriais alternativas para uma interação com o meio ambiente e a sociedade, desde que sejam estimuladas e providas das necessárias adaptações de contexto que promovam a interação social em suas múltiplas dimensões.

Neste estudo, analisou-se também a resiliência no que tange as dimensões que compõem esse construto, distribuídas conforme a escala utilizada. Nesse sentido, observou-se que o fator “ações e valores” obteve maior escore médio (71,6) (DP= 9,0), comparado aos demais, “independência e determinação” ($M= 28,07$; DP= 5,2) e “autoconfiança e capacidade de adaptação” ($M= 27,1$; DP= 3,0). O que significa que a resiliência das pessoas com deficiência visual encontram-se mais ancoradas nas relações interpessoais. De acordo com Albuquerque e Trocoli (2005) o fator relativo à ações e valores se refere a dar sentido à vida, por exemplo, amizade, realização pessoal, satisfação e significado da vida.

No contexto das relações interpessoais, autores propõem um novo modelo de intervenção que visa promover a resiliência de um indivíduo. Constitui-se em trabalhar as categorias da resiliência que contribuem simultaneamente para a satisfação com a vida e capacidade de superar a adversidade, que envolvem: temperamento; autoestima; autoconfiança; locus; flexibilidade; tenacidade; adaptação à mudança; paciência; perspicácia; iniciativa e dinamismo; coerência; capacidade de reflexão, prever e planejar objetivos realistas; ver o problema/desafio como uma oportunidade (de crescimento e desenvolvimento); tolerância a emoções negativas; otimismo; inteligência; autonomia e independência; criatividade; sentido de humor; capacidade de estar só; laços familiares e sociais; fé ou harmonia com uma fonte espiritual; empatia; altruísmo; orgulho/brio; experienciamento de sucesso e de algum stress; e finalmente a vinculação (NOBRE; CASTRO; ESTEVES, 2014).

Para complementar as análises estatísticas do estudo foram realizados, testes de Student para amostras independentes e correlação r de Pearson, para verificar a relação entre a resiliência com as variáveis sociodemográficas. Contudo, não foram identificadas diferenças

significativas para as variáveis sexo [$t(106) = 0,65$; $p > 0,05$]; escolaridade [$t(107) = -1,15$; $p > 0,05$]; estado civil [$t(107) = -0,81$; $p > 0,05$]; grau de deficiência [$t(107) = -0,22$; $p > 0,05$]; ocupação [$t(107) = 1,04$; $p > 0,05$]; e nem a correlação entre a resiliência e a idade $r = 0,17$; $p > 0,05$.

Desse modo, observa-se que as pessoas com deficiência visual possuem ampla capacidade para superar os obstáculos advindos do contexto no qual estão inseridas, sejam eles provenientes da falta de implementação da legislação, da lacuna no tocante a acessibilidade, das distorções e falhas na educação inclusiva, nas barreiras atitudinais, na dificuldade de inserção no mercado de trabalho, dentre outras, independentemente de suas idades, sexo, nível escolar, estado civil, ocupação e grau de deficiência (BROEIRO, 2016)

Souza e Cerveny (2006) ressaltam que o percurso da trajetória das pesquisas sobre a resiliência é interessante do ponto de vista que segue o desenvolvimento humano no sentido vertical e a orientação indivíduo- mundo externo no sentido transversal. Para Laranjeira (2007) a resiliência edifica-se por meio de um jogo complexo de processos defensivos de ordem intrapsíquica e de fatores de proteção internos e externos.

Os resultados deste estudo confirmam investigações como a de Zeeshan e Aslam (2013) que indicam não existir uma tendência clara entre idade e uma melhor ou pior adaptação (funcional e emocional) à deficiência visual, sugerindo que outras variáveis, individuais e sociais, se mostram melhores preditores de adaptação do que a idade, como por exemplo, de acordo com Horowitz e Reinhardt (2000), as estratégias de *coping* para lidar com a perda/falta de visão, a qualidade do apoio social informal (família, amigos), o nível de atividade/ocupação e o nível de educação.

Com relação entre a resiliência e estado civil, visto que não houve diferenças significativas, os resultados deste estudo diferem do estudo de Riolli e Savicki (2003) que indicam que as pessoas casadas lidam com situações de vida e fatores estressantes muito melhor do que as solteiras. Garcia (2014) não encontrou na literatura, estudos e referências a hipóteses explicativas para as diferenças de resiliência entre casados e solteiros.

De acordo com Libório et al. (2015), o processo de inclusão, portanto, permeado pela participação em práticas culturais, mas também por obstáculos que vão sendo enfrentados cotidianamente de forma compartilhada com as pessoas significativas nas vidas desse grupo, possibilita a construção de estratégias e recursos cada vez mais eficazes de enfrentamento das barreiras físicas, preconceito e práticas discriminatórias, ou seja, de superação, de resiliência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os principais contributos do presente estudo residem no entendimento de como as pessoas com deficiência visual colocam-se com relação a sua resiliência. No presente estudo a Escala da Resiliência mostrou que predominantemente os participantes do estudo apresentaram níveis moderados de resiliência. Neste sentido, uma pessoa com esse escore tem níveis aceitáveis de saúde, apoio social, apesar de todo o preconceito e temor que a sociedade revela no tratamento das questões que envolvem as pessoas com deficiência visual.

Neste estudo, analisou-se a resiliência no que tange as dimensões que compõem esse construto, distribuídas conforme a escala utilizada. Nesse sentido, observou-se que o fator “ações e valores, comparado aos demais, “independência e determinação” e “autoconfiança e capacidade de adaptação”. Em síntese, significa que a resiliência das pessoas com deficiência visual encontram-se mais ancoradas nas relações interpessoais, objetivados em ações e valores que se referem a dar sentido à vida, amizade, realização pessoal, satisfação e significado da vida.

Destarte, enaltecer as potencialidades desse grupo de pertença constitui-se numa das formas mais eficazes de se promover a resiliência, por meio do apoio social com foco na educação e promoção da saúde, aliados a motivação pessoal. Tais achados sugerem que a resiliência pode ser um fator importante do enfrentamento adequado das adversidades e sinalizam para a necessidade, de planeamento a longo prazo de políticas públicas para as pessoas com deficiência visual, contemplando a promoção de sua saúde.

Sugere-se novos estudos com amostras maiores, a utilização de outros instrumentos que mensurem a resiliência, assim como, a investigação de outros construtos que vislumbrem os aspectos positivos desse grupo de pertença como é o caso do bem-estar subjetivo e da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ANAUT, M. **A resiliência: Ultrapassar os traumatismos**. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.

BAMPI, L.N.S.; GUILHEM, D., ALVES, E. D.. Modelo social: uma nova abordagem para o tema deficiência. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem** [online], v. 18, n. 4, p.816-823, 2010. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_22.pdf> Acesso em 03 ago. 2015.

BESHARAT, M. A. et al. Comparison of Personality Characteristics of Individuals with Irritable Bowel Syndrome and Healthy Individuals. **Journal of Clinical Psychology**, v. 2, n. 1, p. 9–16, 2010. Disponível em <<http://www.ensani.ir/storage/Files/20120328160422-2027-23.pdf>> Acesso em: 28 nov. 2014.

BROEIRO, P. Cuidar no lugar: um apelo ao sentido de coerência e à resiliência. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 32, n. 1, p. 6-8, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732016000100001> 11 set. 2014

CASTAGNO et al. Carência de atenção à saúde ocular no setor público: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n. 10, p. 2260-2272, 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Marcelo_Silva20/publication/238444709_Carencia_de_atencao_a_saude_ocular_no_setor_publico_um_estudo_de_base_populacional/links/56f85b0808ae7c1fda30751e.pdf> Acesso em: 08 abr. 2014.

CENSO DEMOGRÁFICO: **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.** Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/default_caracteristicas_religiao_deficiencia.shtm> Acesso em: 13 ago. 2016.

CONDE, A. **Deficiência visual: a cegueira e a baixa visão.** Bengala legal, 2012.

CUÉLLAR, A. M. **La fortaleza mental endoportistas de alto rendimientoocondienciencia visual.** 2015. Xf. Tese de Doutoramento - Universidade Las Palmas de Gran Canaria, Espanha. Disponível em: <<https://acceda.ulpgc.es:8443/handle/10553/17450>> Acesso em: 22 nov. 2016.

DENISCO, S. Exploring the relationship between resilience and diabetes outcomes in African Americans. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, v. 23, p. 602–610, 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1745-7599.2011.00648.x/full>> Acesso em: 10 nov. 2015.

FARIAS, N., BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. **Rev Bras Epidemiologia**, v.8, n. 2, p. 187-93, 2005. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/11.pdf> Acesso em: 03 ago. 2015.

GARCIA, V. G. **A população com deficiência e o Benefício da Prestação Continuada (BPC).** 2016. Disponível em: <<http://brasildebate.com.br/a-populacao-com-deficiencia-e-o-beneficio-da-prestacao-continuada-bpc/>> Acesso em: 22 nov. 2016.

GARCIA, M. R. S. **Cegueira Congênita e Adquirida: Implicações na Saúde Mental e Resiliência.** 2014. Xf. Dissertação de Mestrado - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Disponível em <<https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=Cegueira+Cong%C3%AAAnita+e+Adquirida%3A+Implica%C3%A7%C3%B5es+na+Sa%C3%BAde+Mental+e+Resili%C3%AAncia>> Acesso em: 20 jun. 2015.

GILLIGAN, R. Promoting resilience: A resource guide on working with children in the care system. **London: British Agencies for Adoption and Fostering**, v.69, 2004. Disponível em <http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46999865/j.1365-2206.2002..229f.x20160704-32221-10ju8d7.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1493907224&Signature=oa%2BHmoosCgmkkYgxj92h%2Bn14c9g%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DSocial_Work_Models_Methods_and_Theories..pdf> Acesso em: 28 nov. 2014.

GRAFTON, E.; GILLESPIE, B.; HENDERSON, S. Resilience: the power within. **Oncology Nursing Forum**, v. 37, n. 6, p. 698-705, 2010.

- GUERRA, P. Da exclusão social à inclusão social: eixos de uma mudança paradigmática, **Revista Angolana de Sociologia**, v. 10, p. 91-110, 2012.
Disponível em: <<http://ras.revues.org/257>> Acesso em: 21 jun. 2016.
- HILL, A.R.; ASPINALL, P.A.; COTTON, L. Satisfaction as a low-vision service outcome measure. **Visual Impairment Research**, v. 6, n. (2-3), p. 73-87, 2004. Disponível em <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13882350490886636>> Acesso em: 13 ago. 2016.
- HOROWITZ, A.; REINHARDT, J.P. Mental health issues on visual impairment: Research in depression, disability and Rehabilitation. In: SILVERSTONE, B. et al. (Orgs.). **The Lighthouse Handbook on vision impairment and vision rehabilitation**. New York: Oxford University Press, 2000, p. 1089-1109.
- JUNQUEIRA, M. D. F. P. D., & DESLANDES, S. F. Resilience and child abuse. **Cadernos de Saúde Pública**, 19(1), 227-235, 2003.
Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2003000100025&script=sci_arttext&tlng=es> Acesso em: 20 jun. 2015.
- LARANJEIRA, C. A. S. J. Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 23, n. 3, p. 327-332, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23n3/a12v23n3>> Acesso em: 20 jun. 2015.
- LIBÓRIO et al. Resilience and Protective Processes of Adolescents with Physical Disabilities and Deafness Included in Regular Schools. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 21, n. 2, p. 185-198, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-65382015000200185&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em: 08 abr. 2014
- LUTHAR, S. S.; CICHETTI, C. The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. **Development and psychopathology**, v. 12, n. 4, p. 857-885, 2000. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/journals/development-and-psychopathology/article/construct-of-resilience-implications-for-interventions-and-social-policies/FB0F35A81AD0C3332078FE8C13D403A0>> Acesso em: 13 ago. 2016.
- NOBRE, S., CASTRO, F. V. O lado negro da Resiliência. **International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicologia**, 2(1), 165-172, 2016. Disponível em: <<http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/LJODAEP/article/view/155>> Acesso em: 10 nov. 2015.
- OJEDA, E. N. S. et al. **Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas**. España: Paidós, 2008. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=366404>> Acesso em: 15 jun. 2014.
- OMOTE, S. (2003) Algumas tendências (ou modismos?) recentes em Educação Especial. **Revista Brasileira de Educação Especial**, 9(1), 25-38. Disponível em: www.marilia.unesp.br/#!/2669,2670> Acesso em: 11 mai. 2015.
- PAIVA, M. M.; ARAUJO, L.M. **Resposta local ao turismo: resiliência cultural e desenvolvimento no povoado do Pontal de Coruripe**. Anais do Seminário Internacional de Turismo Sustentável, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2008. Disponível em: <<https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=Resposta+local+ao+turismo%3A+resili%C3%Aancia+cultural++desenvolvimento+no+povoado+do+Ponta+l+de+Coruripe>> Acesso em: 19 jul. 2015.
- PESCE, R.P. et al. Adaptação transcultural Confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 82, p. 436-448, 2005. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsrs/resource/pt/ens-18669>> Acesso em: 10 fev. 2014.
- RIBEIRO, C. G.; COUTINHO, M. P. L. Representações sociais de mulheres vítimas de violência doméstica na cidade de João Pessoa-PB. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 52-59, 2011. Disponível em: <<http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/view/81>>. Acesso em 03 de mar. 2017.

RICHARDSON, G. E. et al. The resiliency model. **Health Education**, v. 21, p. 33-39, 1990. Disponível em: <<http://shapeamerica.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00970050.1990.10614589>> Acesso em: 19 jul. 2015

RIOLLI, L.; SAVICKI, V. Information system organizational resilience. **Omega**, v. 31, n. 3, p. 227-233, 2003. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305048303000239>> Acesso em: 19 jan. 2016.

SAAVEDRA, E.; VILLALTA, M. Estudio comparativo enresilienciaconsujetosdiscapacitados motores. **Revista InvestigacionesenEducación**, v. 8, p. 81-90, 2008. Disponível em: <<https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=Estudio+comparativo+en+resiliencia+con+sujetos+discapacitados+motores> Acesso em: 15 set. 2014.

SECCOMBE, K. "Beating the odds" versus "Changing the odds": Poverty, resilience, and family policy. **Journal of Marriage and Family**, v. 64, n. 2, p. 384-394, 2002.

SOUZA, M. T. S. D.; CERVENY, C. M. D. O. Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. **Interamericanjournalofpsychology**, v.40, n. 1, p. 115-122,2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=scl_arttext&pid=S0034-9690200600010001319 Acesso em: 19 jan. 2016.

UNGAR, M. Resilience across cultures. **British journal of social work**, v.38, n. 2, p. 218-235, 2008. Disponível em <<https://academic.oup.com/bjsw/article/38/2/218/1684596/Resilience-across-Cultures> Acesso em: 10 nov. 2015.

VARGAS, K. I. H; FUENTES, N. I. G.A. **Resiliência, estilos de enfrentamento y actividades de crianza em madres e hijos ante la presencia de lacondición especial y/ discapacidad em um membro de la familia**. 2016. Xf. Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências da Conduta, Universidade Autonoma do Estado do Mexico. Disponível em:<<http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/41172>

WAGNILD, G. M.; YOUNG, H. M. Development and psychometric evaluation of Resilience scale. **Journal of Nursing Measurement**, v. 1, n. 2, p. 165-178,1993. Disponível em<<http://www.resiliencecenter.com/wp-content/uploads/2014/06/wagnild-young-psychom-r.pdf>>Acesso em:19 jul. 2015

ZEESHAN, M.; ASLAM, N. Resilience and psychological well-being among congenitally blind, late blind and sighted individuals. **Journal of Educational Research and Studies**,v. 1, n. 1, p. 1-7, 2013. Disponível em<<https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=Resilience+and+psychological+well-being+among+congenitally+blind%2C+late+blind+and+sighted+individuals>>Acesso em:10nov. 2015.

CAPÍTULO 10 – O AUTISMO SOBRE O PRISMA DA CONCEPÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Ana Flavia de Oliveira Borba Coutinho

Márcio de Lima Coutinho

INTRODUÇÃO

O autismo caracteriza-se como uma síndrome complexa, que, apesar de ser estudada desde 1943 pelo psiquiatra austríaco Leo Kanner (KANNER, 1943), ainda persistem indefinições acerca de sua origem e natureza, o que faz com que seja um tema instigante e fascinante. Em seu artigo intitulado “Os transtornos autistas do contato afetivo”, Kanner (1943, p. 1) afirmou que:

Desde 1938, chamaram-nos a atenção várias crianças cujo quadro difere tanto e tão peculiarmente de qualquer outro tipo conhecido até o momento que cada caso merece – e espero que venha a receber com o tempo – uma consideração detalhada de suas peculiaridades fascinantes.

Em seu estudo, Kanner caracterizou de forma tão precisa os onze casos por ele estudados que essa caracterização continua a ser empregada até os dias atuais, como sendo um isolamento extremo desde o início da vida e um desejo obsessivo pela preservação da mesmice. Segundo esse autor, as crianças possuíam características recorrentes baseadas em três aspectos: qualitativo da relação; alterações da comunicação e da linguagem; e falta de flexibilidade mental e comportamental. Elas apresentavam uma falta de aconchego ao colo e importantes alterações na linguagem: uso descontextualizado das palavras, ecolalia, lateralidade e inversão pronominal (KANNER, 1943).

Atualmente, o autismo é caracterizado como um TEA (Transtorno do Espectro do Autismo). A tríade de comprometimento do autismo está relacionada aos domínios da imaginação, comunicação e interação social (DSM V, 2014). As crianças diagnosticadas como autistas apresentam dificuldades em se relacionar com as pessoas e o mundo que as rodeia, apresentando um atraso no desenvolvimento global que se manifesta também na aquisição da linguagem. Como consequência, elas tendem a apresentar, desde cedo, um distúrbio severo no desenvolvimento, principalmente relacionado à comunicação e interação social, tendo

dificuldades na linguagem, alterações relacionadas ao déficit simbólico, dificuldade na imitação e na integração sensorio-motora (KANNER, 1943; HOBSON, 2004; LAMPREIA, 2004, 2007; BOROWSKI, 2009).

É importante destacar a diversidade de perfis das crianças autistas (LAMPREIA, 2007), pois cada uma delas pode ser considerada um caso de estudo particular, em virtude de as características e o grau de comprometimento serem muito peculiares e específicos. Corroborando com essa constatação, Wing e Gould (1979) já descreviam as crianças autistas como isoladas, passivas, ativas, mas bizarras. Assim sendo, as formas de tratamento e intervenção devem acompanhar essa diversidade, considerando a ideia de que cada caso é um caso único e particular a ser trabalhado.

De acordo com Passerino e Santarosa (2007), as crianças autistas possuem uma grande dificuldade em interagir com o outro, sendo tal dificuldade mais observada no desenvolvimento de atividades cooperativas, na troca com o parceiro e na construção conjunta. Concluem ainda que, possivelmente, tais entraves estejam relacionados com a dificuldade de descentralização, ou seja, do colocar-se no ponto de vista do outro.

Segundo Hobson (2004), logo ao nascer, o ser humano inicia as interações à medida que se mostra responsivo e sensível ao mundo que o rodeia. E essa sensibilidade inicial, que diferencia o ser humano dos animais, será a precursora do desenvolvimento da linguagem. Nesse período inicial do desenvolvimento começam a se desenvolver as habilidades comunicativas diádicas básicas – contingência, reciprocidade, antecipação, alternância de turno –, sem as quais não há diálogo.

Para que haja linguagem, é preciso que o bebê seja capaz de realizar um engajamento afetivo e seja sensível e responsivo às expressões emocionais dos outros. Uma grande quantidade de interação social acontece a serviço da regulação fisiológica e pode-se dizer que essas interações são o berço para o desenvolvimento da linguagem, o que não acontece com bebês autistas (HOBSON, 2004).

A família constitui a unidade básica de desenvolvimento das experiências do homem. É uma rede complexa de relações e emoções pela qual perpassam sentimentos e comportamentos. É por meio das relações familiares que os próprios acontecimentos da vida recebem seu significado. Nesse sentido, este capítulo tem como objetivo apreender as representações sociais acerca do autismo elaboradas por mães de crianças autistas.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, caracterizada por uma abordagem qualitativa e quantitativa. Participaram quatro (4) díades mãe-criança. Para a inserção da díade utilizou-se quatro critérios de inclusão: (i) ser mãe de criança autista, (ii) criança com idade de 4 a 6 anos, (iii) criança com diagnóstico de TEA e (iv) possuir computador em casa.

Os dados foram coletados nas residências dos participantes que foram contatados por intermédio de uma associação vocacionada ao trabalho com crianças com autismo da cidade de João Pessoa, a Associação dos Pais e Amigos dos Autistas (ASAS). Utilizaram-se dois instrumentos: (i) questionário biosociodemográfico e (ii) entrevista semiestruturada. O questionário biosociodemográfico foi utilizado com a finalidade de identificar o perfil dos participantes: crianças autistas (idade, escolaridade, sexo) e mães (idade, estado civil, escolaridade, profissão e renda familiar).

A entrevista semiestruturada foi utilizada por ser um dos principais recursos usados como técnica de coleta de informação. Ela é caracterizada pela "[...] formulação da maioria das perguntas previstas com antecedência e sua localização é provisoriamente determinada" (COLOGNESE; MÉLO, 1998, p.22). Nela o entrevistador tem uma participação ativa, apesar de observar um roteiro, podendo fazer perguntas adicionais para esclarecer questões permitindo melhor compreensão acerca do objeto social de estudo.

Este estudo foi realizado considerando-se aspectos éticos pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a “Resolução 196/96”, sendo aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade Santa Emília de Rodat – Processo nº 018/2010.

As díades foram contatadas em uma reunião da Associação dos Pais e Amigos dos Autistas (ASAS) considerando os critérios de inclusão. As visitas foram feitas na casa da díade onde eram aplicados os instrumentos de coleta de dados.

Ao término da aplicação dos instrumentos, os dados advindos das entrevistas foram analisados pelo modelo de análise temática proposta por Bardin (2010), seguindo o modelo: (i) Corpus (04 entrevistas); (ii) Leitura Flutuante (primeira leitura de todo o material coletado, sem grande controle para, em seguida, deter-se em leituras mais orientadas e concisas); (iii) Codificação das Unidades de Análise (codificação dos temas por unidade de registro); (iv)

Categorias e Subcategorias (categorização do corpus) e (v) Tratamento dos Resultados (descrição e interpretação das categorias). Por fim, os dados quantitativos, que se referem às frequências simples e percentuais, foram computados a partir das coocorrências das unidades temáticas e tratados por meio do programa Excel 2007.

RESULTADOS

As mães participantes da pesquisa estavam situadas na faixa etária dos 30 a 40 anos ($M=35,5$; $DP= 4,12$), sendo 3 casadas e 1 divorciada; 3 mães possuíam nível de escolaridade superior e 1 com nível de escolaridade do 2º grau; quanto à profissão, 2 com profissão do lar, 1 contabilista e 1 professora. No que diz respeito à religião, todas afirmaram ser católicas, e em relação ao nível socioeconômico, 3 possuíam nível médio e 1 nível baixo (renda familiar inferior a dois salários mínimos).

Todas as crianças participantes do estudo eram do sexo masculino, com idade variando entre 4 a 6 anos ($M = 5$; $DP = 0,82$), todas frequentando a escola, sendo duas no infantil 2; uma no infantil 1 e uma no infantil 3. Das quatro crianças, duas são filhas únicas e duas possuem um irmão mais velho.

Os dados obtidos na entrevista semiestruturada foram categorizados por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin (2010). A decomposição do material das unidades de conteúdos resultou no somatório de 245 unidades de contextos que permitiu a derivação de 5 categorias e 15 subcategorias. As categorias foram denominadas: Concepção do Autismo, Diagnóstico, Interesses Motivacionais, Tratamento e Projeto de Vida, conforme a Tabela 3.

A primeira categoria, denominada de **Concepção do Autismo** dividiu-se em quatro subcategorias: a) Cognitivo; b) Psicomotor; c) Afetivo; d) Atividades da Vida Diária. A segunda, nomeada **Diagnóstico**, foi dividida em quatro subcategorias, a saber: a) Desconhecimento da Síndrome; b) Processo de Diagnóstico; c) Aquisição de Conhecimento e d) Aceitação. A terceira, denominada de **Interesses Motivacionais**, deu origem a três subcategorias: a) Escola; b) Artefatos tecnológicos; c) Leitura e Música. A quarta, referente ao **Tratamento**, deu origem a duas subcategorias: a) Tratamento Terapêutico e b) Tratamento Medicamentoso. A quinta e última categoria, denominada **Projeto de Vida**, permitiu a elaboração de duas subcategorias: a) Preocupação e b) Visão Positiva (ver Tabela 1).

A primeira categoria, denominada **Concepção do Autismo**, refere-se à percepção materna de que seus filhos, comparados a outras crianças, possuem algo diferente, ora na esfera cognitiva, psicomotora, afetiva e nas atividades da vida diária. A primeira subcategoria diz respeito ao comprometimento **Cognitivo**, principalmente no que se refere aos aspectos comunicativos verbais, conforme os exemplos a seguir:

... eu vi que ele não iniciava a fala, ... a gente achava que ele não falava muito, ... falava mamãe, papai, ... pedia algumas coisas: pão, leite, ... eu vi que ele não iniciava a fala, ... apresenta ecolalia.

As interlocuções retratam que o comprometimento da fala, juntamente com a interação social, provavelmente seja o déficit mais característico do autismo. Além disso, normalmente, o comprometimento da linguagem é o primeiro indicio, percebido pelos pais de que há uma alteração no desenvolvimento da criança.

Devido ao atraso ou falta de aquisição da linguagem, muitas vezes a criança autista repete com frequência as últimas palavras das frases, o que se denomina ecolalia. Já as crianças que verbalizam, geralmente percebem o sentido literal das palavras, não entendendo a mudança de significado que pode ocorrer diante de uma alteração no contexto da fala. Além disso, a fala pode ser estranha, sem emoção, entonação ou sentimento (LAMPREIA, 2007).

A segunda subcategoria relaciona-se à concepção relativa ao aspecto **Psicomotor**, conforme pode ser observado nos recortes seguintes:

... não sabe pegar no lápis com quatro anos, ... não sabe pegar a uva e apertar na boca, ... a hiperatividade é demais, ... só dormia numa posição, ... balançando até adormecer (), ... batia muito palma.

Percebe-se pelos enunciados que a criança autista apresenta comprometimentos psicomotores, no que diz respeito ao aspecto comportamental, especificamente à motricidade fina.

Tabela 1 – Análise de conteúdo das entrevistas

C	Categorias	Subcategorias	Unidades temáticas	f	%
L			“... a gente achava que ele não falava muito (4) falava mamãe, papai () pedía algumas coisas: pão, leite () eu vi que ele não iniciava a fala (4) aparecia ecolalia (2) e ele repete não na hora que está no computador, mas depois () ele gosta de botar o computador para ficar falando várias vezes () tinha um menino autista que não falava nada () a verbalização é em todos (2) ele fala quando ele quer (2)”	19	7,7
A			“... brincava com a gente () sabia andar de motoquinha () mas depois regrediu () estereotípia (3) ele bate muito palma (3) tinha aversão em pegar em tinta, massinha (3) não sabe pegar a lva e apertar na boca () não sabe pegar no lápis com quatro anos () a hiperatividade é demais () só dormia numa posição () balançando até adormecer (2)”	18	7,3
E	Concepção do Autismo	Psicomotor	“... ele é até bonzinho (2) espera um olhar da gente pra dizer: assim está certo (3) sempre leve contato visual (4) sentava na rede e colocava ele no colo (3) geralmente a criança quer o colo da mãe () como se ele não quisesse o contato de pele () estava agitado () com autogressão () era um bebê que não chorava () chamava a atenção pela tranquilidade () nunca pediu para ir para meu braço () começou o olhar a falhar (2) com um ano e oito meses voltou a tomar água na mamadeira () não foi difícil tirar o peito (3) mamou até um ano e dois meses () do primeiro filho foi difícil tirar com um ano (3) não queria dormir ()”	30	12,3
I			“... a questão dele é só com as AVDs () comer só () ir ao banheiro só () a gente tenta trabalhar a independência em casa, tomar banho só, vestir uma roupa só ()”	04	1,6
C			“... nunca tinha ouvido falar (4) não conhecia ninguém autista (2) eu não atentava para autismo (2) até porque eu conhecia pouco (2) teu filho pode ser autista () achava que era uma coisa passageira () achava que tinha mais uma coisa errada () percebi que ele era diferente ()”	14	5,6
A	Diagnóstico	Desconhecimento da síndrome	“... fiz uns exames para descartar outra coisa (2) diagnóstico dele teve uns quatro () diagnóstico dele é autismo clássico (2) passou pela psicóloga, pelo neuro, uma fono e uma TO () o diagnóstico da fono era atraso de linguagem () meu último diagnóstico foi com Dr. Salomão () era muito cedo para fechar o diagnóstico com três anos () incluiu no transtorno global do desenvolvimento () eu dei o diagnóstico do meu filho (4) todo médico tem medo de um diagnóstico fechado (2) processo foi um pouco longo, mas nem tanto () fui pra fono (8) levei para ver se ia fazer um trabalho de fala ()”	41	16,7
U			Σ = 76		
T			Processo de diagnóstico		
			% = 31,2		

I			o médico olhou e disse: autismo () comecei a peregrinar com neuropediatras (5) fui a uma psicopedagoga () eu falava com a pediatra (2) o pediatra não notava nada (2) a psicóloga tratava os meninos de uma forma grosseira (2) passou por uma TO () conheci uma pedagoga ()		
S			“... at comecei, fui à internet (4) bastou ter uma página na internet e era ele todinho () autismo mesmo é isso aí () vou fazer uns cursos (5) quando eu cheguei em casa que comecei a estudar (2)”	13	5,3
M			“... e eu acitei muito rápido () nunca neguei () sempre cuidei () melhor jeito de encerrar é de forma positiva () quando eu soube disse: pronto, agora eu sei e tenho um norte para começar () se você souber o diagnóstico você começa a trabalhar () quando eu percebi logo eu disse: eu não vou esperar ninguém fechar diagnóstico não () eu não vou esperar cura milagrosa não ()”	08	3,6
O			“... ele gosta (2) tem época que mais e tem época que menos () na primeira infância eu acho a escola muito importante (3) sempre que eu chego lá ele está bem (3) ele adorava ver aquilo tudo e entrar na sala de aula (2) ele sentava tranquilamente na rodinha com os coleguinhas ()”	12	4,9
			“... via muita televisão (2) a habilidade dele é no computador (2) quando chega em casa entra na internet (3) tem facilidade em entender o que o computador fala () algumas palavras que teve contato escreve no Word (2) se eu disser: B, A, ele vai fazendo () dou muita credibilidade ao computador (2) aprendeu muito no computador () gosta de fazer no computador do jeito dele () cada um tem um computador () coloca para os meninos fazer joguinho () se comunicava pelo computador () tem que ter algo no computador que ele goste (2) quando chegava numa loja que tinha computador () ele ficava lá no teclado () ele adorava fotografia (3) só fotografava objetos, televisão (3) nunca fotografava gente () foi a primeira vez que eu vi a foto de uma luz (2) cada foto linda () ele sabe ligar o dvd daqui de casa do meu quarto, do dele, e da casa de minha (2) onde você ensinar que tiver um play ele faz ()”	35	14,3
			“... o atrativo dele é o livro () ele gosta de ler (3) ele identifica o nome dele () mas não sabe fazer () como é que ele lê antes de escrever o nome () ele aprendeu a ler só () ele adora a revisinha da Mônica (3) lê uma revista () a habilidade dele é na música (2) o pai começa a tocar no violão e ele acompanha ()”	15	6,1
	Interesses Motivacionais Σ = 62 25,3%	Arquivos tecnológicos			
		Escola			
		Letitura e música			

<p>Tratamento</p> <p>$\Sigma = 17$</p> <p>6,9%</p>	Tratamento terapêutico	“... usa o Teach aqui na associação (3) faz TO () método padovan () e atividade motora (2) faz natação, tem aulas com a professora lá em cima () tem fonofisióloga (2)”	10	4,1
	Tratamento medicamentoso	“... só vitamina que o pediatra passa (3) suplemento () cálcio () está tomando o medicamento Haldol () o médico disse que agora tentasse tirar ()”	07	2,8
<p>Projeto de vida</p> <p>$\Sigma = 19$</p> <p>7,7%</p>	Preocupação	“... o que me deixa apreensiva é não saber o que vai acontecer daqui à meia hora () me preocupo com o dia em que não puder cuidar dele () sou realista e não espero tanto dele (2) para eu não me decepcionar () pode ser que eu me surpreenda e muita coisa boa aconteça com ele () me preocupava muito antes, pois tinha cobrança da escola ()”	07	2,8
	Visão positiva	“... não me preocupo com o futuro não (2) busco a independência dele (4) penso no que vai ser dele quando crescer () o que ele vai fazer () penso em fazer uma poupança, por que quem for tomar conta dele já não se preocupa com dinheiro (2) ele tem melhorado a cada dia (2)”	12	4,9

$\Sigma = 245$

A terceira subcategoria refere-se à esfera do **Afetivo**, emergindo falas maternas exemplificadas a seguir:

...ele é até bonzinho, ...espera um olhar da gente pra dizer: assim está certo, ...como se ele não quisesse o contato de pele, ...era um bebê que não chorava.

Diante das falas que emergem das mães, observam-se as características que as crianças autistas apresentam em relação à afetividade, pois demonstram uma aversão ao contato corporal. Além disso, o que parece para a mãe uma tranquilidade comportamental da sua criança é, na verdade, um isolamento que constitui uma característica expressiva da síndrome autista.

Wing e Gould (1979), analisando o isolamento da criança autista, afirma que esse comportamento é, na verdade, uma inferência feita pelo observador a partir de problemas cognitivos, de linguagem e de comunicação não verbal que interferem nas interações sociais. Inclusive, a autora supracitada considera que crianças surdas, as quais apresentam isolamento social, quando aprendem métodos alternativos de comunicação, deixam de apresentar comportamentos autistas.

A quarta subcategoria, **Atividades da Vida Diária (AVD)**, diz respeito à dificuldade que a criança autista apresenta em realizar atividades rotineiras e que fazem parte dos cuidados básicos, como, por exemplo, tomar banho, vestir-se, calçar sapatos, necessitando de um apoio sistemático para que adquiram a capacidade de realizá-las de forma autônoma, conforme exemplos seguintes:

... a questão dele é só com as AVDs, ... comer só, ... ir ao banheiro só, ... a gente tenta trabalhar a independência em casa, tomar banho só, vestir uma roupa só.

Esses resultados confirmam estudos que apontam a dificuldade materna no cuidar do cotidiano dos seus filhos. De acordo com Schmidt, Dell’Aglío e Bosa (2007), na pesquisa que realizaram com 30 mães de crianças autistas, identificou-se que 26,8% dessas mães relataram que a realização das AVDs constitui uma das dificuldades encontradas no cuidado da sua criança, como pode ser constatado nas interlocuções: “...dar banho. Porque ele é bem maior que eu. Sabe? Eu dou banho, aquela coisa toda, mas ele quer sempre tomar banho com a mangueirinha, o chuveirinho, só que é difícil. Molha o chão do banheiro todo, aí é complicado”.

A segunda categoria, **Diagnóstico**, foi subdividida em quatro subcategorias, a saber: a) Desconhecimento da Síndrome; b) Processo de Diagnóstico; c) Aquisição de Conhecimento e d) Aceitação.

Quanto à subcategoria **Desconhecimento da Síndrome**, mostra-se que as mães não têm clareza do que é o autismo, devido à complexidade dos assinalamentos da síndrome, conforme falas a seguir:

... nunca tinha ouvido falar, ... não conhecia ninguém autista, ... eu não atentava para o autismo, ... até porque eu conhecia pouco, ... aí foi que eu comecei a ver que eles tinham coisas parecidas, não eram iguais, mas tinham umas coisinhas parecidas, ... se eu soubesse o que era autismo, não teria nem condições de dirigir até em casa.

Face às interlocuções mencionadas, infere-se que três dessas mães desconheciam a síndrome do autismo. Além disso, como o autismo é normalmente diagnosticado em torno dos 36 meses, essas mães vivenciaram os três primeiros anos da vida de seus filhos, imaginando que eles possuíam um desenvolvimento típico. Esse desconhecimento pode ser justificado pela reduzida difusão de saberes e de ações informativas sobre a síndrome autística.

A segunda subcategoria, **Processo de Diagnóstico**, refere-se ao período que vai desde a busca de um profissional até o recebimento do diagnóstico, conforme exemplos a seguir:

... passou pela psicóloga, pelo neuro, comecei a peregrinar com neuropediatras uma fono e uma TO, ... diagnóstico dele teve uns quatro, fui a nove no total, ... cada neuro que eu ia ele me dava um diagnóstico diferente, ... eram vários diagnósticos...o processo foi um pouco longo, mas nem tanto, ...por causa da fala eu procurei uma fono.

Por meio dos recortes dos enunciados maternos, identifica-se que as mães buscam respostas para o atraso que observam nos seus filhos, quando os comparam com outras crianças. As mães externam o sofrimento que vivenciam quando não conseguem obter um diagnóstico preciso, pois esse é essencial para a compreensão dessa síndrome. Esses achados corroboram os estudos de Guralnick (2000), Fávero e Santos (2005) sobre os estressores familiares de crianças com problemas no desenvolvimento, em que os resultados retratam o sofrimento interpessoal e familiar ocasionado pelo longo processo de diagnóstico, contribuindo para um isolamento social da família.

Nesse contexto, é importante destacar que a dificuldade dos profissionais em definir o diagnóstico pode ser justificada pelo fato de que as crianças autistas apresentam perfis variados, já que existem diversos sintomas e graus de autismo, havendo, na verdade, um espectro autístico, no qual o autismo é considerado o principal transtorno. Além disso, há a complexidade do diagnóstico, além do que não há marcador biológico que caracterize o autismo, nem aspectos sindrômicos morfológicos específicos, isto, é a associação dos sintomas e sinais neurológicos apresentados pelo paciente (BALLONE, 2003).

A terceira subcategoria consiste na busca da **Aquisição de Conhecimento** que possibilite o suporte necessário para lidar com o dia a dia diante desta nova realidade:

... bastou ler uma página na internet e era ele todinho, ... vou fazer uns cursos, ... quando eu cheguei em casa comecei a estudar, ... aí fui buscar informações primeiro na internet, ... aí depois fui me informando mais pela internet e levei o assunto à pediatra.

Segundo as interlocuções anteriores, constata-se que as mães revelam a necessidade da aquisição de conhecimentos sobre o autismo não apenas no que tange ao tratamento, mas, sobretudo, na instrumentalização do agir frente às necessidades peculiares que uma relação mãe-criança autista exige. Observou-se que a constelação familiar participante deste estudo integra uma associação de pais de autistas, na qual buscam alternativas e apoio por meio da convivência com outras famílias.

Corroborando o discurso das mães, estudos (AMY, 2001; GLAT; DUQUE, 2003) destacam a importância da orientação dos pais conjuntamente com o tratamento do filho, com o objetivo maior de permitir uma melhor relação com o filho autista, inclusive na forma de compreenderem os progressos, que, muitas vezes, têm que ser vistos “ao microscópio” e constituem uma dose de esperança e motivação para avançarem com otimismo na luta diária.

A quarta e última subcategoria se refere à **Aceitação** do diagnóstico:

... e eu aceitei muito rápido, ... nunca neguei, ... melhor jeito de encarar é de forma positiva, ... quando você chega para uma mãe e diz: olhe, eu não vou fechar o diagnóstico. É pior, ... se você disser, você começa a trabalhar, tem este caminho e este.

Nesse momento de aceitação do diagnóstico, percebe-se que as mães enfrentam um conjunto de sentimentos, desde a angústia inicial do processo do diagnóstico, ao alívio da aceitação. Segundo Amy (2001), no interior de uma família, o anúncio do autismo é a abertura de um drama, ocasionando mudanças e prejuízos na vida social, conjugal e

profissional dos familiares. Nesse momento, os profissionais devem procurar informar e se unir aos pais, apresentando-os alternativas de intervenção e de possíveis instituições e fundações que seriam pontos de apoio para a família. E, assim, tendo a família como principal pilar de apoio, em conjunto com uma equipe multidisciplinar, o tratamento poderá ser bem-sucedido.

Na terceira categoria, denominada **Interesses Motivacionais**, emergiram três subcategorias: Escola, Artefatos Tecnológicos, Leitura e Música. A primeira subcategoria refere-se à **Escola**, na qual as mães relataram que as crianças autistas apresentavam interesses em ir à escola, conforme exemplos a seguir:

... ele gosta (2) tem época que mais e tem época que menos () sempre que eu chego lá ele está bem (3) ele adorava ver aquilo tudo e entrar na sala de aula (2) ele sentava tranquilamente na rodinha com os coleguinhas ().

Diante desses discursos maternos, infere-se que as crianças autistas demonstram interesse em frequentar a escola regular, onde se encontram matriculadas. Desse modo, a escola deve ser uma instituição de apoio a essas crianças na implementação de práticas inclusivas e na elaboração de um plano de ensino com conteúdos adaptados às suas características, afinidades e habilidades. É importante ressaltar a importância da escolarização da criança autista enquanto meio de inclusão social, pois, segundo Camargo e Bosa (2009), a escola possibilita o alargamento progressivo das experiências socializadoras, permitindo o desenvolvimento de novos conhecimentos e comportamentos.

A segunda subcategoria está relacionada aos **Artefatos Tecnológicos**, pois evidencia os interesses e as habilidades da criança autista pela tecnologia, de acordo com as interlocuções a seguir:

... a habilidade dele é no computador, ... quando chega em casa entra na internet, ...tem facilidade em entender o que o computador fala, ...algumas palavras que teve contato escreve no Word, ... gosta de fazer no computador do jeito dele, ... se comunicava pelo computador, dou muita credibilidade ao computador, ...aprendeu muito no computador ... tem que ter algo no computador que ele goste, ... quando chegava numa loja que tinha computador ele ficava lá no teclado, ...ele adorava fotografia, ... só fotografava objetos, televisão, ... nunca fotografava gente, ...ele sabe ligar o dvd daqui de casa, ... onde você ensinar que tiver um play ele faz.

Conforme as interlocuções das mães, identifica-se a motivação que as crianças deste estudo apresentam em utilizar os diversos recursos tecnológicos, como o computador, a

máquina fotográfica e o DVD. Corroborando as falas das mães, que ressaltam a aptidão para a tecnologia que seus filhos apresentam, destacam-se os estudos de Herskowitz (2009), ao defender que os recursos tecnológicos constituem o caminho para que a criança autista possa se desenvolver, isso porque a tecnologia está presente nos dias atuais em tudo que nos rodeia e irá evoluir significativamente no futuro.

Na terceira subcategoria, denominada **Leitura e Música**, destaca-se, segundo as mães, que as crianças autistas apresentam interesses em atividades específicas, demonstrando aptidão para a leitura e música, conforme exemplos a seguir:

... o atrativo dele é o livro, ... ele gosta de ler, ... ele identifica o nome dele, ... mas não sabe fazer, ... como é que ele lê antes de escrever o nome, ... ele aprendeu a ler só, ... a habilidade dele é na música (2) o pai começa a tocar no violão e ele acompanha ().

De acordo com Lampreia (2007), é possível que as crianças autistas tenham habilidades especiais em áreas específicas. Alguns autistas podem apresentar desempenhos extraordinários em áreas como a matemática, a música, a leitura autodidata, a mecânica, mas, em outro extremo, cerca de 60% dos autistas possuem retardo mental.

Na quarta categoria, denominada **Tratamento**, emergiram duas subcategorias: Tratamento Terapêutico e Tratamento Medicamentoso. A primeira delas se refere às diversas terapias que são utilizadas nas intervenções de profissionais com as crianças autistas, conforme recortes seguintes:

... usa o Teach na associação, ... faz TO, método padovan, e atividade motora, ... faz natação e tem aulas com a professora, ... tem fonoaudióloga e psicólogo.

Sabe-se que não há cura para o autismo, existem, sim, tratamentos multidisciplinares que visam o controle sintomático da doença, pois as terapias e a estimulação cotidiana podem melhorar a qualidade de vida dessas crianças. Entretanto, como indicam os estudos de Nunes e Santos (2009), são escassos os serviços especializados para tratamento da criança autista, com equipe multiprofissional, o que leva os pais ao fenômeno da “peregrinação” por sucessivas instituições de saúde e educação. A consequência desse fenômeno causa o prejuízo na qualidade do cuidado e compromete a intervenção precoce. Nesse sentido, aponta-se para a necessidade de qualificação de profissionais que possam oferecer um atendimento integral às crianças com transtorno autístico e suas famílias.

A segunda subcategoria refere-se ao **Tratamento Medicamentoso**, que consiste na utilização da terapia medicamentosa para minimizar os sintomas inadequados.

... toma só vitamina que o pediatra passa, ... suplemento, ... cálcio, ... está tomando o medicamento Haldol, ... o médico disse que agora tentasse tirar.

Em alguns casos, o uso de medicamento é necessário para controlar os comportamentos indesejados, como as estereotípias, o retraimento social e os comportamentos agressivos e autoagressivo, que são característicos das crianças autistas. Os medicamentos atuam em áreas cerebrais, a dopamina e a serotonina, com o objetivo de reduzir tais sintomas, e, além disso, melhorar o poder de concentração.

Segundo estudos de Klein e Slomkowski (1993), o uso de medicamentos permite controlar a agitação psicomotora e os comportamentos descontrolados, ocasionando melhorias na permanência da criança em casa, a ser cuidada pela família, porém não revertem a ausência de responsividade comunicativa e social.

A quinta, e última categoria, reporta-se ao **Projeto de Vida**, e foi subdividida em duas subcategorias: Preocupação e Visão Positiva.

A primeira subcategoria **Preocupação** está relacionada com a forma como a mãe visualiza o futuro da criança diante das suas limitações advindas da síndrome. Ver exemplos a seguir:

... me preocupo com o dia em que não puder cuidar dele, ... penso no que vai ser dele quando crescer, ... eu penso em fazer uma poupança, por que quem for tomar conta dele já não se preocupa com dinheiro.

As mães participantes deste estudo externalizam, nas suas falas, que a preocupação com a criação do filho autista não se resume ao momento presente, mas sim se estende pelo futuro, visto que a mãe é consciente de sua responsabilidade materna em ser cuidadora e se inquieta com sua possível ausência.

A segunda subcategoria, **Visão Positiva**, retrata a esperança que a mãe externaliza quando é questionada sobre o futuro do seu filho, conforme relatos a seguir:

... busco a independência dele, ... pode ser que eu me surpreenda e muita coisa boa aconteça com ele, ... ele tem melhorado a cada dia, ... cada dia tem ficado mais fácil cuidar dele.

Apesar das dificuldades e dos desafios na criação de um filho autista, todas as mães deste estudo evidenciaram, com otimismo, que esperam melhores dias, que buscam a independência das crianças e que acreditam que acontecerão surpresas agradáveis nessa caminhada. Nesse contexto, os relatos maternos estão em consonância com os estudos de Koegel et al (1992) que afirmam que os pais de autistas possuem uma preocupação futura em relação ao bem-estar das crianças quando eles não puderem mais cuidar delas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados, foi possível obter uma maior reflexão acerca da síndrome do autismo, desde o processo de diagnóstico até as perspectivas em relação ao futuro, destacando que as mães acreditam ser o computador uma ferramenta rica de possibilidades e altamente estimulante para seus filhos.

Com o avanço tecnológico, o computador surge como uma ferramenta auxiliar no processo de aprendizagem. Segundo Coutinho (2012), o computador vem a ser uma ferramenta aliada no processo de estimulação e desenvolvimento da criança autista, permitindo trabalhar conteúdos escolares, da vida diária e até mesmo profissionalizantes, permitindo, assim, a inclusão social da criança autista.

Dessa forma, conclui-se que, apesar da ampla diversificação que o autismo apresenta, é possível alcançar um avanço significativo no seu desenvolvimento. O olhar deve estar pautado nos pilares da inclusão, considerando o papel do mediador, e utilizar a estimulação precoce como promotora do desenvolvimento. O futuro reserva muitas possibilidades, e deve-se pensar em estratégias que promovam a interação mãe-criança usando as tecnologias como meio de estimulação e educação.

REFERÊNCIAS

AMY, M.D. **Enfrentando o autismo: a criança autista, seus pais e a relação terapêutica**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BALLONE, G. J. Estratégias de Tratamento Medicamentoso do Autismo Infantil. **PsiquWeb**, [online]. Disponível em <http://www.psiqweb.med.br/autism.html>. Consultado em: março de 2011, 2003.

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

BOROWSKI, K. **A Inclusão social do autista é um caminho difícil, mas que deve ser enfrentado**. Planeta Educação. [online] Disponível em: <http://www.planetaeducacao.com.br/portal/artigo.asp?artigo=972> Consultado em: abril de 2017, 2009.

CAMARGO, S. P. H.; Bosa, C. A. Competência social, inclusão escolar e autismo: revisão crítica da literatura. **Psicologia & Sociedade**, v.21, n.1, p. 65-74, 2009.

COLOGNESE, S. A.; Mélo, J. L. B.. A Técnica de Entrevista na Pesquisa Social. In: Pesquisa Social Empírica: Métodos e Técnicas. **Cadernos de Sociologia**, Porto Alegre, PPGS/UFRGS, v. 9, 1998.

COUTINHO, A. F. O. B. Interação mãe-criança autista em situações de brincadeira livre e computador. **Tese de Doutorado em Psicologia Social**. UFPB, 2012.

DSM-V. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

GLAT, R.; Duque, M.A.T. **Convivendo com filhos especiais**: o olhar paterno. Rio de Janeiro: Editora Sete Letras, 2003.

GURALNICK, M. J. Early childhood intervention: evolution of a system. **Focus on autism and other Developmental Disabilities**. v.15,n.2, p. 68-79, 2000.

HERSKOWITZ V. **Autism & Computers: maximizing independence through technology**. EUA: AuthorHouse, 2009.

HOBSON, P. **Thecradle of thought**: exploring the origins of thinking. London: Macmillan, 2004.

KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. **Nervous child**, 2, 217-250 reeditado em L. Kanner 1983, Childhood psychosis: Initial studies and new insights. New York: Wiley, 1943.

KLIN, A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 28, p. 3-11, 2006.

KOEGEL, R.L.et al. Consistent stress profiles in mothers of children with autism **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v.22, n.2, p. 205-216, 1992.

LAMPREIA, C. A perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v.24, n.1, p. 105-114, 2007.

NUNES, M.A.F.; SANTOS, M.A. Itinerário Terapêutico Percorrido por Mães de Crianças com Transtorno Autístico. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.23, n.2, p. 208-221, 2009.

PASSERINO, L.; Santarosa, L. M. C. Interação social no autismo em ambientes digitais de aprendizagem. **Psicologia: reflexão e crítica**,v.20, p. 54-64, 2007.

CAPÍTULO 11 – O DIABETES NA PERSPECTIVA DO CONHECIMENTO PSICOSSOCIOLÓGICO

Fabrycianne Gonçalves Costa
Maria da Penha de Lima Coutinho

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é considerado um problema de saúde pública, tanto em países desenvolvidos quanto nos emergentes, em virtude de sua alta prevalência e seus impactos psicossociais, os quais podem estar relacionados a complicações incapacitantes, que comprometem a produtividade, qualidade de vida e sobrevivência das pessoas, além de envolver altos custos no seu tratamento e de suas complicações. Trata-se de uma doença crônica não transmissível, causada por fatores hereditários e ambientais, sendo esta decorrente da deficiência absoluta ou relativa na secreção e/ou ação da insulina, ocasionando o acúmulo de glicose (açúcar) (INTERNACIONAL DIABETES FEDERATION - IDF, 2015; STUHLER, 2012).

Conforme pesquisas realizadas, a incidência e prevalência do diabetes tende a aumentar devido ao envelhecimento populacional, à urbanização, ao desenvolvimento econômico e a avanços terapêuticos no tratamento da doença, mas, especialmente, ao estilo de vida atual, caracterizado por inatividade física e hábitos alimentares que predis põem ao acúmulo de gordura corporal (OLIVEIRA; VENCIO, 2014; WHITING et al., 2011).

Segundo as estimativas mais recentes da Internacional Diabetes Federation, existe aproximadamente 415 milhões de pessoas no mundo com diabetes, elencando o rol das cinco doenças crônicas não transmissíveis com maior morbidade (IDF, 2015). No Brasil, cerca de 14,3 milhões de pessoas são portadoras da doença e aparecem 500 novos casos por dia, assim como estima-se que 50% da população com DM tipo 2 desconhece seu diagnóstico, percebendo-o apenas após o aparecimento de suas complicações (BRASIL, 2013). Conforme os dados da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia – Regional Paraíba (SBEM-PB) aprecia-se que existam 135 mil diabéticos no cenário paraibano, destes, 37,5 mil localizam-se em João Pessoa. Diante da alta prevalência do diabetes a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que essa doença será a sétima principal causa de morte em 2030 (IDF, 2015).

Conforme a American Diabetes Association (ADA) o nível normal de glicose no sangue é de até 100 mg/dL; acima deste, a pessoa pode apresentar crises hipo ou hiperglicêmicas (ADA, 2016). A doença é desencadeada e progride de forma silenciosa a partir de um comprometimento disfuncional do pâncreas, compreende um conjunto heterogêneo de doenças metabólicas associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, que atingem paulatinamente os sistemas: oftalmológico, renal, neurológico e cardiovascular (RODRÍGUEZ et al., 2012). Quanto aos sintomas do diabetes, estes são evidentes num estágio mais avançado da doença e os principais são: muita sede (polidipsia), excesso de urina (poliúria), muita fome (polifagia), emagrecimento, sonolência, dores generalizadas, formigamentos e dormências, cansaço doloroso nas pernas, câimbras, nervosismo, indisposição para o trabalho, desânimo, turvação da visão, cansaço físico e mental (RODRÍGUEZ et al., 2012).

Postula-se que a vida da pessoa com diabetes passe por um complexo ajustamento, o qual envolve a incorporação de práticas terapêuticas, alterações de padrões alimentares, realização de controle glicêmico, medicamentos, prática de atividades físicas, manutenção da pressão arterial e acompanhamento contínuo da equipe multidisciplinar de saúde, objetivando um viver saudável prevenindo as possíveis complicações agudas e crônicas (TAVARES et al., 2011). Nesse sentido, a maneira como as pessoas percebem sua condição de vida influencia no controle geral do seu estado de saúde/doença, tornando-se importante entender como as pessoas com diabetes simbolizam a experiência produzida por tal realidade, uma vez que compreender a construção desse pensamento coletivo pode contribuir para dar maior visibilidade para esse fenômeno e, por conseguinte, nortear os diabéticos frente à doença e sua terapêutica (COUTINHO; SARAIVA, 2013).

Diante dessas premissas, optou-se por utilizar a Teoria das Representações Sociais (TRS) como eixo norteador deste estudo, uma vez que estas possibilitam a elaboração de um conhecimento prático apoiado no saber do senso comum, o qual é socialmente construído no cotidiano de um grupo de pertença (pessoas com diabetes), uma vez que é a partir dessa interação que esses indivíduos constroem uma realidade particular que determina e direciona seus comportamentos e comunicações (MOSCOVICI, 2012; COUTINHO, 2005).

A gênese da construção das representações sociais ancora-se em dois processos: a *ancoragem* e a *objetivação*, que são, ao mesmo tempo, de natureza social e cognitiva, permitindo a transformação do que é não familiar em algo familiar e conhecido (MOSCOVICI, 2012). A ancoragem direciona a memória para dentro, buscando coisas, eventos e pessoas, que ela reconhece como um protótipo, ou se reconhece nomeando o

mesmo, por meio da comparação e da interpretação. Por sua vez, o processo de objetivação reproduz um conceito desconhecido da realidade, transferindo-o a um patamar visível e tangível; trata-se da forma como os elementos constituintes da representação se organizam e do percurso por meio do qual tais elementos adquirem materialidade e se tornam expressões de uma realidade pensada como natural (COUTINHO; SARAIVA, 2013; MOSCOVICI, 2012).

O acesso às RS de um objeto social se dá por meio da compreensão das formas que os indivíduos utilizam para criar, transformar e interpretar uma problemática vinculada à sua realidade, bem como conhecer seus pensamentos, sentimentos, percepções e experiências de vida compartilhada, de acordo com a classe social a que pertencem e as instituições às quais estão vinculados (COUTINHO, 2005). As representações são formadas por sistemas de interpretações que conduzem as relações dos sujeitos com o mundo e os outros. Portanto, estudar as RS acerca do diabetes propiciará a compreensão de como é tratada a multidimensionalidade desse objeto de pertença pelo grupo de pessoas com diabetes mellitus, buscando apreender o campo representacional que abarca as informações, imagens, crenças, valores e elementos culturais presentes no discurso sobre o construto em questão (SARAIVA, 2010).

Consoante Ribas et al. (2013) as RS têm uma ampla aplicação no campo da saúde, especialmente em condições crônicas, como é o caso do DM. Nessa vertente teórica são focalizados os aspectos psicossociais envolvidos na doença, que têm sido cada vez mais valorizados na prática clínica, especialmente para a compreensão dos fatores relacionados ao seguimento e controle metabólico dos pacientes com diabetes. Destarte, essa abordagem analisa as pessoas na integralidade de suas necessidades, considerando-as como seres biopsicossociais.

Nesse direcionamento, observam-se estudos que abordaram diferentes construtos para identificarem as RS no contexto do diabetes, por exemplo, sobre as RS da saúde primária, estudada por Amorim et al. (2014), assim como acerca da relação do processo saúde/doença, identificada pelos autores LeClair et al. (2009) e Péres et al. (2008). Outros, por seu tempo, desenvolveram pesquisas no âmbito do tratamento, como foi o caso de Stuhler (2012), e acerca das orientações nutricionais averiguada por Biasi (2011), Ribas et al. (2011), Barsaglini e Canesqui (2010). Além disso, Mantovani et al. (2013) e Coelho, Silva e Padilha (2009) apreenderam RS sobre o pé diabético, do mesmo modo que demais autores estudaram a respeito do atendimento realizado pelos profissionais de saúde e acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento (RIBAS et al., 2013; SANTOS et al., 2011).

Apesar da existência dos estudos supracitados, a literatura disponível ancorada na abordagem psicossociológica acerca do diabetes e elaborada por pessoas com essa patologia é incipiente, sendo mais frequente na área da Enfermagem e Antropologia, com pouca ênfase na Psicologia (RIBAS et al., 2013; STUHLER, 2012).

Destarte a estas constatações, faz-se necessário desenvolver estudos que abordem o que essa enfermidade representa para o homem e para a sociedade, bem como para identificar as possibilidades de mudanças de conceitos e atitudes relativos à mesma, justificando assim a construção de novas pesquisas que foquem na compreensão e elaboração do processo de constituição social das representações em pessoas com diabetes. Nesse sentido, este artigo objetivou analisar as representações sociais acerca do diabetes mellitus elaboradas por pessoas diabéticas.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo consistiu em umapesquisa de campo e descritiva, de cunho quantitativa e qualitativa, ressaltandoa visão psicossociológicaacerca do diabetes mellitus. Para tanto, participaram 31 pessoas, com idades entre 34 e 76 anos ($M= 55,68$; $DP= 11,6$), em sua maioria (26) do sexo feminino, (18) casado, (28)com ensino fundamental, o tempo do diagnóstico variou de 1 a 33 anos ($M= 12,19$; $DP= 9,69$) e destes (16) relataram não utilizar a insulina. A amostra foi do tipo não probabilística e por conveniência. Adotou-se como critérios de inclusãoter idade igual ou superior a 18 anos e ter diagnóstico de DM.

A investigação foi desenvolvida em uma instituição que mantém convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS) e atende pessoas com diabetes, localizada no município de João Pessoa/PB.Para a obtenção dos dados, utilizou-se um Questionário Biossociodemográfico e a Entrevista em Profundidade. O primeiro instrumento foi aplicado com a finalidade de obter informações tais como idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de diagnóstico e uso de insulina, abarcando assim o perfil característico dos participantes.

Fez-se uso da Entrevista em Profundidade precedida com base no seguinte questionamento: Por favor, gostaria que o (a) senhor (a) falasse tudo o que conhece sobre o Diabetes Mellitus, incluindo seus sentimentos, sensações e crenças. Esse instrumento permite que o entrevistado discorra livremente sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador, o que permite um maior aprofundamento acerca da relação intersubjetiva do indivíduo com o objeto de estudo, evidenciando experiências do dia-a-dia,

questões afetivas e existenciais, entre outras, elaboradas com base na linguagem do senso comum, sendo estes fatores essenciais para apreensão das RS (MINAYO, 2007).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba - CEP/CCS, sob o protocolo de nº 914.880, ano de 2014 e CAAE nº 33087214.6.0000.5188. Durante a sua realização, foram respeitadas todas as condições éticas estabelecidas pela Comissão do Conselho Nacional de Saúde, criada pela Resolução 466/2012 e com constituição designada pela Resolução 246/97.

Ressalta-se que a pesquisa teve início após o recebimento do parecer favorável da diretoria da instituição escolhida, onde as pesquisadoras se apresentaram com uma carta contendo os objetivos e a importância do desenvolvimento do estudo. Em seguida, os dados foram coletados individualmente, no momento que os participantes aguardavam a consulta médica, cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como foram informados do caráter voluntário e do sigilo referente à sua identificação, a administração dos instrumentos obedeceu à seguinte ordem: primeiro, o questionário biossociodemográfico; em seguida, a entrevista. O número de participantes foi estabelecido segundo o critério de saturação definido por Sá (1998), conforme este critério, as entrevistas podem ser encerradas no momento em que os conteúdos temáticos comecem a se repetir. O tempo total de aplicação dos instrumentos foi, em média, de 35 minutos.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Os conteúdos apreendidos foram processados pelo software Alceste (Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte), versão 4.9, este programa foi elaborado por Reinert, em 1986, tem por finalidade realizar uma série de procedimentos estatísticos aplicados a bancos de dados textuais, que podem ser originados de entrevistas, diálogos, obras literárias, artigos de jornais e revistas, entre outros (RIBEIRO, 2004).

Este programa possui o objetivo de realizar uma análise lexical, por meio de procedimentos estatísticos, efetuados em quatro etapas: (i) Etapa A, é responsável pelo reconhecimento das UCIs (Unidades de Contexto Iniciais) que correspondem a quantidade de entrevistas realizadas e separação do texto em fragmentos de tamanhos similares, que são as UCEs (Unidades de Contexto Elementares); (ii) Etapa B – refere-se à divisão definitiva e agrupamento das UCEs a partir da similaridade de palavras; é nessa etapa que é aplicado o método da Classificação Hierárquica Descendente e Ascendente; (iii) Etapa C – apresenta a descrição estável das classes de UCEs e o dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente que ilustra as relações entre as classes com base nos vocabulários característicos (léxicos) e variáveis fixas, assim como a Análise Fatorial de Correspondência (AFC), que

representa as relações entre as classes em um plano fatorial com dois eixos. Destaca-se, que a significância estatística das palavras dentro das classes é medida por meio da frequência (f) e da estatística qui-quadrado (χ^2) e (iv) Etapa D – responsável pela realização de cálculos complementares e a contextualização do vocabulário típico de cada classe (SARAIVA; COUTINHO, MIRANDA, 2011). Neste estudo serão apresentadas as análises advindas da Classificação Hierárquica Descendente e Ascendente, Análise Fatorial de Correspondência e Núcleo Figurativo.

Os dados dos questionários foram processados por meio do *StatisticalPackage for Social Science*, versão 23.0 (SPSS-23.0), e analisados a partir da estatística descritiva, observando-se a frequência, a porcentagem, a média e o desvio padrão. Ressalta-se que para utilizar as variáveis, idade e tempo de tratamento no *software* Alceste, estas foram agrupadas considerando intervalos de 10 anos.

RESULTADOS

Os dados oriundos da entrevista e processados pelo *software* Alceste originaram um *corpus* constituído de 31UCIs, totalizando 19.246 ocorrências, sendo 2.509 palavras distintas. Ao reduzir o vocabulário às suas raízes, foram encontrados 419 radicais analisáveis e 392 UCEs. A Análise Hierárquica Descendente (CHD) reteve 73% do total das UCEs do *corpus*, as quais foram distribuídas em quatro classes, conforme pode ser visto na Figura 1.

No dendrograma observa-se o *corpus* denominado representações sociais acerca do diabetes mellitus, em sua primeira partição uma divisão composta por quatro classes distintas, agrupadas em dois subcorpos. O primeiro, localizado a esquerda aglutinou as classes 1, 2 e 3, resultando em um campo conceituado “Aspectos psicossociais do diabetes”, que por sua vez se subdividiu resultando de um lado a classe 1, intitulada: Definição da doença e atribuições de responsabilidades; e do outro lado a junção das classes 2 e 3, conceituada Diabetes: diagnóstico e tratamento. O outro subcorpus foi constituído exclusivamente pela classe 4 denominada “Aspectos Nutricionais”. Nota-se que o agrupamento dos subcorpora à esquerda foi resultante de um bloco textual comum, o que permite inferir que suas classes possuem significados complementares, diferenciando-se do discurso da classe 4.

Figura 1 - Dendrograma com a Classificação Hierárquica Descendente e Ascendente das Representações sociais acerca do diabetes mellitus (N= 31).

CLASSE 1: Definição da doença e atribuições de responsabilidades 169 UCE- 59%			CLASSE 2: Descobrimdo o diagnóstico 39 UCE- 14%			CLASSE 3: Componentes para o tratamento: alimentação, medicação e atividade física 50 UCE- 17%			CLASSE 4: Aspectos Nutricionais 28 UCE-10%		
Palavra/ Atributo	χ^2	F	Palavra/ Atributo	χ^2	F	Palavra/ Atributo	χ^2	F	Palavra/ Atributo	χ^2	F
Gente	31	74	Exame	84	27	Tomar	36	59	Pão	105	13
Pessoa	27	59	Descobri	84	20	Passo	22	30	Integral	105	14
Trabalho	12	30	Fiz	33	16	Insulina	20	22	Café	84	12
Quer	11	39	Época	32	6	Jantar	19	6	Arroz	75	11
Diz	10	41	Sangue	32	6	Comprimido	19	8	Pedago	46	7
Sai	9	45	Glicose	19	6	Dieta	18	18	Bolacha	46	7
Digo	9	15	Diabetes	16	48	Dois	17	10	Evitar	28	4
Pego	8	11	Colesterol	15	4	Comendo	13	8	Mamão	28	4
Vejo	7	10	Rotina	13	3	Manda	11	8	Feijão	28	3
Dizento	7	11	Médico	11	27	Fazendo	9	9	Pequena	28	3
Falta	6	10	Dieta	11	20	Nutricionista	5	6	Suco	22	3
Vida	6	18	Sentia	32	9	Médico	5	20	Lanche	19	4
Problema	11	28	Três anos	32	5	Faço	28	27	Adocante	19	5
Derna	7	18	Pai	20	7	Boca	19	6	Macarrão	19	3
Fico	7	53	Sabe	14	15	Ir	16	6	Gosto	17	11
Vivo	6	56	Mãe	14	9	Baixa	14	11	Banana	14	3
Causa	6	12	Pedi	13	3	Para	14	9	Gordura	14	3
Seguro	6	9	Tio	13	3	Comença	12	9	Fruta	11	5
Andar	5	19	Família	6	3	Finco	11	8	Carne	11	3
Deu	5	15				Casa	11	13	Leite	11	3
Tenho	4	70				Chega	9	11	Açúcar	7	7
Conheço	4	8									
Homens, Casados, Uso de insulina			Idade entre 18 a 29 anos, Tempo de diagnóstico de 1 a 10 anos			Não usam insulina, Tempo de diagnóstico de 1 a 10 anos			Mulheres, Tempo de diagnóstico > 21 anos		

Fonte: Dados da Pesquisa.

Classificação Hierárquica Descendente e Ascendente

A classe 1, “Definição da doença e atribuições de responsabilidades”, foi composta por 169 UCEs (59%), sendo assim a que mais contribuiu na constituição do dendrograma e por palavras e radicais no intervalo e frequência significativa entre $\chi^2 = 31$; $f = 74$ (gente) e $\chi^2 = 4$; $f = 8$ (conheço). As variáveis - atributos que mais contribuíram com esta classe, foram: homens, casados e que fazem o uso de insulina. Conforme resultado da Classificação Hierárquica Descendente e Ascendente, é possível identificar duas subclasses separadas por uma linha pontilhada, a saber: (i) O paciente responsável por sua doença e (ii) O diabetes e suas repercussões. Inicialmente, observa-se o conteúdo relativo ao conceito do diabetes, assim como noções de responsabilidades, obrigações e consciência voltadas para o cumprimento do tratamento, conforme os seguintes relatos dos participantes.

“Não tenho muito conhecimento sobre o diabetes [...] é uma doença complicada, silenciosa [...] se a gente fizer tudo direito fica tudo em ordem [...] o tratamento tem que ter muita disciplina, é difícil não é fácil a vida da pessoa que tem diabetes [...] não posso me queixar do acompanhamento, não falta orientação é com a pessoa que não me ligar, não adianta a médica está

fazendo o trabalho dela orienta diz o que pode e o que não pode [...] me envolvo muito no problema dos outros, mas vejo que não me cuido [...] o diabetes tem jeito, só depende de mim”.

A segunda subclasse retrata sobre questões relacionadas as repercussões ou consequências decorrentes do diabetes, conforme os recortes:

“Se conscientizar que amanhã pode perder um dedo, uma perna ou braço, cegar, a gente pisa no freio dessas coisas e procura caminhar, correr, andar [...] ainda não me conformei, a gente corri o risco de ficar cega [...] penso que vou morrer depois que descobri essa doença [...] quando fico nervosa, fico transpirando bastante, já sei que é a pressão que subiu”.

A Classe 2, “Descobrimo o diagnóstico”, foi composta por 39 UCE (14%) e por palavras e radicais no intervalo e frequência significativa entre $\chi^2 = 84$; $f = 27$ (exame) e $\chi^2 = 6$; $f = 5$ (família), identificados na fala dos participantes com idades entre 18 a 29 anos e com tempo de diagnóstico variando de 1 a 10 anos. Conforme o agrupamento de palavras é possível visualizar duas subclasses: a primeira que foi intitulada: “exames de rotina”, nesta classe, os participantes relataram acerca do desconhecimento do diabetes, bem como o processo pelo qual descobriram o diagnóstico da doença, quer tenha sido por meio de exames de rotina, ou até mesmo utilizando um glicosímetro (aparelho de medida de glicose capilar na ponta de dedo) em suas residências, conforme as seguintes UCEs.

“Eu ouvia muito falar em diabetes, mas não sabia o que era também não me cuidava, minha mãe era, mas também não me interessava pelo problema [...]descobri com o exame de rotina a médica pediu de colesterol, triglicerídeos, glicose [...]descobri na casa de uma amiga que tem diabetes, ela falou que ver tua taxa, eu disse não, não tenho nada”.

Asegunda subclasse trata do “caráter hereditário do diabetes”, como pode se observar nos seguintes relatos.

“Descobri há quinze anos, devido ao falecimento dos meus pais eles tinham, minha avó, tio [...] o histórico da minha família foi muito dolorido, meu pai, minha mãe, meus tios, minhas tias, morreram todos de diabetes e câncer”.

A classe 2 esteve ainda ancorada na esfera emocional conforme os relatos que se referem ao diabético como sinônimo de tristeza, choro, sofrimento, pensamentos de morte e depressão.

“Me tornei uma pessoa triste e enfrento muita depressão depois que descobri a diabetes [...] ser diabética é muito triste, tenho vontade de chorar é uma doença que mata aos pouquinhos [...] na minha cabeça passa muita coisa ruim, pra mim é morte e sofrimento”.

A classe 3 “Componentes para o tratamento: medicação, alimentação e atividades físicas”, foi composta 50 UCEs(17%) e por palavras e radicais no intervalo e frequência significativa entre $\chi^2 = 36$; $f = 59$ (tomar) e $\chi^2 = 9$; $f = 11$ (chega). As variáveis-atributos que mais contribuíram com esta classe foram; os participantes que não usam insulina e com tempo de diagnóstico variando de 1 a 10 anos. Nessa classe, segundo a CHA é possível verificar duas subclasses na primeira encontra-se relatos que demonstram a “adesão ao tratamento”, conforme as UCEs;

“Faço a dieta e caminhada, estou comendo de três em três horas, me cuidando melhor e tomando a medicação [...] controlo a minha com insulina, tomo quatro vezes no dia, duas doses de manhã, antes do almoço e do jantar e o comprimido [...] faço as dietas direitinho, antes passei duas semanas seguidas comendo verdura no almoço e no jantar e tomando os medicamentos e foi baixando”.

Por outro lado, a segunda subclasse foi referente a “não adesão ao tratamento”, os participantes atribuem esse fato a indisciplina, a intercorrências físicas por exemplo dores e fraqueza, devido ao medicamento interferir na ingestão de bebida alcoólica e a outras justificativas, conforme relatos a seguir;

“Não faço dieta, mas estou tomando medicamento metformina, antes do almoço e depois do jantar [...] quando viajo não tomo remédio, porque gosto de tomar uma cervejinha [...] as vezes faço dieta, acho que todo diabético é indisciplinado [...] fiz os exames e fiquei tomando o medicamento, achei que estava bem e tirei o metformina por minha conta, quando voltei ao médico já estava muito alta e passei a tomar insulina [...] a médica me mandou caminhar teve um tempo que fiz, mas parei já caminho do ponto do ônibus até minha casa [...] não faço nenhuma atividade física, começo a caminhar e de repente paro [...] não faço atividade física porque as vezes estou com a coluna doendo [...] não aguento fazer academia porque me sinto muito fraca”.

A classe 4, “Aspectos nutricionais”, foi composta por 28 UCE (10%), sendo a que menos contribuiu, apresentou palavras e radicais no intervalo e frequência significativa entre $\chi^2 = 105$; $f = 13$ (pão) e $\chi^2 = 7$; $f = 7$ (açúcar), representada pelas mulheres com mais de 21 anos de doença. Esse grupo apontou para a descrição dos alimentos que compõe a dieta, horários e quantidades, além de algumas técnicas caseiras para diminuir a glicose do organismo, como pode ser ilustrado no trecho a seguir.

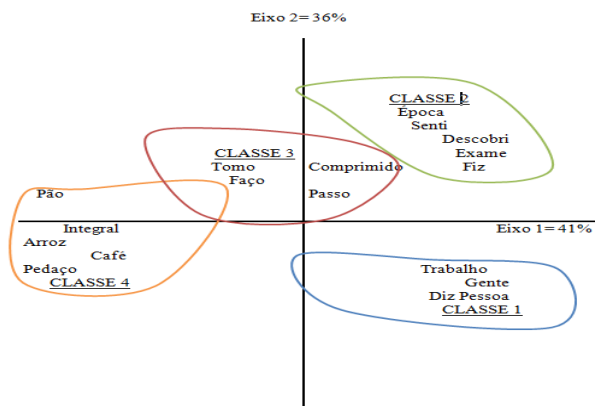
“Minha dieta é assim de manhã meu café é banana, um pedaço de mamão, não tomo café, tomo muito suco com adoçante, eu gosto de comer pão, mas o médico disse que não posso comer, mandou comer um ou dois durante a semana e integral [...] como assim tudo integral bolacha, arroz, carne magra, verdura, fruta costumo comer duas, três, até quatro vezes como a nutricionista informa [...] tudo tem que ser um pedacinho pequeno e em pouca quantidade [...] tomo água de quiabo faz fazem uns seis meses”.

Por outro lado, os participantes dessa classe também relataram alguns alimentos que não devem ser ingeridos, como descrito nas UCE abaixo: “Tem muitas coisas que não podemos comer, assim gordura, comida doce, com muito açúcar, muitos sucos, a não ser com adoçante [...] como as vezes um pedacinho de bolo [...] não como tudo medidinho, como meio avançado”.

Análise Fatorial de Correspondência

O Alceste realizou também, a Análise Fatorial de Correspondência (AFC), resultando no plano fatorial demonstrado na Figura 2. Tal figura demonstra o traçado de dois eixos, que juntos explicaram 77% da variância total das UCE, contendo as oposições entre as quatro classes. O conteúdo das falas dos participantes distribui-se em quatro zonas ou conglomerados, de modo não aleatório e correspondente às formas específicas das classes, conforme observa-se na Figura 2.

Figura 2 – Análise Fatorial de Correspondência gerada pelo ALCESTE.



Fonte: Dados da Pesquisa.

Na linha horizontal, o eixo 1 revela as maiores cargas fatoriais identificadas no Alceste, explicando 41% da variância total das UCE. Nesse eixo, no lado negativo ou à esquerda da Figura 2, destacam-se as palavras aglutinadas na classe 3 (tomo, comprimido, faço e passo), apreendidas no discurso dos participantes que não usam insulina e com tempo de tratamento de 1 a 10 anos. Deste mesmo lado do eixo posicionam-se também, as palavras com maiores cargas fatoriais agrupadas na classe 4 (pão, integral, arroz, café e pedaço), que emergiram dos participantes do sexo feminino e com mais de 21 anos de diagnóstico do diabetes.

Com relação ao eixo 2, na linha vertical da Figura 5, destacam-se dois agrupamentos de palavras, que explicam 36% da variância total das UCE. Nele emergiram dois campos semânticos: um, no plano superior, com as contribuições dos pacientes com idades entre 18 a 29 anos e com tempo de diagnóstico variando de 1 a 10 anos, da classe 2 (época, senti, descobri, fiz e exame); e, por contraste, no plano inferior, posicionam-se as palavras oriundas dos participantes do sexo masculino, casados e que fazem uso de insulina, categorizadas na classe 1 (trabalho, gente, diz e pessoa).

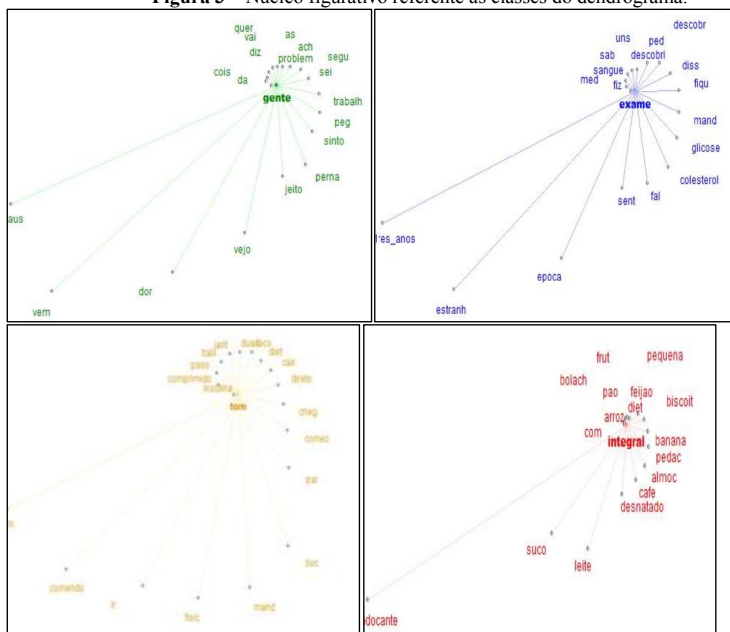
Nos resultados da AFC sobressaem os espaçamentos ou distâncias euclidianas entre as quatro classes, dispostas no plano fatorial. Assim, pode-se perceber o distanciamento do discurso dos participantes do sexo feminino e que não fazem uso de insulina, que foram mais expressivos nas classes 3 e 4, que estiveram voltadas para as questões do tratamento como dietas, medicamentos e atividades físicas. Em contrapartida, nas classes 1 e 2 encontraram-se o discurso dos pacientes do sexo masculino e que fazem uso de insulina, os quais se referiram

ao momento da descoberta do diagnóstico, as atribuições de responsabilidades e da consciência voltadas para o cumprimento do tratamento, infere-se que esses pacientes tenham negligenciado alguns aspectos do tratamento culminando no uso da insulina, hormônio este que promover a entrada da glicose mais rapidamente no organismo.

Núcleo Figurativo

Para complementar os resultados obtidos por meio da CHDA e AFC, pôde-se visualizar o **núcleo figurativo** presente em cada classe do dendrograma. (Figura 3).

Figura 3 – Núcleo figurativo referente as classes do dendrograma.



Fonte: Dados da Pesquisa.

O núcleo figurativo se refere ao estudo das RS por meio da apreensão de sua estrutura (SARAIVA; COUTINHO, 2013). Para Moscovici (2012, p. 72) “as imagens que foram selecionadas, devido a sua capacidade de ser representadas, se mesclam, ou melhor, são

integradas no que eu chamei de um padrão de núcleo figurativo, um complexo de imagens que reproduzem visivelmente um complexo de ideias”.

A estrutura representacional em torno do núcleo ou esquema figurativo, que é a parte mais estável e resistente a mudança da representação, formada por cognições que dão significado aos demais elementos. O conteúdo do núcleo figurativo são os mais relevantes para o assunto, que expressam as vivências dos atores sociais com o objeto representado (ABRIC, 2002). Destarte, conforme os diagramas da Figura 3 observa-se que o núcleo figurativo compreendeu os elementos, *gente, exame, tomar e integral*, sugerindo que estes participantes se autoresponsabilizam pelo tramento e complicações decorrentes da negligência deste, o diagnóstico do diabetes é evidenciado por meio da realização de exames e que o principal alicerce para o tratamento seria a ingestão da insulina e medicamentos, aliada a uma alimentação com base nos ingredientes integrais.

DISCUSSÃO

Adotando-se como referência o dendrograma (Figura 1), o plano fatorial de correspondência (Figura 2) e o núcleo figurativo (Figura 3), percebe-se que as classes temáticas e suas respectivas denominações formaram um guia, a partir do qual se tornou possível analisar as RS acerca do DM elaboradas por pessoas diabéticas.

Conforme as narrativas dos participantes que compuseram a classe 1 (homens, casados e que fazem o uso de insulina) observa-se que o conceito do diabetes no senso comum apresenta-se equivalente ao conhecimento científico, por ser caracterizada como uma doença complexa e assintomática em seu início, a qual requer disciplina em seu tratamento. Os pacientes alegam que apesar de serem orientados pela equipe médica acerca de como procederem frente a doença, os mesmos não se cuidam como deveriam, e pensam que a iminência de graves consequências como é o caso da perda de membros ou da visão funcionaria como um gatilho para o autocuidado.

É possível verificar que nesta classe o diabetes foi ancorado na percepção das responsabilidades e obrigações voltadas para o risco em desenvolver as consequências decorrentes da doença, esta categorização voltada para o conhecimento médico, levou em consideração tanto o estágio inicial do diabetes quanto seus aspectos mais graves como é o caso de amputações. Por se tratar de uma doença silenciosa, reconhecida apenas após o agravamento de sua sintomatologia, Brasil (2013) afere que metade da população que tem o diabetes desconheçam seus sintomas. Para Stuhler (2012) as dificuldades decorrentes do

diabetes podem estar relacionadas a complicações incapacitantes, que comprometem a produtividade, qualidade de vida e sobrevida, ocasionando impactos psicossociais na vida das pessoas.

Esses participantes se auto responsabilizaram pelo bom andamento do tratamento e por mudanças em seu estilo de vida, uma vez que recebem as orientações da equipe de saúde. Diferentemente de outras doenças como por exemplo a Aids que a culpa é transferida para o outro, nesse contexto foi visto que os participantes assumem a própria culpa por não darem a devida importância a terapêutica. De acordo com Ribas et al. (2013) alguns participantes reconhecem as orientações médicas como um recurso positivo para o enfrentamento da doença, tomando sua parcela de responsabilidade pela não aderência de medidas que poderiam favorecer um melhor controle metabólico. Nesse caso, compreende-se a assunção de uma postura resignada, devido à dificuldade de romper o movimento inercial e instaurar as mudanças necessárias nos hábitos de vida.

Essas pessoas são as que exigem uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde, objetivando instruí-los a se moverem para uma posição de maior engajamento em hábitos saudáveis. Como também, já que existe uma representação positiva do atendimento, é preciso tirar proveito desse benefício e trabalhar no sentido de fortalecer a crença desses pacientes em sua capacidade de superar as barreiras que obstruem o acesso às mudanças almejadas (RIBAS et al., 2013).

De acordo com Marcelino e Carvalho (2005) o paciente pode ter consciência da importância de um bom controle sobre a doença e consequências, mas, ainda assim, não se ajudar e burlar o tratamento. Isto ocorre porque além de ter consciência do diabetes e de suas repercussões, a doença física abrange diretamente o emocional e este não é determinado apenas por aspectos conscientes. O emocional é constituído por aspectos mais profundos internamente e inconscientes, que podem impedir um bom controle da doença se esta não for internamente aceita.

No que tange a classe 2, os participantes com idades entre 18 a 29 anos e com tempo de diagnóstico variando de 1 a 10 anos, ancoraram o diabetes nos fatores relacionados ao diagnóstico. As objetivações mais prevalentes foram: acerca da falta de conhecimentos sobre o diabetes; referentes à descoberta da doença por meio de exames, ou direcionada a fatores hereditários, visualizados após a morte de familiares.

Segundo Rodrigues et al. (2012) a falta de conhecimento acerca do diabetes pode estar relacionada à baixa escolaridade. O presente estudo corrobora com essa informação, pois dos 31 entrevistados, 28 estudaram até o ensino fundamental. Os poucos anos de estudo podem

colaborar também com a não adesão ao plano terapêutico pela dificuldade para ler e entender a prescrição, aumentando, assim, os riscos à saúde. Além disso, o baixo nível de escolaridade pode limitar o acesso às informações, provavelmente em razão do comprometimento das habilidades de leitura, escrita e fala, bem como à compreensão dos complexos mecanismos da doença e do tratamento (RODRIGUES et al., 2012).

A descoberta do diabetes revelada por meio de exames médicos periódicos aponta para seu processo natural de evidência conforme Barsaglini (2011). A identificação pode, ainda, se dar por acaso, surpreendendo a pessoa devido à ausência de manifestações objetivas ou subjetivas, embora validada inicialmente pela confirmação laboratorial (BARSAGLINI, 2011). Nesse estudo, essa descoberta acidental foi vista por meio da utilização do glicosímetro em casa.

Os participantes evidenciaram também a questão hereditária, embora exista um incremento no número de casos, notadamente, devido aos hábitos atuais da população, assinalados pelo sedentarismo e alimentação inadequada (WHITING et al., 2011). Talvez o conhecimento que falta acerca dos principais fatores que desencadeiam o diabetes pudesse contribuir para um melhor nível de prevenção uma vez que a doença é causada por fatores ambientais e hereditários.

O fator emocional, que a doença acarreta nessas pessoas também ficou evidente nesta classe, por meio das objetivações: “tristeza, choro, sofrimento, pensamentos ruins, depressão e morte”. Destaca-se que foi por meio dessas expressões que os participantes deram materialidade à realidade emocional vivenciada após o diagnóstico do diabetes.

De acordo com Peres et al. (2008) apresentar condição crônica de saúde envolve diversas mudanças nos hábitos e na vida cotidiana dos indivíduos, o que pode ser extremamente penoso e difícil de aceitar. Receber o diagnóstico de uma doença crônica, como o diabetes, desperta diversos sentimentos, reações emocionais e fantasias, que precisam ser conhecidos e compreendidos pelos profissionais de saúde. As objetivações ressaltadas pelos participantes deste estudo estão em consonância com o estudo de Peres et al. (2008) ao investigar as RSacerca do diabetes em mulheres que vivem nessa condição de doença, as quais relataram que o diagnóstico foi marcado com tristeza, raiva, revolta e choque.

A instabilidade emocional que por ventura foi desencadeada no momento da notícia da doença pode perdurar posteriormente, interferindo no controle metabólico dessas pessoas. Para Santos et al. (2011) esses sentimentos negativos, quando cristalizados, podem predispor à formação de sintomas depressivos, como baixa autoestima, desânimo, desesperança, baixa expectativa frente ao futuro, perda de tônus vital e de interesse pelas atividades diárias –

incluindo aquelas consideradas importantes para a manutenção de um bom controle metabólico.

Na classe 3, os participantes que não usam insulina e com tempo de diagnóstico variando de 1 a 10 anos, ancoraram o tratamento para o diabetes no conhecimento biomédico e, por conseguinte, pode-se identificar a visibilidade desse conhecimento por meio das objetivações: dieta, medicação e atividade física, notou-se que o conteúdo da fala dessas pessoas, esteve em torno do cumprimento ou não do tratamento proposto, ficando explícito, um descuido maior em relação aos exercícios físicos.

Consonante a Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD (2015) o objetivo principal do tratamento é atingir o controle glicêmico, recomendado que seja de até (110 mg/dL) em jejum e em torno de (150 mg/dL) duas horas pós-prandial, desta forma, o tratamento é respaldado conjuntamente em medidas com e sem medicamentos. As primeiras, compreendem os remédios e a insulina e a segunda, o plano alimentar no qual os indivíduos diabéticos conhecem quais os tipos de alimentos, quantidades e frequência devem ser ingeridos e de atividades físicas.

Apesar dos participantes relatarem seguir ou não a dieta e as atividades físicas, a ingestão da medicação foi unanimidade. Nessa conjectura, a medicação parece ser a base do tratamento, em função de sua legitimidade e do reconhecimento de seus resultados no controle do diabetes (BARSAGLINI, 2011). Por se tratar de uma doença de longa duração, esta, por sua vez, necessita de comprometimento com a terapêutica, exigindo da pessoa capacidade de enfrentamento durante toda a sua vida. Por vezes, o compromisso de seguir ou o desejo de interromper o tratamento, mesmo que seja momentaneamente, está sempre presente no cotidiano da pessoa diabética (PERES et al., 2008).

No que tange a prática da atividade física estes informaram que realizam caminhada, seja formalmente como uma atividade organizada e disciplinada, oferecida por estabelecimentos públicos e privados, ou de modo informal praticando uma atividade similar, por exemplo, caminhando do ponto do ônibus até a residência. De acordo com Barsaglini (2011) embora a participação das pessoas com diabetes em atividades físicas organizadas não seja tão comum, muitas dessas pessoas garantem praticar atividades similares no próprio espaço doméstico como: limpar, lavar, cozinhar, ir e voltar a pé para o trabalho, passear com animais ou cuidar de familiares.

Na classe 4, o diabetes foi ancorado em seus aspectos nutricionais e objetivado na descrição dos alimentos que compõem a dieta, horários e quantidades, e algumas técnicas caseiras para diminuir a glicose do organismo. Além disso, nessa classe também foi possível

perceber a propagação como sistema de comunicação determinante do conteúdo e da forma das objetivações elucidadas. Nesse caso as mensagens foram produzidas e se dirigiram aos próprios membros do grupo, percebendo que alguns membros do grupo adotaram atitudes em seguir a dieta em detrimento aos demais participantes, de manter a postura de não realizar a mesma (SARAIVA; COUTINHO, 2013; MOSCOVICI, 2012).

A quantidade de alimento foi expressa utilizando palavras do tipo: “pedacinho pequeno”, “medidinho” e “pouca quantidade”; nesse caso, as RS acerca do diabetes estiveram voltadas para a ideia que as pessoas com essa doença devem ingerir pouca quantidade de alimentos. No estudo de Ribas, Santos e Zanetti (2011) para os participantes da pesquisa o conceito de estar bem alimentado se encontrou relacionado à quantidade (e não à qualidade) de alimentos consumidos, inferindo-se que comer pouco ou com moderação não é sinônimo de estar bem alimentado.

Essa categoria de análise remete à compreensão de que a fome é saciada e formulada em termos culturais, sociais, econômicos e históricos. Alimentar-se consiste em uma necessidade humana básica, mas também configura um ato social. Quanto, o quê, quando, como, onde e com quem se come, além das prescrições e proscições alimentares, são fatores determinados pela cultura. Além disso, as práticas, classificações e representações da alimentação demonstram o *status* de um indivíduo em uma dada sociedade. Nesse sentido, o alimento pode ser interpretado como linguagem, como texto cultural que traduz as visões de mundo, da família, do corpo, do trabalho e das relações sociais (MENASCHE; MARQUES; ZANETTI, 2008).

Estudar a alimentação pelo referencial das representações sociais significa entender que a pessoa, em seu contexto social e cultural, escolhe também os alimentos para compor sua alimentação de acordo com seus aspectos subjetivos, da maneira que julga ser correta e da forma como traduz as orientações transmitidas pelos profissionais de saúde (RIBAS, 2009).

Os alimentos que devem ser evitados são descritos como gordurosos ou repletos de açúcar, sugerindo o desejo de ingestão dessas comidas não saudáveis. Coelho e Amaral (2008) recomendam que as pessoas com DM devem aprender o autocontrole e seguir as instruções estabelecidas pela equipe de saúde, com o intuito de instalar e manter os comportamentos de seguimento do tratamento. A conduta de ingerir alimentos não permitidos ou restritivos à dieta pode ocasionar muitas implicações negativas em longo prazo, como, por exemplo, o aumento de peso e, conseqüentemente, a falta de controle da doença, embora também existam conseqüências reforçadoras em curto prazo, que sejam efetivas ao fortalecimento do comportamento de ingerir alimentos inadequados.

Por fim, os participantes também relataram a utilização de técnicas caseiras, como foi o caso da “água de quiabo” para somar no tratamento do diabetes. Segundo Barsaglini (2011) é comum que as pessoas com diabetes façam uso de estratégias coadjuvantes para gerenciarem o tratamento como, por exemplo: chás caseiros, medicamentos naturais e orações. Evidentemente, o emprego desses recursos terapêuticos alternativos não exclui o uso dos medicamentos.

A partir da análise padrão do Alceste, da AFC e do núcleo figurativo, observou-se o conteúdo das RS acerca do diabetes elaboradas pelos participantes da pesquisa. De modo geral, observou-se que o conhecimento do senso comum das pessoas diabéticas esteve respaldado no saber biomédico, no que tange a descoberta do diagnóstico, as práticas que envolvem o tratamento e as complicações decorrentes dessa doença. Tais representações encontram-se relacionadas com as adversidades psicossociais vivenciadas, no contexto do diabetes, por esse grupo de pertença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o objetivo principal de analisar as representações acerca do diabetes mellitus elaboradas por pessoas diabéticas, o presente estudo permitiu o resgate do saber do senso comum, com a evidência das diferentes concepções, sentimentos, atributos e imagens que permearam toda a construção do conhecimento, bem como possibilitou compreender como essas pessoas percebem essa problemática e como orientam suas condutas frente à doença, contribuindo para o entendimento global do DM.

O diabetes mellitus foi representado como uma doença silenciosa, complexa e multifacetada, cujo diagnóstico é evidenciado tardiamente, devido à ausência de sintomas específicos e ao desconhecimento da síndrome. Outrossim, verificou-se por meio das narrativas a suscetibilidade dos diabéticos estarem propícios a comorbidades físicas assim como a instabilidades emocionais que por ventura tenha sido desencadeada no momento da notícia da doença podendo perdurar posteriormente, interferindo no controle metabólico dessas pessoas.

Quanto ao tratamento, verificou-se que este foi norteadado na tríade: medicamentos, dieta e atividades físicas, apesar da falta de rigor no engajamento dos exercícios. De modo amplo, observou-se que a falta de comprometimento para a terapêutica gera um sentimento de auto culpabilização, principalmente quando os diabéticos se veem na iminência de graves consequências, como é o caso da perda de membros ou da visão.

Diante do exposto, a RS da doença para esse grupo foi organizada conforme o conhecimento biopsicoemocional. Os resultados apontam para a importância de uma abordagem interdisciplinar que enfoque o suporte psicossociológico voltado para elaboração de estratégias que possam ser adotadas frente ao controle e cuidado do diabetes, que vislumbrem principalmente maiores esclarecimentos acerca das causas e consequências dessa doença, assim como práticas de incentivos à realização de atividades físicas.

Implica-se que tais práticas considerem a influência da particularidade do contexto social e cultural vivenciado pelas pessoas com diabetes, visando evitar uma postura meramente de submissão aos princípios biomédicos. É importante que esse grupo possa ser levado a refletir acerca da aceitação da doença e de seus intentos comportamentais frente ao tratamento. Por fim, sugere-se o desenvolvimento de estudos voltados para o processo de resiliência, qualidade de vida e bem-estar subjetivo, visando focar como esse grupo de pertença supera as adversidades oriundas desse contexto.

Cabe ainda mencionar que a presente pesquisa aponta como limitação a impossibilidade de generalização dos resultados para outras amostras, uma vez esses achados fazem alusão a um grupo exclusivo de diabéticos, localizados em um contexto específico. Pode-se citar ainda, enquanto limitação, o uso exclusivo de um único instrumento para apreender as representações sociais, todavia, tais limitações não invalidam os achados previamente descritos.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. D. O estudo experimental das representações sociais. In: Jodelet, D. (Org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro, RJ: UERJ, 2002, p.155-172.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION [ADA]. **Diabetes mellitus**, 2016. Disponível em <<http://www.diabetes.org/are-you-at-risk/prediabetes/?loc=superfooter>>. Acesso em: 01 dez. 2016.

AMORIM, M. M. A. et al. Identity representation of people with diabetes. **Qualitative health research**. v.24, n. 7, p. 913-922, 2014.

BARSAGLINI, R. A. **As representações sociais e a experiência com o diabetes: um enfoque socioantropológico**. Editora FIOCRUZ, 2011.

_____. CANESQUI, A. M. A alimentação e a dieta alimentar no gerenciamento da condição crônica do diabetes. **Saúde e Sociedade**. v. 19, n. 4, p. 919-932, 2010.

BIASI, J. B. **Representação social dos portadores de diabete acerca das orientações nutricionais prestadas pela equipe de saúde da família**. 2011. 28f. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade do Sul de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília (DF), 2013.

COELHO, C. R.; AMARAL, V. L. A. R. Análise de contingências de um portador de diabetes mellitus tipo 2: estudo de caso. **Revista de Psicologia da Universidade São Francisco**.v.13, n.2, p. 243-251, 2008.

COELHO, M. S.; SILVA, D. M. G. V.; PADILHA, M.I.S. Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**.v.43, n.1, p. 65-71, 2009.

COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E. R. A. Teoria das representações sociais. In ALVES, N. T. et al. (Orgs.). **Psicologia: reflexões para ensino, pesquisa e extensão**. João Pessoa, PB: Editora Universitária, 2013, p. 73-114.

_____. **Depressão infantil e representações sociais**. 2 ed. João Pessoa: Editora Universitária/ UFPB, 2005.

INTERNACIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **Diabetes mellitus, 2015**. Disponível em <<http://www.idf.org>>. Acesso em: 15 de nov. 2016.

LECLAIR, C. et al. Healthy adolescents' social representations of diabetes. **Canadian Journal of Diabetes**.v. 33, n. 3, p. 170- 179, 2009.

MANTOVANI, A. M. et al. Estudo comparativo das representações sociais sobre diabetes mellitus e pé diabético. **Cadernos em Saúde Pública**.v. 29, n. 12, p. 2427-2435, 2013.

MARCELINO, D. B.; CARVALHO, M. D. B. Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**.v. 18, n. 1, p. 72-77, 2005.

MENASCHE, R.; MARQUES, F. C.; ZANETTI, C. Self-consumption and food security: family agriculture based on eating knowledge and practices. **Revista de Nutrição**. v. 21, p. 145-158, 2008.

MINAYO, M. O. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: Investigações em psicologia social**. 7 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

OLIVEIRA, J. E. P.; VENCIO, S. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/ Sociedade Brasileira de Diabetes**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

PÉRES, D. S. et al. Representações sociais de mulheres diabéticas, de camadas populares, em Relação ao processo saúde-doença. **Revista Latino-americana de Enfermagem**.v. 16, n. 3, 2008.

RIBAS, C. R. P.; SANTOS, M. A.; ZANETTI, M. L. Representações sociais dos alimentos sob a ótica de pessoas com diabetes mellitus. **Revista Interamericana de Psicologia**.v.45, n. 2, p. 255-262, 2011.

_____. et al. Representações sociais de pacientes com diabetes mellitus sobre o atendimento por profissionais de saúde. **Revista Psico**.v. 44, n. 1, p. 139-149, 2013.

RIBEIRO, A. S. M. **Alceste: análise quantitativa de dados textuais**. Manual não publicado. Laboratório de Psicologia do Desenvolvimento Social. Brasília: Instituto de Psicologia, UNB, 2004.

RODRIGUES, F. F. L. et al. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**.v. 25, n. 2, p. 284-90, 2012.

RODRÍGUEZ, S. A. et al. Diabetes mellitus. **Medicine**.v. 11, n. 17, p. 995-1002, 2012.

SÁ, C. P. A **construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro, RJ: UERJ. 1998.

SANTOS, M. A. et al. Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**.v. 45, n.3, p. 651-658. 2011.

SARAIVA, E. R. A. **Violência contra idosos: aproximações e distanciamentos entre a fala do idoso e o discurso da mídia impressa**.2010. 273f. Tese de doutorado - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

SARAIVA, E. R. A.; COUTINHO, M. P. L.; MIRANDA, R. S. O emprego do Software Alceste e o desenvolvimento do mundo lexical em pesquisa documental. In:COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E. R. A. (Orgs.).**Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas**.João Pessoa, PB: Editora Universitária, 2011, p. 67-94.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. 3 ed. Itapevi, SP: A. Araújo Silva Farmacêutica,2015.

STUHLER, G. D. **Representações sociais e adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 2**.2012. 191f. Tese de Doutorado - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina.

TAVARES, B. C. et al. Resiliência de pessoas com diabetes mellitus. **Texto Contexto de Enfermagem**.v. 20, n. 4, p. 751-757, 2011.

WHITING, D. R. et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. **Diabetes Research and Clinical Practice**.v. 94, n. 3,311–321,2011.

CAPÍTULO 12 – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DO ESTRESSE OCUPACIONAL E DA QUALIDADE DE VIDA

Iany Cavalcanti da Silva Barros

Maria da Penha de Lima Coutinho

Márcio de Lima Coutinho

INTRODUÇÃO

O presente capítulo versa sobre as Representações Sociais identificadas pelos profissionais que atuam nas áreas administrativa e da saúde no contexto hospitalar acerca do estresse ocupacional e da qualidade de vida, nos seus fazeres profissionais em hospitais públicos e privados. A escolha de se trabalhar com dois grupos de profissionais se reverte pelo fato de que, nos contextos hospitalares, os processos estruturais são transcendidos na dinâmica da relação saúde trabalho, como um resultante da organização contínua que se dá em torno do produto cuidar (LEIDKE, 2002). Essa dinâmica associa-se a diferentes e múltiplas equipes de trabalho determinando características específicas. A interdependência entre as atividades executadas e as variadas profissões envolvidas, vai para além dos processos coletivos de trabalho e da necessidade de interação e comunicação contínua sobre as tarefas executadas.

O contexto da contemporaneidade tem sido marcado por grandes transformações, na medida em que as organizações laborais vêm intensificando a competição e buscando desenvolver melhores estratégias para manter-se no mercado. Diante desse cenário, têm-se requerido dos profissionais de saúde, novas competências e habilidades, além de formas diferenciadas de produzir e relacionar-se com o trabalho. Considera-se como ponto referencial que esse cenário direciona novas atitudes e comportamentos que emergem fatores relacionados ao estresse ocupacional e à qualidade de vida profissional, o que vão refletir sobremaneira, nos níveis individuais, sociais e profissionais de produtividade (SAUTER, 2005).

O estresse como um fenômeno laboral, é um problema generalizado, pois afeta os profissionais, a organização e a sociedade como um todo, e vem provocando impactos nevrálgicos devido à intensificação das exigências no trabalho, sendo considerado como traço característico da atual fase do capitalismo, e tem levado ao consumo desmedido das dimensões físicas e psicológicas dos trabalhadores. O estresse, nessa dimensão, pode ser

considerado um obstáculo, uma vez que poderá interceptar e desviar o fluxo de energia, gerando assim, uma ruptura no equilíbrio da qualidade de vida (ZILLE, 2010).

As contínuas transformações provenientes de situações econômicas e sociais tornam as pessoas mais vulneráveis às doenças psicoafectivas, psicossomáticas e orgânicas, ocasionando níveis de tensão e desconforto frente ao contexto em que estão atuando profissionalmente. Alguns dos grandes inimigos da saúde das pessoas não estão somente relacionados a uma crise ocupacional, uma perturbação emocional ou uma situação perigosa, mas também ao estado prolongado e constante de preocupação, alerta e ansiedade, que caracteriza uma forte carga de estresse.

Cada vez mais é reconhecida a relação de influência da atividade ocupacional sobre o bem-estar emocional e a qualidade de vida do profissional, o estresse advindo da insegurança gerada pelo medo do desemprego faz com que as pessoas se submetam a regime e contratos de trabalho precários, percebendo baixos salários e arriscando sua vida e saúde em ambientes insalubres, a exemplo do espaço ocupacional de um hospital, que demanda precariedade estrutural e alto risco. Atualmente o estresse é visto como um problema de saúde pública, econômico e social, que traz como consequência gastos para as organizações, instituições e governos.

O estresse e a qualidade de vida a partir da última década do século XX vêm se tornando mais prevalente, passando o primeiro a ser reconhecido nos Estados Unidos como uma das áreas prioritárias pela Agência Nacional de Pesquisa Ocupacional, envidando esforços conjuntos do Instituto Nacional de Saúde e Segurança Ocupacional e seus parceiros na realização e coordenação de pesquisas nessa área, como destaca Sauter (2005), e a qualidade de vida passando de 32% para 35% nos últimos anos, acarretando consequências negativas no funcionamento e na efetivação das instituições de saúde (LIPP, 2008).

A qualidade de vida é uma necessidade, para atender e dar respostas à pressão da vida moderna face às novas exigências de adaptação no trabalho. Por outro lado, o trabalho pode também, ser fonte de adoecimento quando, por exemplo, contém fatores de risco para a saúde, como é o caso das instituições hospitalares, que não dispõem de estratégias para se proteger destes riscos (MURTA; TRÓCCOLI, 2004). Tais exigências podem levar ao estresse ocupacional, definido como o estado emocional causado por uma discrepância entre o grau de exigências do trabalho e os recursos disponíveis para gerenciá-lo, comprometendo a qualidade de vida desses profissionais (GRANDJEAN, 2005).

O interesse crescente pelo construto estresse pode ser exemplificado, ainda, por indicadores de produção de conhecimento, associados aos esforços de integração e de

intercâmbio de pesquisadores e de profissionais interessados no tema. É um condicionante diretamente relacionado à qualidade de vida, por isso vem se tornando alvo de atenção dos pesquisadores (CHANLAT, 1990; COOPER, 2002, 2005; COUTO, 2000; KARASEK et al., 2000; LIPP, 2008; MORAES; MARQUES; PEREIRA, 2002, 2003; ROSSI; PERREWÉ; SAUTER, 2005; ZILLE, 2010).

O inter-relacionamento entre os construtos, estresse ocupacional e qualidade de vida, frequentemente abordados nos vários campos do saber, como sociologia, educação, administração, medicina, enfermagem, psicologia e demais especialidades da saúde e da organização, frente às adversidades advindas do contexto social, econômico e político ocasiona nos profissionais, que integram o contexto hospitalar, uma má qualidade de vida levando a um prejuízo a sua produtividade e desempenho no trabalho.

A prática dos profissionais em contextos hospitalares encontra-se associada a condições de trabalho propícias ao contato com a doença e a sequelas orgânicas, expondo a equipe de profissionais a fatores de risco de natureza física, química, biológica e psíquica sob o ponto de vista etiológico. Não obstante, faz-se necessário que cada vez mais se direcione um olhar com vistas a se conduzir os processos de trabalho, bem como, as mudanças que ocorrem, principalmente, na área da saúde, impondo uma postura de análise e reflexão em face dessas mudanças organizacionais. Formas de se evitar o estresse ocupacional e assim, promover o gerenciamento de ações que viabilizem a qualidade de vida trarão melhores condições de trabalho e desempenho desses profissionais que atuam em contextos hospitalares.

É oportuno, situar o estresse ocupacional e a qualidade de vida em face das variadas dificuldades originárias do ambiente social, organizacional, comportamental, psicossocial e cultural, juntamente com os fatores restritivos existentes nas instituições hospitalares, articulando-os com o nível de produção do senso comum, circulante do imaginário social desse grupo de pertença.

Este estudo aportado na Teoria das Representações Sociais (TRS) procurou não só estudá-lo mediante o aporte teórico, normativo e científico dessa teoria, mas promover um olhar diferenciado, estabelecido para a construção de um conhecimento prático e compartilhado por esses grupos formados por profissionais de áreas administrativa e da saúde em hospitais, procurando perceber as relações entre as representações, como elas surgem e em que medida uma define outra (COUTINHO; SALDANHA, 2005).

A teoria das representações sociais é uma abordagem psicossocial do conhecimento que procura ter uma compreensão do indivíduo em sua totalidade, identificado como um ser

que pensa, age e sente por meio de uma relação dialética com o meio circundante (COUTINHO; FRANKEN, 2009). Procura identificar que conhecimentos são construídos e elaborados por grupo de pertença, a exemplo dos profissionais que atuam em contextos hospitalares nas áreas administrativa e saúde, promovendo dessa forma uma função identitária, justificadora e facilitadora de sua comunicação.

Na perspectiva dessas autoras, o processo de construção das representações sociais acerca do estresse ocupacional e da qualidade de vida processa-se nas trocas de conhecimentos populares e científicos, através das experiências grupais e sociais que se repetem ao longo de vivências dos indivíduos em seus contextos de atuação.

Frente a esses argumentos, consideramos a teoria das representações sociais como aporte decisivo para elaborar, construir e tornar perceptíveis os significados e sentidos empregados pelos profissionais que atuam nas áreas já citadas no contexto hospitalar, bem como avaliar quantitativamente os referentes construídos, conforme já mencionado anteriormente. Nesse sentido, o objetivo definido desse estudo se caracterizou como apreender as representações sociais acerca do estresse ocupacional e da qualidade de vida, elaboradas pelos profissionais das áreas administrativa e saúde em contexto hospitalar. Definindo como objetivos específicos, identificar o perfil sociodemográfico dos participantes deste estudo, e verificar os consensos e dissensos das representações sociais elaboradas pelos profissionais das áreas administrativa e de saúde no contexto hospitalar.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de campo, descritivo ancorado na perspectiva multimétodo, que se caracterizou pela estratégia de triangulação concomitante. Considerando a vertente psicossociológica no campo da psicologia social, entende-se que ambos os métodos podem ser utilizados de forma integrada, contribuindo com informações idiossincráticas a cada abordagem metodológica e evidenciando o incremento de resultados científicos (COUTINHO; SARAIVA, 2011). Nesta abordagem, a coleta de dados quantitativos e qualitativos foi simultânea, isto é, permitiu ao pesquisador comparar os bancos de dados para determinar as divergências, diferenças ou alguma combinação, ou uma integração de diferentes abordagens e técnicas, qualitativas e quantitativas, num mesmo estudo (GÜNTHER, 2006).

Alguns autores se referem a essa combinação como *confirmação, desconfirmação, validação cruzada ou corroboração* (CRESWELL, 2010). A abordagem qualitativa se baseia

fundamentalmente na pesquisa voltada para o conhecimento de um objeto complexo: a subjetividade. Em torno desse objeto, os elementos estão implicados simultaneamente em diferentes processos constitutivos do todo, os quais modificam em face do contexto em que se expressa o sujeito, trabalhando com valores, crenças, representações, atitudes e opiniões aprofundando a complexidade dos fenômenos (GONZÁLEZ-REY, 2007).

Quanto à abordagem quantitativa aplica-se à dimensão mensurável da realidade e utilizada do ponto de vista social, para alcançar grandes aglomerados de dados, de conjuntos demográficos, classificando-os e tornando-os inteligíveis através de variáveis. É apropriada para gerar medidas que permitem uma análise estatística mais efetiva para medir opiniões, atitudes e preferências de comportamento sendo usada ainda para determinar o perfil de um grupo de pessoas, baseada em características comuns (LANDIM, 2010).

A pesquisa foi realizada em hospitais, público e privado, da cidade de João Pessoa, PB. Estes se caracterizam por serem hospitais de referência, sendo um dos critérios de escolha, o atendimento à comunidade em várias especialidades. A amostra foi do tipo intencional e não probabilística, constituída por 70 (setenta) profissionais com enquadramento de cargos nas áreas, administrativa e saúde. Possui a maioria do sexo feminino (66%), com idade variando entre 17 a 74 anos, com uma média de 39 anos representando (75%) profissionais da saúde.

Para a inclusão da amostra adotou-se os seguintes critérios, fazer parte do quadro dos profissionais do hospital; estar na tabela de enquadramento do cargo no grupo de saúde e no grupo administrativo, e ter pelos menos um 1 (ano) de trabalho na instituição.

No que refere-se a coleta de dados, foram utilizados 2(dois) instrumentos, a saber: questionário sociodemográfico, e entrevista semi-estruturada. O questionário sociodemográfico teve como função obter as variáveis sociodemográficas dos participantes da pesquisa, visando construir um perfil da referida amostra. As variáveis identificadas foram, estado civil, religião, escolaridade, profissão, tempo de formação, modalidade de hospital, tempo de trabalho no hospital, escala de trabalho, função, remuneração. Segundo Triviños (2010), o questionário é um instrumento mais categórico para abranger os processos e produtos na investigação qualitativa e quantitativa, sendo considerado entre as técnicas e métodos um dos instrumentos relevantes no campo das ciências sociais.

Destaca-se que esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa- CEP/ UNIPÊ em sua quadragésima reunião ordinária em 19 de julho de 2011, os gestores das instituições hospitalares foram contactados, com a finalidade de autorizar a aplicação dos instrumentos da pesquisa, obedecendo todos os aspectos ético e

metodológicos de pesquisa com seres humanos, de acordo com as normas e diretrizes vigentes da resolução.

Com a aprovação do comitê de ética e, após os gestores das instituições hospitalares aprovarem e autorizarem a pesquisa elaborou-se um cronograma parcial de atividades, levando-se em consideração as rotinas específicas de cada hospital para os dias de aplicação dos instrumentos *inlôcus*. Adotou-seas seguintes etapas junto a cada participante: (1) a identificação dos dados sociodemográficos de acordo com os critérios determinados para a sua inclusão na amostra; (2) explicação do objetivo da pesquisa, e (3) convite para os participantes se dirigirem ao espaço físico determinado para realização do processo. Os profissionais responderam aos instrumentos no horário de trabalho, parte desses acolheram o processo, e atentaram ser um espaço de liberação da tensão e momento de pausa no trabalho.

Os dados foram coletados individualmente, em uma sala reservada, em dias marcados antecipadamente, para melhor acomodação dos profissionais. Os instrumentos dispostos em um caderno de aplicação foram apresentados e respondidos de uma única vez num tempo médio de 40 (quarenta) minutos, seguindo a ordem (1) Questionário sociodemográfico, e (2) Entrevista semi-estruturada.

Na aplicação do questionário sociodemográfico, o procedimento de coleta obedeceu ao padrão de aplicação de um questionário. Apresentaram-se aos profissionais as variáveis para que fossem respondidas, esclareceram-se todos os aspectos, e com as informações e orientações solicitou-se para que fossem respondidos.

No que tange a investigação da entrevista semiestruturada, nesta fase, os participantes que concordaram em responder a entrevista permaneceram mais tempo no processo respondendo as questões de forma individual, contento quatro questões norteadoras, (1) *para você o que é qualidade de vida?* (2) *para você o que é o estresse?* (3) *em que aspecto do seu trabalho se aplica a qualidade de vida?* e (4) *quais situações, em sua prática profissional, você identifica fatores geradores de estresse?*. Eles foram convidados a responder as questões falando livremente após cada questão apresentada, as respostas foram gravadas, sendo garantido o sigilo das gravações e transcrições. Deu-se um tempo médio de 30 (trinta) minutos, considerando que os profissionais estavam em serviço, e não podia permanecer muito tempo ausente de seu posto de trabalho. No decorrer da entrevista, quando necessário, houve intervenção da pesquisadora para esclarecer dúvidas quanto aos objetivos da pesquisa.

Procedimento de Análise dos Dados

Os dados sociodemográficos foram processados pelo PASW (versão 18) realizando estatística descritiva (média, frequência e desvio padrão), que visa descrever as características da amostra pesquisada.

As interlocuções oriundas das entrevistas foram submetidas à Técnica de Análise Lexical de Palavras sendo processada pelo *software* ALCESTE (*Analyse Lexicale por Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*). Esses dados textuais foram processados de maneira automática à análise de diálogos, visando obter em uma primeira classificação estatística dos enunciados simples o *corpus* estudado (Reinert, 1993). As análises efetivadas neste estudo foram: (1) Classificação Hierárquica Descendente; (2) Classificação Hierárquica Ascendente.

A intenção subjacente do *ALCESTE* é que o sentido das sentenças pode ser captado se for possível identificar as palavras que aparecem juntas nas frases e que são expressas pelo maior número possível de sujeitos. O *ALCESTE* identifica classes de palavras que representam as diferentes formas de discurso a respeito do objeto da pesquisa (MARCOLINO; REALI, 2008).

Preparação do banco de dados

Para a preparação do banco o conteúdo das entrevistas foi colocado em um único arquivo, onde cada entrevista foi separada por uma linha de comando, iniciada com quatro asteriscos, seguidos pela codificação das variáveis sociodemográficas selecionadas, conforme mostra o exemplo a seguir:

```
**** *suj_01 *atu_1 *ida_4 *sex_1 *hos_1 *mod_2
```

Esta linha de comando apresenta os dados referentes as variáveis fixas: a primeira coluna apresenta o (suj_01), a segunda significa que o profissional atua na área de saúde (*atu_1), a terceira indica a idade acima de 39 anos (*ida_4), a quarta refere-se ao sexo feminino (*sex_1), a quinta menciona o tempo de atuação no hospital entre 1 e 5 anos (*hos_1) e a sexta e última variável, denota a modalidade do hospital privado (*mod_2).

Para introduzir os dados no *software* de Alceste as variáveis foram codificadas segundo o modelo descrito na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1 – Codificações das variáveis e níveis que constituíram o *corpus* do ALCESTE

VARIÁVEL	NÍVEL	CODIFICAÇÃO NO CORPUS
ÁREA DE ATUAÇÃO	Saúde	Atua_1
	Administrativo	Atua_2
FAIXA ETÁRIA	entre 18 a 24 anos	Idade_1
	entre 25 a 31 anos	Idade_2
	entre 32 a 38 anos	Idade_3
	39 anos em diante	Idade_4
SEXO	Feminino	Sexo_1
	Masculino	Sexo_2
TEMPO NO HOSPITAL	1 a 5 anos	Hosp_1
	6 a 11 anos	Hosp_2
	12 a 17 anos	Hosp_3
	18 em diante	Hosp_4
MODALIDADE DO HOSPITAL	Público	Modhosp_1
	Privado	Modhosp_2

Fonte: Dados da pesquisa.

Processamento do Banco

O *ALCESTE* executa o processamento do banco em quatro etapas. Na primeira, etapa chamada de A, o programa realiza a leitura do texto e o cálculo dos dicionários. O programa prepara o *corpus*, reconhece as UCIs, o *Alcestereformata* e divide o *corpus* em segmentos de tamanho similar chamados de unidades de contexto elementares (UCEs).

Na etapa B realiza o cálculo das matrizes de dados e classificação das UCEs, o conjunto das UCEs é repartido com base na frequência das formas reduzidas. Aplicou-se o método de classificação hierárquica descendente (CHD), esta análise propicia obter classes de UCEs que, apresentam vocabulários semelhantes entre si, e vocabulários diferentes das UCEs das outras classes, sendo, portanto, utilizado o teste *qui-quadrado* de associação das formas reduzidas e das UCEs às classes.

A etapa C fornece os resultados mais importantes, apresenta à descrição das classes de UCE escolhidas. O programa apresenta, também, o dendrograma da classificação hierárquica descendente (CHD), ilustrando as relações entre as classes. O programa executa cálculos complementares para cada uma das classes, e apresenta resultados que nos permitiu a descrição de cada uma das classes, principalmente, pelo seu vocabulário característico, denominado de léxico, e pelas suas palavras com asterisco, denominada de variáveis. O programa fornece uma análise fatorial de correspondência (AFC) feita a partir da

Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que representa as relações entre as classes em um plano fatorial com dois eixos.

A etapa D, chamada de etapa dos cálculos complementares, é um prolongamento da etapa C. Com base nas classes de UCEs escolhidas, o programa calcula e fornece as UCEs mais significativas de cada classe. A partir desta análise, é possível identificar as representações sociais oriundas dos participantes em função de seus grupos de pertença.

RESULTADOS

Os resultados ilustrados na Tabela 2 correspondente ao primeiro objetivo específico deste estudo, com relação ao perfil sociodemográfico dos participantes, podem ser observados a seguir:

Tabela 2 – Dados Sociodemográfico do perfil dos profissionais.

VARIÁVEIS	NÍVEIS	F	%
Área de atuação	Saúde	51	75
	Administrativo	19	25
Faixa Etária	18 a 24 anos	5	7,2
	25 a 31 anos	14	20
	32 a 38 anos	16	22,8
	Acima de 39 anos	35	50
Sexo	Feminino	40	63
	Masculino	26	37
Tempo no Hospital	1 a 5 anos	40	57
	6 a 11 anos	18	26
	12 a 17 anos	5	7
	Acima de 18 anos	7	10
Modalidade de Hospital	Público	32	46
	Privado	38	54

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 2 apresenta os dados dos participantes com as frequências e percentuais analisados. Observa-se que os participantes em sua grande maioria 75%, atuam nos contextos hospitalares vinculados à área de saúde. No tocante a faixa etária há uma maior concentração de 50%, acima de 39 anos. Analisando os dados no que concerne ao sexo, em sua maioria são mulheres, 63%. A maioria está atuando no hospital entre 1 a 5 anos, representando por 57% dos profissionais, e estão vinculados a hospitais privados, com 54% destes. Conhecer estas variáveis potencializou as análises que estruturou o estudo através do suporte teórico das representações sociais.

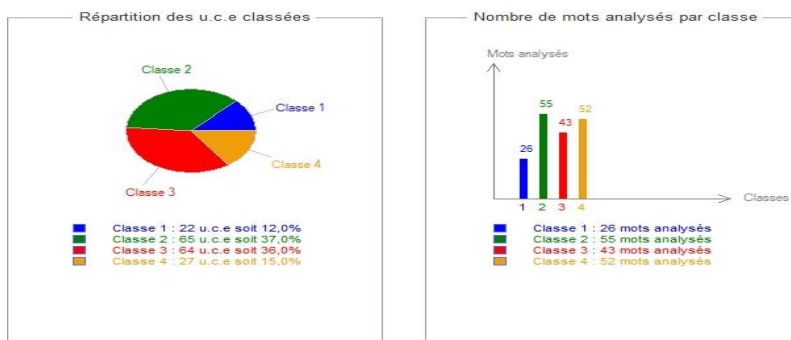
ANÁLISE DESCENDENTE HIERÁRQUICA

Os resultados das entrevistas, processados por meio da Análise Lexical do Alceste, foram advindos de um *corpus* constituído por 30 (trinta) entrevistas também denominado de Unidade de Contexto Inicial (UCI).

Após a decomposição da primeira etapa detectou-se um total de 12.174 (doze mil cento e setenta e quatro) palavras, sendo 2.076 (duas mil e setenta e seis) palavras diferentes, tendo em média 6 (seis) ocorrências por palavras. Para essa análise foram consideradas as palavras que atingiram a frequência igual ou superior a $\chi^2 > 3,84$, como recomendado pela literatura. Com a redução do vocábulo às suas raízes, foram encontradas 311 (trezentas e onze) palavras reduzidas e analisáveis, e o *corpus* reduzido a 9.121 (nove mil cento e vinte e um) unidades de contexto elementar (UCEs).

A análise hierárquica descendente (AHD) reteve 63 % (sessenta e três) por cento do total das UCEs do *corpus*, dando origem a 4 (quatro) classes.

Figura 1 - Distribuição das classes do *corpus* por UCEs e Quantitativo das palavras analisadas por classes.



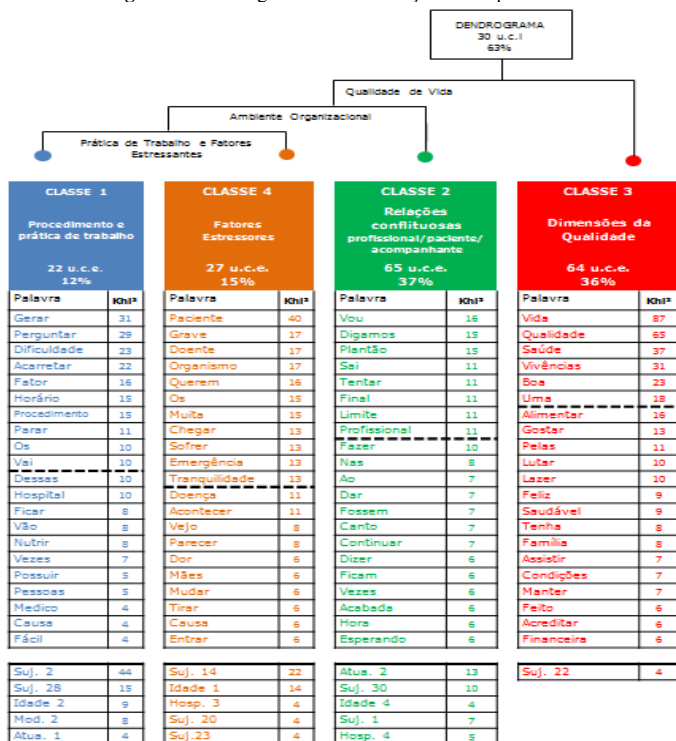
Fonte: Dados da pesquisa.

Na figura 1 observa-se que a Classe 1 apresentou 12% de aproveitamento denotando 22 palavras analisadas. Na Classe 2, 37% de aproveitamento associou-se a 65 palavras analisadas. A Classe 3 revelou 36%, reunindo 64 palavras analisadas. E, a Classe 4, com 15% apresentou 27 palavras analisadas.

A análise lexical das entrevistas realizadas com o grupo de profissionais que atuam nas áreas, administrativa e da saúde fez emergir o dendrograma de distribuição das referidas classes. Neste dendrograma observa-se os consecutivos agrupamentos originário da Análise Hierárquica Descendente, ou Análise de *Clusters*, dando origem a um aglomerado estruturado pelas Classes 1,2,3, e 4. A verificação de quatro Classes temáticas admite deduzir que para apreender as representações sociais do estresse ocupacional e da qualidade de vida, os profissionais da pesquisa fizeram relação com várias imagens ou categorizações, como assinala Moscovici (2010), classificada como uma teoria do senso comum.

De acordo com a figura 2 observa-se a distribuição da análise lexical em quatro classes distribuídas no dendrograma. Observa-se também que o *corpus* dividiu-se em dois *subcorpora*. Um deles associou-se diretamente a classe 3, o outro subdividiu-se numa segunda repartição com uma das extremidades aglutinando as classes 1 e 4, e a outra extremidade se associando a classe 2. Da segunda partição do *corpus*, emergiu assim dois grupos, o primeiro composto pelas classes 1 e 4, denominada de relações sócio profissional da equipe, e o segundo referente a classe 2, denominado de conflito no trabalho. Para nomeação das classes, conforme indicação da literatura, procedemos com a participação de três juízes que validaram as escolhas. A seguir apresentamos o dendrograma da Classificação hierárquica descendente.

Figura 2 - Dendrograma da classificação hierárquica descendente.



Dados da pesquisa.

Fonte:

A classe 1 denominada de “Procedimento e prática de trabalho” contendo 22 UCEs, com 26 palavras, representou 12% do *corpus*. Para caracterização desta classe, apresenta-se a seguir exemplos das interlocuções emitidas pelos participantes.

“... tenho que ter muita paciência para tratar dessas pessoas (4); estudei os nutrientes e procedimentos, algumas vezes proponho melhorias(3);ficam com medo que vai acontecer alguma coisa (3);deixar de fazer os procedimentos, isso tudo me desgasta, porque sou muito comprometido com o rendimento(4); é estressante porque tenho que ler o prontuário e muitas vezes encontram erros, os erros são em geral do médico, erro da nutrição, erro da enfermagem (4); o erro gera diminuição no ritmo de trabalho, ocasionando retrabalhado no procedimento das atividades (3); conflito, sobrecarga de trabalho, excesso de responsabilidade na mão de uns e não de outros (3)...”

A classe 2 nomeada “Relações conflituosas profissional/paciente/ acompanhante” com 65 UCEs, formada por 55 palavras, correspondente a 37% do *corpus*, conforme são ilustradas

algumas pseudofrases desta classe.

“... pagamento pequeno (2); temos que ter mais de um emprego (3); temos que estar completando sempre plantões (2); vai acumulando, gerando estresse (2); falta uma melhor coordenação nas atividades, principalmente nos dias mais cheios (3); voce fica apertado, vem as cobraças, seu dever com seu cargo de confiança daquilo que não pode falhar e nem decepcionar a diretoria (2); as cobraças vc recebe de quando se sente limitada, tem que fazer e terminar e muitas vezes não consegue cobrir (3); me senti muito estressado, quando chego no meu...”

A classe 3 designada “Dimensões da qualidade de vida” apresentando 64 UCEs, 43 palavras, contabilizando 36% do *corpus*.

“... saúde em primeiro lugar (4); boa alimentação, assistência médica (4); meu emprego, bom salario para manter a família (4); suprimento das minhas necessidades e do meu sustento (3); lazer, ter um trabalho que gere prazer (3); lhe traga condições para ter uma boa estrutura financeira (3); bem estar físico, emocional, mental e psicologico (2); gostar do que desenvolve, fazer bem feito, certinho (4); ser reconhecido como um bom profissional (2)...”

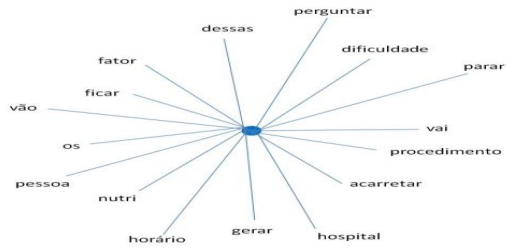
E, por último, a classe 4, denominada de “Fatores estressores”, com 27 UCEs, 52 palavras, correspondente a 15% do *corpus*.

“... ver paciente como pobres coitados (3); chega gente toda hora de outros hospitais e do interior (2); eles não avaliam se podem receber (4); os corredores ficam cheios e as emergência também (2); tem muitos gritos e correrias (3); baixa produtividade, leva a doenças graves (4); cuidar dos outros, como ela foi cuidada pela mãe (3); estamos trabalhando com pessoas sofridas...”

ANÁLISE ASCENDENTE HIERÁRQUICA

Quanto a análise ascendente observa-se que a classe 1 denominada de “*procedimento e prática de trabalho*”, composta por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 31\%$ (gerar) e $\chi^2 = 5\%$ (pessoa), foi subdividida em duas subclasses 2 (duas) subclasses, conforme figura 3. A primeira subclasse denominada de “fatores e dificuldades na prática profissional”, e a segunda subclasse revela aspectos “próprios dos hospitais públicos”, as dificuldades e carências estruturais e na gestão do grupo, considerando como esses profissionais recebem as demandas oriundas da liderança, na execução de suas atividades.

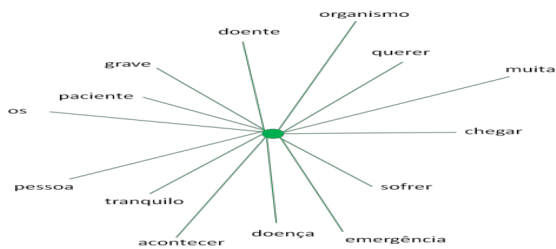
Figura 3 – Classificação Hierárquica Ascendente Classe 1.



Fonte: Dados da pesquisa.

Seguindo a interpretação das classes, a 2 “*relações conflituosas profissional/paciente/acompanhante*” foi composta por palavras e radicais num intervalo entre $\chi^2 = 16\%$ (vou, digo, plantão) e $\chi^2 = 5\%$ (para). As variáveis que mais contribuíram para a constituição dessa classe referem-se, os participantes que se mantém no hospital público entre 1 e 5 anos, com idade entre 25 a 31 anos. O agrupamento de palavras que desencadearam as duas subclasses, está disposto no dendrograma resultante na Classificação Hierárquica Ascendente, como apresentado na figura 4. A primeira subclasse denominada “limites”, mostra que as falas apresentadas que expressam correria, sair, chegar, dar, acabar, finalizar e dignidade. A segunda subclasse denominada de “conflitos no trabalho” está focada na conduta estabelecida nos plantões, horas perdidas, tentativas, esperas, fazer, dizer.

Figura 4 –Classificação Hierárquica Ascendente Classe.



Fonte: Dados da pesquisa.

Na Figura 5 identificamos a classe 3 “dimensões da qualidade de vida” composta por palavras e radicais que estão inseridas num intervalo entre $\chi^2 = 87\%$ (vida, qualidade) e $\chi^2 = 4\%$ (lugar, sobrevivência, cuidado).

De acordo com o dendrograma dessa classe, esta Figura mostra 3 (três) subclasses. A primeira identificada como “fatores condicionantes da QV”, representada pelas palavras luta, sobrevivência, lugar. A segunda nomeada de “aspirações para alcançar a QV”, representadas pelas palavras condições financeiras, lazer feliz, qualidade, vida. A terceira subclasse “busca por condições saudáveis de vida” denota um apelo aos cuidados e preservação com a saúde, a família, a alimentação.

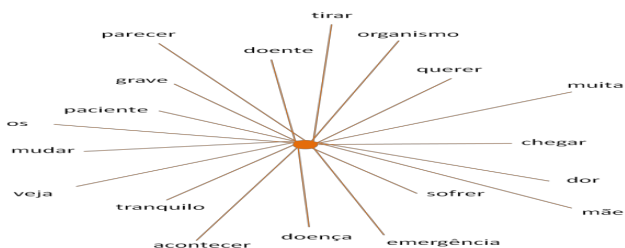
Figura 5 – Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 3.



Fonte: Dados da pesquisa.

A classe 4 “fatores estressores”, apresentou-se composta por palavras e radicais integrantes do intervalo entre $\chi^2 = 40\%$ (paciente) e $\chi^2 = 5\%$ (gente). A partir do dendrograma processado pelo ALCESTE, resultando na Classificação hierárquica ascendente, apresentada na Figura 7 constatou-se duas subclasses denominadas de “profissionais e pacientes” A primeira partição, e a segunda “profissionais e acompanhantes”. Nesta última, essa relação passa a ser desenvolvida de forma comprometida, gerando expectativas nos pacientes quanto aos procedimentos aplicados pelos profissionais.

Figura 6 – Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 4.

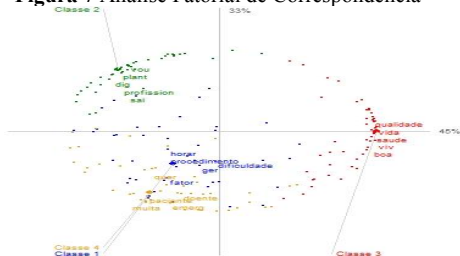


Fonte: Dados da pesquisa.

ANÁLISE FATORIAL DE CORRESPONDÊNCIA (AFC)

Pode-se verificar que a análise fatorial por correspondência, considerando a frequência de incidência de palavras e as classes, gera representações gráficas em plano cartesiano, na qual observamos as oposições entre as classes. O *ALCESTE* permitiu, na AFC, visualizar na forma de um plano fatorial, as oposições desencadeadas da Classificação hierárquica descendente, de acordo com a Figura 8 a partir das diferenciações entre os hospitais no plano fatorial, destacando-se assim, as suas particularidade perceber a projeção das variáveis atributos, e as quatro classes apresentadas. Destaca-se que os relatos estão compoendo hospitais públicos e privados.

Figura 7 Análise Fatorial de Correspondência



Fonte: Dados da pesquisa.

Na Figura 7 escolhemos ler as palavras com maior carga fatorial dispostas nos campos semânticos, distribuídas opostamente nos dois eixos (eixo 1 e eixo 2), sendo o eixo 1 (45%) e eixo 2 (33%) da variância total das UCE. Ainda sobre a Figura 7 observamos que o eixo 1, na linha horizontal, denota as maiores cargas fatoriais verificadas na análise, explicando em 45% da variância total. No eixo 1, no lado negativo, os dados que se apresentam à esquerda da

figura 8, as palavras aglutinadas pela classe 2 “relações conflituosas entre profissional/paciente/acompanhante”, foram apreendidas em hospitais públicos pelos participantes que trabalham a mais de 18 (dezoito) anos em oposição ao que foi obtido na classe 3.

DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, pode-se afirmar que os dados sociodemográficos dos participantes deste estudo corroboram com os estudos desenvolvidos por Dejours (2007); Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004); Borges e Yamamoto (2004), de que os profissionais dedicam a maior parte da sua existência ao trabalho. Esta atividade representa um dos aspectos mais relevantes da vida pessoal, não somente pela quantidade de tempo a ela consagrada, mas pela significação psicossocial da mesma, pois, o trabalho revela-se como um determinante fundamental do indivíduo, que não se separa dele.

As pesquisas de Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004); Lipp (2010); Reis, Fernandes e Gomes (2010); Tamayo et al. (2004), validam os resultados onde caracterizam o estresse ocupacional como o resultado de relações complexas entre condições de trabalho, condições externas ao trabalho e características do trabalhador, nas quais a demanda de trabalho excede as habilidades do trabalhador para enfrentá-las, quando estão no exercício de suas práticas e procedimentos de trabalho. Os resultados encontrados indicaram que os profissionais carregam através de suas objetivações acerca do estresse ocupacional, condutas que podem interferir efetivamente no manejo de suas responsabilidades diárias, obstaculando a assertiva nos processos, dificultando que por força da tensão constituída e da falta da liderança mais eficaz, principalmente no hospital público, vários entraves. Essas evidências se associam aos estudos desenvolvidos por Pitta (2003); Staccara e Tróccoli (2004); Zanelli (2010); Tamayo, et al. (2004); Lipp (2008).

Na análise das dimensões da qualidade de vida, observa-se que estão ancoradas nas dimensões, psicológicas de sobrevivência e socioambientais. A perspectiva de buscar melhorias através dos manejos de aspirações e realizações em suas falas para associar a qualidade de vida a uma conquista pessoal restrita a suas conquistas, seus movimentos de encontrar razões para efetivar um repertório de condutas saudáveis, tornando-se ativos e integrados às suas exigências profissionais. Ir à busca de objetivações palpáveis que possam garantir uma vida mais saudável que gere suporte a carga e sobrecarga no trabalho é o grande desafio.

As ações individuais frente à própria vida do profissional denotam as suas percepções subjetivas, envolvendo as escolhas e às expectativas que deseja quanto aos estados de sua qualidade de vida. O seu estilo de vida, que se representa pelos hábitos adquiridos e adotados pela vida, os relacionamentos desenvolvidos no contexto familiar, profissional e social, desencadeiam elementos concorrentes ao bem-estar pessoal, refletindo as atitudes, valores pessoais, controle do estresse, e alimentação equilibrada, e o favorecimento das afiliações em seus relacionamentos com os outros, como apontam os estudos desenvolvidos por Gonçalves (2004) e Minayo et al. (2000).

REFERÊNCIAS

- BORGES, L. O.; YAMAMOTO, O. H. O Mundo do Trabalho. ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. (Orgs.), **Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- CHANLAT, J. F. **Travail e santé mentale: théories du stress et psychopathologie du travail**. Prévenir. France: Université Grenoble II, 1990.
- CODO, W.; SORATTO, L.; VASQUES-MENEZES, I. Saúde mental e trabalho. In ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. (Orgs.), **Psicologia, organização e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- COOPER, C. L. A natureza mutante do trabalho: o novo contrato psicológico e os estressores associados. In ROSSI, A. M. ; PERREWÉ, P. L.; SAUTER, S. L. (Orgs.), **Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional**. São Paulo: Atlas, 2005.
- COUTINHO, M. P. L. Representações sociais: abordagem interdisciplinar. In JUNIOR, H. A.; SCHNEIDER, L. C.; PINHEIRO, C. X. (Orgs.), **Representações sociais da expressão “qualidade de vida” em estudantes da área da saúde da UFRN**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2003.
- COUTINHO, M. P. L.; SALDANHA, A. A. W. **Representações sociais e práticas em pesquisa**. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2005.
- COUTINHO, M. P. L.; FRANKEN, I. Qualidade de vida no serviço público de saúde: representações sociais de profissionais da saúde. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 29, n. 3, p. 448-461, 2009.
- COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E. R. **Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas**. João Pessoa: Editora Universitária, 2011.
- COUTO, H. A. **Ergonomia: realidade instigante**. (105 ed.), São Paulo: MPF Publicações, 2000.
- CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e misto**. (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed, 2010.
- DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Produção**, v. 14, n. 3, p. 27-34, 2007.
- GONÇALVES, A.; VILARTA, R. Qualidade de Vida: identidades e indicadores. A. Gonçalves, A.; Vilarta, R. (Orgs.), **Qualidade de Vida e atividade física: explorando teorias e práticas**. Barueri: Manole, 2004.
- GONZÁLEZ-REY, F. **Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade**. Uma aproximação histórico-cultural. São Paulo: Thomson, 2007.
- GRANDJEAN, E. **Manual de ergonomia: adaptando o trabalho ao homem**. (5ª. ed.). Porto Alegre: Bookman, 2005.

GÜNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus quantitativa. **Psicologia Teoria e pesquisa**, v. 22 n. 2, p. 201-210, 2006.

KARASEK JR., R. A. et al. Psychosocial factors: review of the empirical data among men. **Hanley & Belfus Occupational Medicine**, v. 15, n. 1, 2000.

LANDIM, F. L. P.; FERNANDES, A. M.; MESQUITA, R. B.; COLLARE, P. M. C.; FROTA, M. A. Análise das Redes Interpessoais: aplicação na realidade de uma equipe de enfermagem atuando em unidade de hematologia. **Saúde e Sociedade**[online], v. 19, n. 4, p. 828-837, 2010.

LIEDKE, E. R. Processo de Trabalho. CATTANI, A. D. (org) **Dicionário sobre trabalho e tecnologia**. 4ª ed. Porto Alegre: Ed. UFRGS; 2002.

LIPP, M. E. N. Stress no trabalho: Implicações para a pessoa e para a empresa. In SOBRINHO, F. P. N.; Nassaralla, I. (Orgs), **Pedagogia Institucional: Fatores humanos nas organizações**. Rio de Janeiro: Zit, 2005.

LIPP, M. E. N.; PEREIRA, M. B.; SADIR, M. A. Crenças irracionais como fontes internas de stress emocional. **Revista Brasileira de Terapia Cognitiva**, v. 1, p. 29-34, 2007.

LIPP, M. N. Soluções criativas para o stress. LIPP, M. N. (Org), **Ostress do professor**. (6ª ed.). São Paulo: Papirus, 2007.

MARCOLINO, T. Q.; REALI, A. M. M. R. **O trabalho do mentor-análise das devolutivas de diários reflexivos ao longo de um processo de mentoria em grupo**. Trabalho apresentado no I Congresso Internacional sobre Professorado Principiante e Inserción Profesional a la Docência. Facultad de Ciências de la Educación Universidad de Sevilla, Espanha, 2008.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. (29ª ed.). Petrópolis: Vozes, 2010.

MORAES, L. F. R.; MARQUES, A. L.; PEREIRA, L. Z. **Implicações do treinamento na qualidade de vida e estresse no trabalho (II)**.(Relatório de Pesquisa). Belo Horizonte:CEPEAD/UFMG, 2003.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. (7ª ed.). Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

MURTA, S. G.; TRÓCCOLI, B. T. Avaliação de intervenção em estresse ocupacional. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, v. 20, n. 1, p. 39-47, 2004.

PITTA, A. M. F. **Hospital: dor e morte como ofício**. (5ªed.). São Paulo: Hucitec, 2003.

REIS, A. L. P. P.; FERNANDES, S. R. P.; GOMES, A. F. Estresse e Fatores Psicossociais. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.30, n. 4, p. 712-725, 2010.

ROSSI, A. M.; PERREWÉ, P. L.; SAUTER, S. **Stress e qualidade de vida no trabalho:perspectivas atuais da saúde ocupacional**.São Paulo: Atlas, 2005.

SAUTER, S. L. **As constantes mudanças no trabalho e o bem-estar dos profissionais**.V Congresso de Stress da International Stress Management Association-ISMA/BR e VII Fórum Internacional de Qualidade de Vida no Trabalho.Porto Alegre, 2005.

STACCIARINI, J. M. R.; TRÓCCOLI, B. Stress ocupacional. In MENDES, A. M. L.; BORGES, O; FERREIRA, M. C. (Orgs.), **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2002.

TAMAYO, A. **Cultura e Saúde nas Organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação.São Paulo: Atlas, 2010.

ZANELLI, J. C. **Estresse nas organizações de trabalho**: compreensão e intervenção baseadas em evidências. Porto Alegre: Artemed, 2010.

ZILLE, L. P.; ZILLE, G. P. O estresse no trabalho: uma análise teórica de seus conceitos e suas interações. **Revista Gestão e Sociedade CEPEAD/UFMG**, v. 4, n. 7, 2010.

CAPÍTULO 13 –AVALIAÇÃO DO ESTRESSE EM PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS: Uma análise Multimétodo

Márcio de Lima Coutinho

Ana Flavia de Oliveira Borba Coutinho

INTRODUÇÃO

A evolução sociohistórica das atividades desenvolvidas pelos profissionais de ensino se aproxima de uma concepção sócioconstrutiva, uma vez que se compreende que o ensino e aprendizado são atividades desenvolvidas em conjunto, compartilhando competências e habilidades entre professor e alunos, numa relação social frente ao conhecimento escolar (LIBÂNEO, 2004). Conforme o mesmo autor, entende-se que o aluno traça, organiza seus conhecimentos e métodos de estudo com o auxílio do professor.

Destarte, o professor assume um papel de mediador numa relação de conhecimentos, onde o aluno se embate com os objetos de aprendizagem, numa abordagem sócio construtivista. Nesse caso o processo de ensino-aprendizagem é o resultado da relação ativa indivíduo-objeto, a qual é socialmente mediada pelo professor (LIBÂNEO, 2004). Nesta abordagem, o papel do ensino é possibilitar ao aluno desenvolver suas próprias habilidades a fim de realizar as tarefas de maneira autônoma e eficaz.

Para Gamboa e Chaves (2008) o trabalho do docente consiste de uma maneira geral “ [...] a construção de um projeto inovador que permite recuperar as inter-relações entre a organização do processo de trabalho pedagógico, a formação profissional, a organização social do trabalho e as tendências transformadoras da sociedade” (p.149). Dentro deste contexto, percebe-se que a escola assume um papel de mediação cultural, uma vez que, fomentará o desenvolvimento cognitivo, afetivo e moral dos indivíduos.

Hargreaves (2001 apud ZANK; SIMIONATO, 2014, p.16) salienta que a vulnerabilidade da educação conduz consequências para alunos e para aqueles que vivem e trabalham com ela, neste caso os professores. Dessa forma esses atores sociais se tornam “[...] vítimas do enfraquecimento da rede de previdência social, da redução nos gastos com o bem estar público, das convulsões sociais nas famílias dos alunos e do descompromisso geral com a vida pública”.

Nesse sentido, entender o fenômeno do estresse desde a sua concepção, os fatores desencadeadores dentro da instituição de ensino se faz necessário para poder desenvolver estratégias de enfrentamento por parte dos profissionais.

Aspectos históricos e conceituais do estresse

O estresse é considerado como a doença do século XX pela Organização das Nações Unidas (ONU), sendo que as maiores fontes estressoras encontram-se relacionadas com a família e o trabalho. Provavelmente esta afirmação deva-se estar associada ao fato de que esses dois elementos envolvam conflitos ao longo da vida, podendo levar a situações de estresse crônico e duradouro.

O termo estresse é muito usado no dia-a-dia. O dicionário Saraiva define estresse como sendo: “[...] um conjunto de reações do organismo a agressões de ordem física, psíquica, infecciosa e outras capazes de perturbar a homeostase” (SARAIVA, 2010, p. 418). Contaifer et al. (2003, p.216) definem como:

Resultado da relação entre a pessoa, o ambiente e as circunstâncias que a cercam. Tais circunstâncias, e até mesmo o próprio ambiente, são avaliados pela pessoa como uma ameaça ou como algo que exige dela mais que suas próprias habilidades ou recursos pessoais do momento, conseqüentemente demandando algum esforço adaptativo.

Esta definição nos leva a pensar que as situações do cotidiano são avaliadas pela pessoa como uma ameaça ou algo que exige dela mais que suas próprias habilidades ou recursos, demandando um esforço maior e adaptativo. Maslach e Jackson (1981 apud CAMELO; ANGERAMI, 2004) argumentam que o fenômeno do estresse pode ser compreendido como uma síndrome de ordem psicológica levando a exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal, podendo suceder em qualquer que seja a profissão, serviço ou cuidado aos outros. Dessa forma, entende-se que o estresse pode ser compreendido como o resultado da relação entre o indivíduo, o ambiente e as circunstâncias que o envolvem. Portanto, esta tríade são elementos preditores do estresse, uma vez que, irão ser avaliados pelo indivíduo como uma ameaça ou algo que demande competência e habilidade acima de suas capacidades naquele momento e, portanto, exige um esforço adaptativo.

Contaifer et al. (2003) salientam que o fenômeno do estresse é visto como a doença do século XX pela Organização das Nações Unidas (ONU), estimando que cerca de 25% da população mundial desenvolverá sintomas de estresse, o que ocasionalmente pode influenciar o desenvolvimento de doenças do coração, de pele, gastrointestinais, neurológicas, emocional dentre outros. Ademais, as reações ao estresse podem variar de acordo com o sexo, a faixa etária e a personalidade, prejudicando a qualidade de vida do indivíduo. Assim, torna-se imprescindível estudar os efeitos do estresse percebido no dia-a-dia desses profissionais, verificando o quanto ele é um agente prejudicador.

Relação do estresse com a qualidade de vida

Estudo desenvolvido por Lipp (2001), demonstrou que o estresse pode acometer adultos e crianças, podendo levar a pessoa estressada a ficar doente e, conseqüentemente, encurtar o tempo de vida. Dessa forma, entende-se que o profissional de ensino, ao se encontrar neste estágio, pode influenciar de maneira negativa o desenvolvimento da aprendizagem (competências e habilidades) de seus alunos, comprometendo sua atividade laboral, além de influenciar na sua qualidade de vida.

Percebe-se que o conceito de qualidade de vida se apresenta de forma ampla, complexa, abarcando a saúde física, psicológica, relações sociais, crenças e sua relação com características do ambiente (OMS, 1998). Para Arcoverde (2014), faz-se necessário entender a qualidade de vida dentro de uma perspectiva biológica, social, política, econômica, e cultural, compreendendo uma dinâmica de inter-relações.

Segundo Ribeiro e Coutinho (2011), trata-se de um conceito polissêmico, que pode ser aplicado em contextos diferentes e, por essa razão, tem recebido uma variedade de definições. Minayo, Hartz e Buss (2000) apontam que o discurso da relação entre saúde e qualidade de vida existe desde o nascimento da medicina social. De modo semelhante, Fleck et al. (2008) argumentam que a qualidade de vida diz respeito a percepção do indivíduo em relação a sua posição de vida, dentro do contexto sociocultural e dos sistemas de valores nos quais se vive.

Para Giannakopoulos et al. (2009), a qualidade de vida é construto multidimensional que envolve a saúde física, o bem-estar psicológico, o nível de independência e as relações do indivíduo com seu ambiente e contexto social. Fleck et al. (2008) destacam que este conceito de qualidade de vida reflete a natureza subjetiva da avaliação que está dentro do contexto cultural, social e de meio ambiente.

Benke e Carvalho (2010) retratam que a qualidade de vida no trabalho é mais do que a segurança e saúde laboratorial. Para estes autores, faz-se necessário associá-la a qualidade total e a melhoria do clima organizacional, onde possa ter condições adequadas, respeitar e ser respeitado como profissional.

Para França (1997 apud VASCONCELOS, 2001, p.80),

Qualidade de vida no trabalho (QVT) é o conjunto das ações de uma empresa que envolvem a implantação de melhorias e inovações gerenciais e tecnológicas no ambiente de trabalho. A construção da qualidade de vida no trabalho ocorre a partir do momento em que se olha a empresa e as pessoas como um todo, o que chamamos de enfoque biopsicossocial. O posicionamento representa o fator diferencial para a realização de diagnóstico, campanhas, criação de serviços e implantação de projetos voltados para a preservação e desenvolvimento das pessoas, durante o trabalho na empresa.

Destarte, se faz necessário entender como o fenômeno do estresse atua como fator prejudicial no desempenho das atividades inerentes ao profissional do ensino superior, além, influenciar diretamente na própria qualidade de vida desses indivíduos.

Ao relacionar estes dois construtos – estresse percebido e qualidade de vida – verifica-se que eles se tornam objetos merecedores de proposta de investigação. Uma vez que, os profissionais do ensino não conseguem lidar com situações estressores do dia-a-dia, bem como suas implicações sobre a esfera da qualidade de vida. Compreende-se que todos esses componentes remetem ao conceito subjacente de multidimensionalidade dos construtos, ou seja, tanto o estresse percebido quanto a qualidade de vida envolvem conceitos plurais e complexos, abrangendo aspectos objetivos e subjetivos.

No presente estudo, considera-se a qualidade de vida no ambiente organizacional como um fator que aumenta a produtividade, o bem-estar e a segurança, uma vez que visa melhorar o ambiente físico e psicossocial do funcionário. Assim, busca compreender a QV de maneira dinâmica, essencialmente de matriz preventiva, incidindo sobre as causas dos acidentes, bem como as formas as eliminar e/ou diminuir, ao invés de uma visão estática, centrada em seus efeitos.

Face ao exposto, foi objetivo deste estudofoi investigar a influência do estresse percebido na qualidade de vida dos docentes do ensino superior, e especificamente: i) identificar o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa; ii) avaliar o estresse percebido dos docentes do ensino superior; iii) comparar o nível de estresse percebido em

relação ao sexo e instituição público e privado;iv) apreender as representações sociais dos docentes do ensino superior.

MÉTODO

Tipo de Estudo e Local

A presente pesquisa se configurou como sendo um estudo de campo de cunho exploratório e descritivo com uma abordagem quantitativa e qualitativa. De acordo com Gil (2008) a pesquisa exploratória objetiva, em geral, promover o entendimento de uma problemática para auxiliar a tomada de consciência ou decisão, já as pesquisas descritivas demandam do pesquisador uma série de informações acerca do que deseja pesquisar, podendo sofrer críticas devido a descrição detalhada do fenômeno e dos fatos (CAJUEIRO, 2013). A pesquisa de campo que se caracteriza pelas investigações bibliográficas e/ou documental, e a realização de coleta de dados junto aos participantes. As pesquisas quantitativas são aquelas em que se mede, ou se quantifica as informações, já as pesquisas qualitativas priorizam as percepções de atitudes e aspectos subjetivos dos objetos de pesquisa interagindo em seu grupo (GERHARDT; SILVEIRA, 2009), no caso específico deste estudo foram em duas instituições de ensino superior público e privado da cidade de João Pessoa/PB.

Amostra

A amostra foi do tipo casual não-probabilística. Participaram desta pesquisa 93 profissionais divididos por instituição pública (33,3%) e privada (66,7%) de ensino superior das diversas áreas do conhecimento, a saber: Administração, Psicologia, Computação, Enfermagem, Fisioterapia, Educação Física. A maioria era do sexo feminino (72%); tinham idade variando de 26 a 74 anos ($m = 43,0$; $dp = 11,40$); com um tempo de atuação profissional de 12,3 anos ($dp = 10,21$). A maioria se declarou casado (58,2%); em comparação com as pessoas da cidade, 78,2% anunciaram pertencer a classe média alta, adotando a religião católica (57,1%); e declarados heterossexuais (92,3%).

Instrumentos

Foram utilizados três instrumentos: o Questionário sociodemográfico com o objetivo de identificar o perfil dos participantes do estudo (sexo, idade, estado civil, nível socioeconômico, tipo de religião, categoria institucional) e duas perguntas norteadoras: o indivíduo que trabalha em instituições de ensino está mais susceptíveis a desenvolver o estresse? Caso tenha respondido “Sim” indique quais fatores que podem levar o indivíduo a desenvolver o estresse? e como um indivíduo pode se comportar em situações consideradas estressoras? a Escala de Estresse Percebido e a Escala do Whoqol-bref.

Descrição dos instrumentos

Escala de Estresse Percebido elaborado por Cohen et al. (1983) tem como objetivo medir o quanto os indivíduos percebem as situações como eventos estressores. No Brasil foi adaptado para o contexto brasileiro por Luft et al. (2007), apresentando 14 itens divididos em dois fatores nomeadamente percepção negativa ($\alpha = 0,77$) e percepção positiva ($\alpha = 0,78$).

A Escala do Whoqol-bref é uma versão abreviada do Whoqol-100, adaptada e validada no Brasil por Fleck et al. (2008), sendo composta de 26 itens. O primeiro item avalia a qualidade de vida de modo geral, e o segundo a satisfação do indivíduo com a própria saúde, os demais 24 itens são distribuídos em quatro domínios: físico ($\alpha = 0,75$); psicológico ($\alpha = 0,76$); relações sociais ($\alpha = 0,70$); e meio ambiente ($\alpha = 0,77$).

Procedimento de Coleta de Dados

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa - UNIPE, número do CAAE 41667614.7.0000.5176, deu-se início ao procedimento de coleta de dados adotando os seguintes critérios. Ser professor do ensino superior a mais de 1 (um) ano e desejar fazer parte da pesquisa. A pesquisa seguiu todos os preceitos éticos da resolução 466/12 que regulamenta as pesquisas com seres humanos. Adotou o procedimento-padrão de coleta de dados, procurando garantir um mínimo de respostas enviesadas. Portanto, um único aplicador, com treinamento prévio, ficou responsável por dar as instruções de como responder os questionários. Os participantes eram esclarecidos acerca dos objetivos da pesquisa, e sobre o anonimato e sigilo de suas respostas, ressaltando que não havia resposta certa ou errada. Após a explicação era solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e só então entregue um livreto contendo as questões. O tempo médio de resposta ficava em torno de 20 minutos.

Procedimento de Análise de dados

Para tabulação e análise dos dados fez uso do programa PASW (versão 18), cuja função é a elaboração de análises estatísticas de matrizes de dados. O seu uso permite gerar relatórios tabulados, gráficos e dispersões de distribuições utilizados na realização de análises descritivas e de correlação entre variáveis.

Para os dados quantitativos, realizou-se dois tipos de análise estatística: a descritiva se relaciona com medidas de tendência central e dispersão (média, desvio padrão) e análise inferencial (alfa de *Cronbach*, teste *T-Student*, correlação rde *Pearson*, Regressão linear).

Para os dados advindos das questões abertas, foram analisados a partir da técnica da análise de conteúdo proposta por Bardin (1979). De acordo Coutinho (2011), esta técnica é útil quando se quer compreender além dos significados explícitos ou imediatos da comunicação.

RESULTADOS

Inicialmente foi avaliado o nível de estresse percebido em todos os participantes do estudo a fim de responder ao objetivo “avaliar o estresse percebido dos docentes do ensino superior”. Os resultados demonstraram uma pontuação próximo a média de 22,2 (dp = 7,44).

Em relação ao objetivo “comparar o nível de estresse percebido em profissionais do ensino privado e público” e “comparar o nível de estresse percebido em relação ao sexo”, procedeu-se com a análise do teste *T-Student*. Os resultados são demonstrados na Tabela 1.

Tabela 1 –Diferença entre professores em relação a Estresse Percebido (n=93).

Variáveis	Grupo	média	dp	T	Gl	P
Estresse Percebido	Masculino	18,6	6,66	-2,68	84	0,01*
	Feminino	23,3	7,35			
	Privado	22,2	6,9	0,14	85	0,88
	Público	22,0	8,3			

Fonte: dados da pesquisa, 2015; Nota: * p < 0,01.

Os resultados observados na Tabela 1 indicam haver diferença significativa (p < 0,05) entre a variável sexo, apontando que as mulheres apresentam uma pontuação superior (m =

23,3; dp = 7,35) do que os homens (m = 18,6; dp = 6,66). De igual modo, observa-se que quando comparado o nível de estresse percebido em relação a instituições de atuação, verificou-se não haver diferença significativa.

Posteriormente, para responder ao objetivo específico “verificar a qualidade de vida dos docentes do ensino superior” procedeu-se com a avaliação do construto Whoqol-bref dos participantes por domínios. Os resultados indicaram que as relações sociais obtiveram um maior escore (m = 3,8; dp = 0,71), seguido do meio ambiente (m = 3,6; dp = 0,53), do psicológico (m = 3,4; dp = 0,52), e do físico (m = 3,2; dp = 0,58).

No segundo momento do estudo, foi perguntando aos participantes se eles consideram que o ambiente universitário possibilita o desenvolvimento do estresse. A maioria (75%) afirmou que sim. Logo em seguida, foi solicitado que indicassem quais fatores seriam determinantes para o surgimento do estresse na organização. A partir da análise de conteúdo, pode observar o surgimento de duas categorias: Desrespeito/Instabilidade e Acúmulo de Atividades.

Com relação a categoria Desrespeito/Instabilidade observou-se os seguintes discursos a partir das representações dos profissionais:

“[...] Acredito que salario baixo (8); [...] a falta de oportunidade e ter uma vida mais compatível com nível socio-economico (4); [...] Alguns alunos desrespeitam o professor de forma desafiadora (6); [...] exigências da profissão (3); [...] instabilidade (2); [...] Achar um ponto de equilíbrio entre a vida pessoal e profissional (2); [...] lidar com pessoas, não é das coisas mais facéis de se fazer (2); [...] dificuldades de relacionamento com diferentes alunos (5); [...] desvalorização da classe pelos proprios colegas de profissão (3)”.

Como pode ser observado nas interlocuções alguns fatores determinantes foram apontados pelos participantes como desencadeado do estresse, a exemplo: desrespeito com os professores; salários baixos; falta de oportunidade; exigências da profissão.

A categoria acúmulo de atividades evidenciou as seguintes interlocuções:

“[...] muito trabalho, metas e prazos (15); [...] pouco tempo para se dedicar a si mesma a família a falta de lazer (4); [...] imensa quantidade de assuntos para estudar (2); [...] cobrança por excelentes resultados e muitos avaliadores (2); [...] Disparidade entre atividades em sala e extra sala (4); [...] cobrança pela publicação constante de artigos científicos ou produção dessa natureza (2); [...] Excesso de alunos nas salas, exigência (2)”.

Como pode ser observado nas falas dos participantes, o excesso de trabalho se torna um dos elementos que mais contribui para o surgimento do estresse.

Em relação às interlocuções advindas da segunda questão norteadora, “como um indivíduo pode se comportar em situações consideradas estressoras?” evidenciou-se o aparecimento de uma categoria denominada de *Suporte de Apoio*, subdivida em duas: apoio familiar/religioso/profissional e apoio pessoal (autoreflexão).

A primeira subcategoria apoio familiar/religioso/profissional remete a atividades de suporte podendo ser exemplificada a partir das narrativas:

“[...] ficar perto da família (3); [...] desenvolver atividades de lazer com a família (6); [...] sair com colegas (2); [...] orar (4); [...] ter uma religião como válvula de escape (2); [...] procurar ajuda profissional e psicológica (6);”

A segunda subcategoria apoio pessoal (autoreflexão) pode ser exemplificada a partir dos seguintes discursos:

“[...] ter paciência (6); [...] praticar a gentileza (2); [...] parar um pouco e respirar fundo (5); [...] procurar equilíbrio com outras atividades (3); [...] manter calmo (8); [...] tentar não tomar atitudes precipitadas (2);”

Com base nessa categoria, pode-se inferir que os participantes apontam para uma necessidade de recorrer a vários tipos de suporte de apoio para combater o estresse.

DISCUSSÃO

O resultado advindo da avaliação do estresse percebido se assemelha com os dados de Caeiro (2010), onde foi possível identificar que os profissionais de ensino superior estão com o nível de estresse elevado. Estudo desenvolvido por Gomes et al. (2010) em Portugal encontraram numa amostra de 689 professores, que 40% se apresentava nível significativos de estresse ocupacional. Provavelmente, estes dados estejam relacionados com as novas exigências de mercado, onde demanda um profissional cada vez mais qualificado, ou seja, saber utilizar as novas ferramentas tecnológicas além de conciliar o ensino, pesquisa e extensão.

Observou diferença estatística ($p < 0,01$) em relação o estresse percebido e sexo, apontando que as mulheres apresentam um nível de estresse maior do que os homens. Este resultado se coaduna com o estudo realizado por Souza, Guimarães e Araujo (2013), no qual destacam ter encontrado diferenças significativas entre os sexos, demonstrando que as

mulheres apresentam maiores escores. Provavelmente este resultado possa está atrelado as inúmeras atividades desempenhas pelas mulheres durante o dia-a-dia, ou seja, atividades do trabalho e do lar.

Em relação a instituição não foi encontrado diferença estatística. Este resultado pode demonstrar que a atividade de professor independente da organização privado ou público está ligado a própria prática da docência na sua essência. Conforme afirma Lipp (1998), os processos de adoecimento dos professores são advindos do ambiente de trabalho independente de ser público e/ou privado. Desse modo, entende os fatores desencadeadores do estresse podem estar relacionado às atividades inerentes a baixa motivação dos alunos, comportamentos indisciplinados, pressões com o tempo, excesso de tarefas a executar, além das próprias relações estabelecidas com colgas e a própria organização. (CHAN; HUI, 1995; GAMBOA; CHAVES, 2008). Assim, a hipótese 1 “espera-se que os profissionais do ensino privado apresentem um nível de estresse percebido maior do que os do ensino público” não foi confirmada.

No que se refere a avaliação da qualidade de vida dos professores de ensino superior observou-se escores acima da média. Estes achados indicam que os participantes apresentam uma boa percepção da própria qualidade de vida para os quatro domínios, mesmo tendo assumido um nível elevado de estresse percebido. Para Benke e Carvalho (2010) a qualidade de vida no trabalho está associado a segurança e saúde organizacional. Resultado semelhante com os achados de Koetz (2011), ao indicar que os professores universitários apresentaram pontuações consideradas boas. Dessa forma, entende-se que avaliação da qualidade de vida dos participantes encontra-se acima da média denotando uma boa percepção das necessidades nos quatro domínios.

Em relação a pergunta “se os participantes consideram que o ambiente universitário possibilita o desenvolvimento do estresse”, 75% assinalaram que sim. Provavelmente este resultado esteja relacionado com as exigências de mercado, ou seja, competitivo, cobranças dos gestores, alunos indisciplinados, avaliações constantes do Ministério da Educação (MEC) e do Exame Nacional de Desempenho Estudantil (ENADE). Para Servilha (2005), nem sempre as relações no ambiente universitário são tranquilas e facilitadoras, devido ao clima de grande competitividade e egocentrismo.

Em relação aos dados qualitativos, observou-se o surgimento de duas categorias (desrespeito/instabilidade e acúmulo de atividades) associadas como fatores que contribuem para o surgimento do estresse. Percebe-se que estes discursos estão relacionados com a desvalorização da categoria. Este resultado se assemelha com os achados de Rosa e Vestena

(s.d.) ao apontarem que esses profissionais necessitam de melhores salários, serem reconhecidos pela sociedade como profissionais da educação, e melhores condições de trabalho. Para Tardif e Lessard (2005), as mudanças dos valores em relação ao papel do professor salientam a falta de respeito acerca da atividade da docência, além de julgar e culpar esses profissionais por todo o fracasso educacional.

Autores como Benmansour (1998) e Chan e Hui (1995) apontam outras razões que fomentam o surgimento do estresse, a exemplo: baixa motivação dos alunos, comportamentos de indisciplinas, pressões de tempo, excesso de tarefas a serem cumpridas, lidar com mudanças, relações interpessoais com os colegas ou mesmo a própria instituição. Em consonância com os achados desta pesquisa, Sorato e Marcomim (2007) elencaram que as principais causas do estresse nos profissionais do ensino estão relacionadas com excesso de trabalho (25%); relacionamento interpessoal (25%); burocracia (12,5%); responsabilidade na formação do aluno (12,5%); desinteresse dos alunos (12,5%); avaliação dos alunos (6,25%); nível de conhecimento dos alunos (6,25%); não realização de atividades pelos alunos (6,25%) e metodologia ensino-aprendizagem que alie teoria e prática (6,25%).

Finalmente quando perguntando sobre como lidar com as situações consideradas estressoras, pode observar a partir dos discursos dos participantes o surgimento de uma categoria denominada suporte de apoio, esta subdividida em duas subcategorias: apoio familiar/religioso/profissional e apoio pessoal (autoreflexão). Com base nessa categoria, pode-se inferir que os participantes apontam a necessidade de se ter vários tipos de suporte de apoio para combater o estresse ocupacional, o que demonstra a complexidade deste fenômeno, bem como a necessita de intervenções para minimização do mesmo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando em considerações os resultados previamente apresentados verificou-se que os objetivos propostos foram alcançados. Assim, entende-se que o profissional de ensino, ao se encontrar no estágio de estresse elevado, pode influenciar de maneira negativa o desenvolvimento da aprendizagem (competências e habilidades) de seus alunos, comprometendo sua atividade laboral, além de influenciar na própria qualidade de vida.

Apesar dos resultados satisfatórios encontrados no presente artigo por meio das evidências empíricas anteriormente relatadas, apresentam-se algumas limitações potenciais. A primeira limitação diz respeito à amostra, pois não fez uso de uma amostra probabilísticas, tendo sido os participantes selecionados por conveniência. Não obstante, buscou incluir

profissionais do ensino que atuam em instituição pública e privada com diferentes aspectos sociodemográficos, faixa etária, tempo de atuação, escolaridades e níveis socioeconômicos.

Espera-se que os resultados advindos desta pesquisa venham contribuir para um melhor entendimento acerca das reações adversas do estresse percebido nos professores universitários e suas consequências na qualidade de vida. Destarte como, contribuição para estudos futuros que envolvam esta temática. Não obstante, por se tratar de um tema da atualidade, tem-se um longo percurso de pesquisa acerca do estresse percebido, bem como as razões que levam o surgimento. Replicar os estudos prévios pode ser um bom começo, mas não esgota as possibilidades.

REFERÊNCIAS

- ARCOVERDE, Maria Socorro Soares. **Assistência domiciliária e hospitalar**: percepção de pessoas idosas sobre espiritualidade e qualidade de vida. 2014. 142f. (Tese de Doutorado). Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul/DINTER, Rio Grande do Sul, 2014.
- ARONSSON, G.; SVENSSON, L.; GUSTAFSSON, K. Unwinding, recuperation, and health among compulsory school and high school teachers in Sweden. *International Journal of Stress Management*, v.10, p. 217-234, 2003.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979. 229 p.
- BENMANSOUR, N. Job satisfaction, stress and coping strategies among Moroccan high school teachers. *Mediterranean Journal of Educational Studies*, v. 3, n.1, p. 13-33, 1998.
- BENKE, Mara Regina Pagnussat; CARVALHO, Élcio. **Estresse x qualidade de vida nas organizações**: um estado teórico. Disponível em: <<http://www.faculdadeobjetivo.com.br/arquivos/Estresse.pdf>>. Acesso em: 05 de mar. de 2015.
- CAEIRO, Raúl Miguel Neves. **Stress ocupacional e avaliação de desempenho nos professores**: contributos para uma psicodinâmica do trabalho. 2010. 111f. (Dissertação de Mestrado) – Universidade de Lisboa, Lisboa, 2010.
- CAJUEIRO, Roberta Liana Pimental. **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos**. 1ªed. Rio de Janeiro, Pague & Leva Saraiva, 2013.
- CAMELO S. H. H.; ANGERAMI E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. v.12, n.1. p.14-21, 2004.
- CASTRO, Aline Garcia; BUENO, Isabela; LIMA, Luara Paola; VASQUEZ, Georgina. Estresse no Trabalho. **Secretariado em Revista**. Ponta Grossa – PR, 2009. Disponível em: <http://www.iesaa.edu.br/cursos/secretariado/revista_eletronica.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2015.
- CHAN, D. W.; HUI, E. K. P. Burnout and coping among chinese secondary school teachers in Hong Kong. *British Journal of Educational Psychology*, v.65, p.15–25, 1995.
- COHEN, S., KARMACK, T., MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. *Journal Health Soc Behav*. v.24, n.4, p.385-96, 1983.

CONTAIFER, Tatiana Rodrigues Corrêa; BACHION, Maria Márcia; YOSHIDA, Thais; SOUZA, Joaquim Tomé. Estresse em professores universitários da área de saúde. **Revista Gaúcha Enfermagem**. v.24, n.2, p.215-25, 2003.

COUTINHO, Maria Penha Lima. Análise de conteúdo: Breve histórico, conceitos e aplicabilidade. In COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E.R.A. **Métodos de Pesquisa em Psicologia Social** (p.17-66). João Pessoa: Editora Universitária, 2011.

DANCEY, C.P.; REIDY, J. **Statistics without maths for Psychology: using SPSS for Windows**. 3.ed. London: Prentice Hall; 2005.

DEFRANK, R. S.; STROUP, C. A. Teacher stress and health: Examination of a model. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 33, p.99-109, 1989.

FLECK, M. P. A.; LIMA, A. F. B. S.; POLANCZYK, C. A.; TRENTINI, C. M.; BAMDEIRA, D.; PATRICK, D. L., et al. **Avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GAMBOA, Silvio Sánchez; CHAVES, Márcia. A relação universidade e sociedade: a problematização nos projetos articulados de ensino, pesquisa e extensão. **Educação Temática Digital**. v.10, n.1, p.144-167, 2008.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. [orgs.] **Métodos de pesquisa**. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIANNAKOPOULOS, V.P. et al. Adolescents wellbeing and functioning: relationship with parents subjective general physical and mental health. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.7, n.100, 2009. Disponível em: <<http://www.hqlo.com/content/7/1/100>>.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, A. R.; MONTENEGRO, N.; PEIXOTO, A. M. B. C. PEIXOTO, A.R.B.C. Stress Ocupacional no ensino: um estudo com professores dos 3º ciclo e ensino secundário. **Psicologia & Sociedade**; v.22, n.3, p. 587-597, 2010.

GOLDSTEIN, D.; KOPIN, I. Evolution of concepts of stress. **Journal Stress**, v.10, n.2, p.109–120, 2007.

HARGREAVES, Andy. O ensino como profissão paradoxal. **Pátio Revista Pedagógica**, Porto Alegre, v.4, n.16, p.13-18, 2001.

KOETZ, Lydia Christmann Espindola. **Qualidade de vida de professores de instituições de ensino superior comunitárias: relação entre ambiente e saúde**. 2011. 77f. Trabalho de Conclusão de Curso (Dissertação) – Centro Universitário UNIVATES, Lajeado, Rio Grande do Sul, 2011.

LIBÂNIO, José Carlos. A didática e a aprendizagem do pensar e do aprender: a Teoria Histórico-cultural da Atividade e a contribuição de Vasili Davydov. **Revista Brasileira de Educação**, v.27, p.6-24, 2004.

LIPP, Marilda Emmanuel Novais. **Inventário de Sintomas de stress para adultos**. Campinas: Ed. Casa do Psicólogo, 1998.

_____, Marilda Emmanuel Novais (org.) **Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco**. 2º ed. Campinas, SP: Papirus, 2001.

LUFT, Caroline Di Bernardi; SANCHES, Sabrina Oliveira; MAZO, Giovana Zarpellon; ANDRADE, Alexandre. Versão brasileira da escala de estresse percebido: tradução e validação para idosos. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.4, p.606-15, 2007.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Quality of live and health: a necessary debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

OMS.**Promoción de la salud**:glosario. Genebra: OMS, 1998.

RIBEIRO, C.G.; COUTINHO, M.P.L. Representações sociais de mulheres vitimadas de violência doméstica na cidade de João Pessoa-PB. **Revista Psicologia e Saúde**, v.3, n.1, p.52-59, 2011.

ROSA, Simone Medianeira; VESTENA, Rosemar Fatima. **O professor e sua valorizado profissional**. Disponível em: <<http://jne.unifra.br/artigos/4741.pdf>>. Acessado em: 14 maio de 2015.

SANN, U. Job conditions and wellness of german secondary school teachers. **Psychology and Health**, v.18, p.489-500, 2003.

SARAIVA. **Saraiva Jovem**: Dicionário da língua portuguesa. 1ªed., São Paulo: Saraiva, 2010.

SERVILHA, Emilse Aparecida Merlin. Estresse em professores universitários na área de fonoaudiologia. **Revista Ciências Médicas**, Campinas, v.14, n.1, p.43-52, 2005.

SOUZA, Melissa Carvalho; GUIMARÃES, Adriana Coutinho Azevedo; ARAUJO, Camila Cruz Ramos. Estresse no trabalho em professores Universitários. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.11, n.35, p.1-8, 2013.

SORATO, Maria Tereza; MARCOMIN, Fátima Elizabeth. A Percepção do Professor Universitário acerca do Stress. **Saúde em Revista – Piracicaba**, v.9, n.21, p.33-39, 2007.

TARDIF, M. LESSARD, C. **O trabalho docente**: elementos para uma teoria da docência como profissão de interações humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

VASCONCELOS, Anselmo Ferreira. Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v.8, n.1, janeiro/março, p.23-35, 2001.

ZANK, Cláudia; SIMIONATO, Margareth Fadanelli. Reforma Curricular do Ensino Médio Politécnico: reflexos no interior da escola, reflexos na docência. In: X ANPED SUL, Florianópolis, outubro de 2014. **Anais...** Florianópolis: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação – ANPED, 2014, p.16.

CAPÍTULO 14 – SOBRE O TABAGISMO: Representações Sociais de Pessoas Fumantes e Não Fumantes

Clênia Maria de Toledo Santana Gonçalves
Maria da Penha de Lima Coutinho
Lidiane Silva de Araújo
Shirley de Souza Silva Simeão
Emerson Do Bú

INTRODUÇÃO

Considerado um problema de saúde pública, o tabagismo é reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a principal causa de morte evitável em todo o mundo, responsabilizando-se por um número expressivo (63%) de óbitos relacionados a doenças crônicas não transmissíveis. De acordo com a organização referida, ponderando o panorama apontado pelo relatório sobre a epidemia mundial de tabagismo de 2011 - cujo tema foi a advertência sobre os perigos do tabaco -, caso medidas não sejam devidamente tomadas para prevenir a magnitude do fenômeno, até 2030, aproximadamente 8 milhões de mortes ao ano serão atribuídas ao consumo da substância (WHO, 2011).

Face a esta conjuntura, em 2013, tomando como base os dados de 2012, o informe sobre a epidemia mundial de tabagismo da OMS conferiu destaque à imposição de proibições de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco, medidas que constituem uma alternativa viável para reduzir a exposição a fatores indutores do consumo da substância (WHO, 2013).

Mais recentemente, o aumento dos impostos ao tabaco foi tema principal do relatório (WHO, 2015); esta pauta ratifica a necessidade de um compromisso global continuado em termos de medidas mais severas, concentrando esforços quanto ao enfrentamento da epidemia tabágica e seus danos. Indubitavelmente, esse quadro demonstra o imperativo de implementação de políticas robustas para o controle do tabaco como meio importante para promoção da saúde pública no mundo.

Embora atualmente o uso/abuso do tabaco seja abertamente reconhecido por provocar doenças limitantes e/ou fatais, afetando, substancialmente, a vida das pessoas, o percurso sócio-histórico do tabagismo sugere que nem sempre o assunto circulou no cotidiano social com os contornos hoje atribuídos e difundidos pelo conhecimento científico e progressos das agendas mundiais de saúde.

Revisitando o passado, observa-se, sobretudo a partir de meados do século XX, uma disseminação mundial do uso do tabaco, com reforçadas investidas do *marketing* e da publicidade. Àquela época, sem quaisquer restrições, revistas e jornais ocupavam páginas inteiras com a exibição de anúncios coloridos sobre o uso do tabaco, com propagandas de marcas de cigarros representados por divas e galãs que ostentavam o produto, sinalizando um estilo de vida "sofisticado". Assim, este panorama histórico demonstra que, até então, não havia maiores preocupações com as implicações sobre a saúde e a qualidade de vida das pessoas (GONÇALVES, 2013).

No entanto, à medida que aumentava o consumo do tabaco, confirmava-se uma associação entre o fumo e o aparecimento de doenças desencadeadas por essa ação, que, conseqüentemente, impactou o modo de vida cotidiano das pessoas fumantes. De tal modo, tornou-se notória a mudança social no tocante ao modo de representar o tabagismo. O tempo e as suas vicissitudes revelaram que não havia mais lugar para uma percepção de fumantes como meros galãs. Então, constatou-se uma verdadeira transmutação: de galãs, os fumantes passaram a ser vistos como pessoas "viciadas", "fracas" e, em alguns contextos, desrespeitosas para com os seus pares não fumantes (CAVALCANTE, 2001).

Assim, o tabagismo passou a ser considerado e representado socialmente como uma dependência ou uma doença crônica (SIGAUD; CASTANHEIRA; COSTA, 2016; CAVALCANTE, 2001; TRIGO, 2007). Este panorama passou a exigir ações e investimentos não apenas em âmbito social, mas, também, individual, uma vez que envolve riscos acentuados para a saúde e o bem-estar não só do fumante, mas da sociedade como um todo.

Neste direcionamento, diversos são os estudos científicos comprovando os malefícios do tabagismo à saúde e à qualidade de vida não apenas do fumante, mas daqueles que se acham expostos à fumaça do cigarro, também conhecidos como fumantes passivos (BORBA et al., 2016; SIGAUD; CASTANHEIRA; COSTA, 2016; SILVA; SANTANA; FLORES, 2016; SIMSEK, et al., 2016). Os poluentes do cigarro, ao dispersarem-se pelo meio ambiente, levam os não fumantes, próximos ou distantes, a inalarem também as substâncias tóxicas, principalmente nos ambientes fechados. Nestas circunstâncias, o fumante passivo sofre uma carga significativa em termos de riscos de adoecimento.

Dependendo do tempo de exposição à fumaça, os fumantes passivos adultos apresentam um percentual de câncer de pulmão e de infarto do coração correspondente, respectivamente a 30% e 24% a mais em relação àqueles que não se expõem, podendo agravar também os problemas cardíacos como a elevação da pressão arterial e angina. Ademais, os efeitos imediatos ambientais da poluição tabagística podem provocar irritação

nos olhos, manifestações nasais, tosse, cefaleia, aparecimento de problemas alérgicos, principalmente das vias respiratórias; ou seja, este rol de males acompanha alterações no desempenho físico, psicológico, social e ambiental, esferas constituintes da avaliação da qualidade de vida. Assim, estudos têm demonstrado uma associação entre dependência do tabaco, predisposição para doenças e incapacidades com alta morbimortalidade, afetando e agravando a saúde e a qualidade de vida do tabagista, assim como da coletividade (BANCO MUNDIAL, 2004; CASTRO et al., 2010).

Considerando que os serviços de assistência médica, as políticas públicas, assim como uma efetiva articulação entre poder público e a população são componentes relevantes para alcançar tal equilíbrio, este capítulo reconhece a importância do saber do senso comum em torno do tema.

Ao ensejar a teoria das representações sociais, Moscovici (1961/1976) conferiu legitimidade ao discurso do senso comum. Segundo Jodelet (1989), elas constituem uma modalidade de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, cuja finalidade prática é contribuir para a construção e compreensão da realidade comum a um conjunto social. Nas palavras do próprio autor, podem ser definidas como:

Conjunto de conceitos, proposições e explicações criado na vida cotidiana no decurso da comunicação interindividual. São o equivalente, na nossa sociedade, dos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem ainda ser vistas como a versão contemporânea do senso comum (MOSCOVICI, 1981, p. 181).

Nesse contíguo, as representações sociais podem ser entendidas como conjuntos simbólicos e práticos cujo *status* é o de uma construção e não de uma reprodução ou reação a estímulos exteriores, caracterizando-se pelo uso e seleção de informações, a partir do repertório circulante no arcabouço social, destinadas à interpretação e à elaboração do real. Logo, ter acesso às representações sociais do tabagismo e rastreá-las significa procurarmaterializá-lo como fenômeno social, bem como conhecer os distintos processos – objetivação e ancoragem – da imagem que surge do tabagismo. Deste modo, este estudo tem como objetivo apreender as representações sociais do tabagismo elaboradas por pessoas fumantes e não fumantes.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de campo, do tipo descritivo e exploratório, fundamentado numa abordagem qualitativa e quantitativa, que foi realizado num Centro de Atendimento Integral à Saúde (CAIS), situado em um bairro da cidade de João Pessoa, além de outros espaços, tais como a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - Campus I; no Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ) e numa escola noturna da mesma cidade.

Participaram deste estudo 120 adultos, dos quais 55,8% do sexo feminino, na faixa etária de 18 a 82 anos ($M=39,61$; $DP=15,73$), cuja composição foi disposta da seguinte forma: 60 fumantes (30 fumantes que integram o Programa Anti-Tabagismo – PANT, e 30 fumantes que não integram este Programa); e 60 não fumantes (30 não fumantes e 30 ex-fumantes).

Utilizaram-se como instrumentos de coleta de dados um questionário biossociodemográfico e uma entrevista semiestruturada. O questionário foi utilizado com a finalidade de obter informações referentes aos aspectos da vida dos participantes da pesquisa, tais como: sexo, idade, estado civil, escolaridade e idade que começou a fumar. Enquanto a entrevista semiestruturada, composta por uma questão norteadora e três complementares, buscou investigar o significado do fumar, a sua iniciação e circunstâncias envolvidas no ato de fumar. O número de participantes para a entrevista seguiu o critério de saturação de Sá (1998). Neste aspecto, para cada grupo de participantes (não fumantes, ex-fumantes e fumantes integrantes e não integrantes do PANT), foram realizadas 30 entrevistas.

Destaca-se que este estudo foi efetivado tomando por base os princípios éticos, conforme a resolução vigente no período de submissão do projeto ao Comitê de Ética (Resolução 196/96), que regulamenta a ética na pesquisa envolvendo seres humanos. Portanto, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UNIPÊ), bem como autorizado pelas instituições e participantes pesquisados. Com isso, foram realizadas visitas ao lócus da pesquisa, com a finalidade de apresentar o projeto aos gestores das instituições, seus objetivos e cronograma das atividades a serem desenvolvidas, a fim de solicitar a permissão para a execução da pesquisa.

Com a autorização dada pelas instituições referidas, os participantes foram contatados, delimitando-se, individualmente, as datas para entrevista conforme a disponibilidade de cada participante. Posteriormente, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, iniciou-se a coleta dos dados. Durante as entrevistas, utilizou-se o recurso do gravador, visando-se assegurar a integridade e fidedignidade na apreensão das falas. Destaca-

se que as entrevistas foram realizadas em local reservado e tiveram duração média de 15 minutos.

Para a análise dos dados, o conteúdo das entrevistas foi transcrito na íntegra, com exceção apenas da fala do entrevistador, que foi suprimida do *corpus* textual. Por seu tempo, este material foi submetido à análise padrão pelo *software* ALCESTE, um programa informático de análise quantitativa de dados textuais, que permite uma análise lexicográfica do material e oferece contextos (classe lexical) caracterizados pelo seu vocabulário e pelos segmentos de textos compartilhados por este vocabulário. Após processamento, os dados foram analisados por meio da análise padrão (classificação hierárquica descendente) (REINERT, 2001).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Oriundos da entrevista semiestruturada, os enunciados dos participantes sobre o tabagismo foram processados pelo tratamento padrão desempenhado pelo programa Alceste. A análise tomou por base um *corpus* constituído de 120 unidades de contexto iniciais (UCIs), totalizando 25.447 palavras, das quais 2.870 foram palavras distintas, com uma média de 9 ocorrências por palavra. Com a redução dos vocábulos às suas raízes, evidenciaram-se 502 radicais e 587 unidades de contexto elementares (UCEs).

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD), representada pela Figura 1, considerou 70% do total das UCEs do *corpus* denominado “Dimensões psicossociais do tabagismo”. A primeira partição deu origem a dois *subcorpora*, os quais aglutinaram as Classes 1, 2, 3 e 4. À esquerda, o *subcorpora* designado “Sustentabilidade subjetiva” agrupou as Classes 1 e 3. Por seu tempo, à direita, o *subcorpora* “Gênese e repercussões do tabagismo” gerou as Classes 2 e 4.

DIMENSÕES PSICOSSOCIAIS DO TABAGISMO

Sustentabilidade subjetiva

Gênese e repercussões do tabagismo

CLASSE 1 (19%)			CLASSE 3 (27%)			CLASSE 2 (23%)			CLASSE 4 (31%)		
A dinâmica sócio-familiar e o uso do cigarro			Dinâmica da cessação tabágica			Agentes potencializadores			Motivos e consequências do uso do tabaco		
Palavra/atributo	F	r ²	Palavra/atributo	F	r ²	Palavra/atributo	F	r ²	Palavra/atributo	F	r ²
Casa	33	46	Vou	47	41	Bonito	20	66	Pessoa	73	48
Mãe	31	42	Hora	23	39	Influencia	18	36	Saúde	37	44
Viver	19	41	Fique	16	32	Via	12	34	ACHO	78	35
Marido	16	41	Pronto	15	28	Concejo	33	29	Problema	28	24
Chega	20	40	Remedio	9	22	Amigos	27	29	Vicio	34	23
Irmaã	12	36	Botar	17	21	Alergia	11	23	Prejudicial	9	17
Deu	22	19	Semana	15	21	Estresse	18	23	Sentir	21	16
Filhos	13	19	Teatlar	11	19	Gostoso	15	19	Significa	11	16
FUMANTE PANT			Dia	24	18	Exemplo	11	18	Ansiêdade	14	16
ENSINO FUNDAMENTAL			Comparar	18	17	Curiosidade	12	18	Dependencia	12	15
39-48 ANOS			Boca	13	14	Triste	10	17	Bebendo	9	14
COMEÇOU A FUMAR COM 18-28 ANOS			Voliar	11	12	Consciencia	9	13	Momento	14	10
NAO ALFABETIZADO			FUMANTE PANT			18-28 ANOS			Vida		
FEMININO			ENSINO FUNDAMENTAL			EX-FUMANTE			NAO FUMANTE		
			COMEÇOU A FUMAR COM 18-28 ANOS			ENSINO MEDIO			18-28 ANOS		
			NAO ALFABETIZADO			FUMANTE NAO PANT			MASSCULINO		
			29-38 ANOS			COMEÇOU A FUMAR COM 18-28 ANOS					

Denominada “dinâmica sócio-familiar e o uso do cigarro”, a classe I importou o menor percentual das UCEs (19%) e foi representativa do discurso de participantes do sexo feminino, fumantes vinculados a um programa antitabagismo (PANT), na faixa etária de 39-48 anos, com níveis de escolaridade fundamental e não alfabetizado e com início do uso do cigarro com idades de 18 a 28 anos. Na classe destacada, ilustrada em alguns recortes textuais a seguir, verificaram-se palavras no intervalo de $\chi^2 = (filhos, deu)$ a $\chi^2 = 46$ (*casa*).

“(…) Em lugares públicos eu tenho vergonha de fumar, aonde eu sei que tem uma pessoa que não fuma. (...) Eu me sinto completamente excluída, porque eu fui me aborrecendo pelo tratamento, chego na casa do meu irmão pra um jantar no final de ano, e ele olha e diz: quando tu quiser fumar, tem um bequinho ali”.

“(…) Fumar é você prejudicar a sua saúde, mas eu não tenho medo de morrer, eu acho que é por isso, por isso talvez seja mais difícil eu deixar de fumar. Meu irmão morreu de um câncer de pulmão porque ele fumava muito, você já deve ter visto alguém morrer de câncer de pulmão, é uma tristeza”.

“(…) Minha irmã está sofrendo por conta do fumo do meu pai, ele tem problema de coração, já teve que fazer uma ponte safena”

“(…) Eu já passei um mês sem fumar, quando voltei fumei tanto que fiquei querendo puxar o fôlego sem conseguir e o coração começou a bater, bater. Minha mãe fez chá pra mim, sem conseguir respirar, e quando minha mãe fez o chá eu fiquei por ali, andando dentro de casa pra ver se eu conseguia respirar e deu uma dor de cabeça tudo pelo cigarro (...). Estou sentindo uma dor como se fosse aqui, no pulmão, uma dor aqui, doutora, quando eu respiro sinto uma dor aqui, e tudo é o cigarro, eu tenho certeza que é o cigarro”.

O substrato da referida classe aborda a dinâmica das relações familiares e sociais a partir do uso do tabaco. Neste contexto, percebe-se que o cigarro ocupa um espaço não somente no campo físico e subjetivo da vida da pessoa que fuma, abrangendo também as relações que ela estabelece no seio familiar e social. Considerando que o cigarro pode constituir um alvo de avaliação do olhar do outro, a pessoa que fuma, de algum modo, pode sentir-se afetada por tal julgamento, impactando a natureza dos laços que a envolvem.

Ademais, em função dos potenciais riscos decorrentes do uso da substância, percebe-se que um certo temor circunda o pensamento dos atores sociais, o que reforça a alusão dos participantes ao sofrimento e ao cuidado que a família exerce, uma forma de suporte, em relação à pessoa dependente, à sua doença e à possível iminência de sua morte. Estas objetivações, ancoradas nos laços familiares e sociais que dialogam com a literatura pertinente (DAVILA RAMIREZ et al., 2016; MALTA et al., 2011;

OLIVEIRA et al., 2010), autorizam o registro da importância do grupo familiar e de pertença para esses participantes.

Segundo Jodelet (2001), as representações sociais abarcam a pertença social dos indivíduos assinalada por uma presença efetiva de fatores não só normativos, mas de dimensões afetivas, destacando, assim, uma composição de natureza cognitivo-afetiva. Portanto, as representações sociais carecem de uma apreensão mais ampla e profunda, sendo buscadas em contextos inclusivos e interacionais do cotidiano do sujeito.

A classe 3, designada "Dinâmica da cessação tabágica", compreendeu 27% das UCEs e apresentou palavras e radicais no intervalo de $\chi^2 = 12$ (*voltar*) a $\chi^2 = 41$ (*vou*), contemplando o discurso dos participantes fumantes com idades de 29 a 38 anos ou acima de 49 anos, não alfabetizados ou com nível de escolaridade fundamental, que integram um programa antitabagismo e que iniciaram o uso tabágico com idades de 18 a 28 anos. Os segmentos textuais a seguir caracterizam o conteúdo representacional desta classe.

"(...) Vou tentar não fumar sem tomar esse remédio e eu passei a sexta e o sábado, aí eu falei: pronto, eu vou ficar sem cigarro, eu não vou comprar, aí pronto, eu consegui passar a semana todinha sem botar um cigarro na boca (...) na segunda, aí eu volto a fumar. (...) O organismo da gente é atacado pela aquela nicotina, é muito difícil, eu tento deixar, mas não consigo, hoje eu disse eu não vou fumar, mas passa uma hora ou duas horas aí daqui a pouco eu não aguento mais. (...) Desde a semana passada que eu resolvi tentar dar um basta nesse cigarro. (...) Não vai me matar não, aí joga fora, aí penso, mas é só um minuto e volto e apanho e vou".

"(...) Falaram que tinha até um remédio para me ajudar. (...) Eu fumo muito quando eu estou lavando roupa e fazendo qualquer serviço, é um cigarro atrás do outro... com o cigarro no canto da boca, eu faço tudo com o cigarro na boca, eu canto, eu rio, eu converso... Eu estou pedindo a Deus que esse médico me dê a pastilha para eu deixar de fumar. Fiquei doente a semana passada, passei uns três dias sem fumar e depois voltei porque saí com os meus amigos".

"(...) Já parei duas vezes nesse período, já parei cinco anos e outro período de cinco anos, não recordo o que me fez voltar a fumar (...). Atualmente eu fumo mais pela extrema necessidade de parar de fumar, e não consigo, aí eu fumo mais, eu fico ansiosa e compro um ou dois cigarros novamente. (...) Eu fumo mais quando estou nervoso, apavorado e fico assim quando o pessoal pede as coisas e eu digo para quê isso, às vezes eu digo para minha mulher, eu vou deixar porque eu sei que você não quer me perder, nem ninguém quer me perder aqui eu vou deixar".

Conforme os segmentos de texto ilustrativos da classe apresentada, as representações sociais do tabagismo emergiram ancoradas para além das questões químicas do organismo, que atravessam um quadro de dependência tabágica. Neste aspecto, observou-se uma ancoragem do saber compartilhado em aspectos psicológicos

dos participantes frente ao processo de renúncia do tabagismo e, conseqüentemente, às dificuldades associadas a esta dinâmica.

Verificou-se, por exemplo, que a própria tentativa de parar de fumar já parece capaz de mobilizar o indivíduo, tornando-o ansioso perante o desafio. Tais achados coadunam com a literatura especializada (FRAGA; RAMOS; BARROS, 2006; MALTA et al., 2011; MENEZES; HALLAL; HORTA, 2007; PILLON, 2011), que ressalta que as questões individuais frente à cessação do tabaco não estão dissociadas da dinâmica sócio-familiar, visto que são permeadas por esses laços, realidade que justifica a aproximação espacial da classe 3 à classe anterior (classe 1) no dendograma, culminando em aspectos representacionais do tabagismo que se retroalimentam.

Na última partição, que contemplou o *subcorpus* "Gênese e repercussões do tabagismo", a classe 2 - denominada "Agentes potencializadores" - reteve 23% das unidades de contexto elementares e apresentou palavras/radicais no intervalo de $\chi^2 = 13$ (*consciência*) a $\chi^2 = 66$ (*bonito*), associadas às falas de participantes ex-fumantes e por fumantes não integrantes do PANT, de ensino médio, com idades de 18 a 28 anos e idade inicial do uso do cigarro na mesma faixa etária (18-28 anos). Os trechos a seguir caracterizam o teor da referida classe.

“(…) Quando vê alguém fumar, por exemplo, amigos, principalmente na adolescência. Mas eu acho que o ver mesmo, de acompanhar, a curiosidade, eu acho; adolescente que quer provar tudo. (...) Uma influência muito forte para você começar. Amigos, mas também porque você acha bonito; (...) fumo mais quando tenho estresse, ou por vaidade de charme. (...) Comecei por curiosidade, minhas amiguinhas, e eu via os adultos fumando, achava bonito, e a gente ficava escondida experimentando. Eu acho que foi mais por influência, porque na adolescência a gente imita muito as pessoas e foi mais pelos amigos. (...) Muito interessante, eu acredito que é como se lá escondido tivesse algo associado à satisfação”.

“(…) Acho que se a pessoa tivesse oportunidade de escolher não deveria nem experimentar, é uma coisa desnecessária. (...) O jovem hoje só fuma porque quer mesmo, porque tem todas as informações. (...) Fico triste com as pessoas que são muito viciadas no cigarro porque não têm um domínio, assim, aquela força de vontade para deixar”.

Conforme os segmentos de texto apresentados, a classe 2 versa sobre os agentes potencializadores do uso do tabaco. Nesta tela, o saber compartilhado pelos atores sociais ancorou o tabagismo tanto no contexto da exposição e facilitação aos acessos iniciais à substância (geralmente na fase da adolescência, a partir do “exemplo” dos pares/amigos e adultos), quanto no contexto dos fatores que, atualmente, podem potencializar o abuso da substância, tais como o estresse, a tristeza etc. Além disso, a

"consciência" foi evidenciada na classe como elemento protetor em relação ao uso do tabaco, demonstrando a importância da informação nesse cenário.

Dá-se ênfase assim a esfera psicossocial, uma vez que as representações sociais dos participantes do presente estudo relacionam-se à influência grupal, ou seja, do real sentimento de pertença dos indivíduos, assim como fatores psicológicos. Sustenta-se, portanto, a ideia de que a representação social apenas existe quando há uma comunicação social (MOSCOVICI, 1981). Esta informação afiança que as representações sociais surgem e circulam nos discursos por meio das palavras, sendo transportadas através das mensagens e imagens midiáticas, as quais cristalizam-se em condutas (JODELET, 2001). Nesta perspectiva, destaca-se a potência da comunicação, mola propulsora para a formação das representações sociais.

Ao comunicarem-se, os participantes - identificados com seu grupo de pertença - processam representações sociais da ordem do saber prático (COUTINHO, 2005) que constituem aspectos relevantes da dependência tabágica. Infere-se, assim, que o modelo fisicalista/biologicista, muitas vezes utilizado para explicar a conduta humana da dependência, limita-se muito ao separar os efeitos fisiológicos/metabólicos do uso das substâncias, dos aspectos psicológicos e sociais que perpassam o indivíduo, não abrindo espaço para a discussão do desejo humano e a história particular de cada pessoa (LEITE, 2001).

Neste sentido, a singularidade das pessoas, assim como o meio social em que estão inseridas não devem ser desprezados. O estímulo através do exemplo, da curiosidade para experimentar o novo, a possibilidade de inclusão no seu grupo de pertença, assim como os sentimentos de alegria, tristeza, estresse e a angústia para enfrentar os conflitos do dia a dia, são elementos que permeiam o início do hábito de fumar (IGLESIAS et al., 2007; MENEZES; HALLAL; HORTA, 2007).

Ao considerar os aspectos supracitados, não se pode deixar de destacar o período da adolescência como crucial para a primeira experimentação do tabaco, assim como para o desenvolvimento e manutenção do hábito, cuja literatura sustenta de forma generosa (ABROMS et al., 2005; GALDURÓZ et al., 2005; HORTA et al., 2001; MACHADO-NETO; CRUZ, 2003; MALCON et al., 2003). Esta fase, por caracterizar uma etapa, sobretudo de perdas, bem como de construção pessoal, portanto, de ajustes consigo próprio e seu meio social, constitui um campo fértil para a experiência do novo (ABERASTURY; KNOBEL, 1981).

Por seu turno, com o maior percentual de UCEs (31%), a classe 4, designada "Motivos e consequências do uso do tabaco", foi predominantemente representada pelos participantes não fumantes, do sexo masculino, ensino médio e com idades de 18 a 28 anos e apresentou palavras/radicais no intervalo de $\chi^2 = 9$ (vida) $\chi^2 = 48$ (pessoa). A seguir, são destacadas algumas unidades de contexto características do substrato desta classe:

"(...) Acho que são vários fatores, uma questão de desemprego, uma questão de desequilíbrio emocional. (...) Uma pessoa fuma mais quando está bebendo, aperreada ou com problema. Para eles, um meio de vida porque acham gostoso. (...) Acho assim, remete à questão de não estar bem com a vida, se sentir mal com uma coisa, ou então só por questões supérfluas de querer estar se exibindo. (...) Eu já percebi que essas pessoas passam a fumar mais quando estão num momento de nervosismo, desesperadas, com alguma ansiedade; é fuga, dependência. (...) A falta de alguma coisa, de se sentir mal com alguma coisa. (...) Uma pessoa fuma mais em circunstância de ansiedade, fuga de algo (...)"

"(...) As pessoas que fumam geralmente estão ansiosas, com algum problema, mas no final sempre é um vício, porque se vicia e continua no vício. (...) Acho que é vício que tem que ser combatido pela pessoa que fuma; é prejudicial à saúde, não faz bem. (...) Fumar significa prejudicar a própria saúde, no sentido de exemplo, além de você estar se prejudicando, você está prejudicando outras pessoas. (...) Com o tempo você vai envelhecer precocemente, vai sentir aquilo que vai piorando, até sua atividade sexual vai diminuir.

Conforme detalhado, convém destacar que a aproximação entre as classes 2 e 4 no dendrograma não parece fortuita. Ambas agrupam o mundo lexical dos ex-fumantes, dos não partícipes do PANT, assim como os não fumantes de faixa etária jovem (entre 18 e 28 anos), sugerindo uma aproximação representacional com base nas afiliações ou características grupais.

Elementos fundamentais nessa classe revelam conteúdos relacionados às consequências advindas do uso do tabaco, o que mostra a forte correlação com os prejuízos que o tabaco provoca para a saúde humana, seja ela física e/ou mental. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011, 2013, 2015) considera o tabagismo uma doença crônica e estudos indicam que o seu uso está se tornando cada vez mais concentrado em pessoas com fatores associados a vários distúrbios mentais como a depressão, transtornos de ansiedade, déficit de atenção por hiperatividade, bulimia e até as comorbidades psiquiátricas (POMERLEAU, 1997; RONDINA, 2003; RONDINA et al., 2007).

Sendo assim, estudos vêm a cada década multiplicando-se, em função do seu grande relevo para a prática clínica no tratamento entre a dependência nicotínica e essas

comorbidades psiquiátricas (CALHEIROS et al., 2006; GLASSMAN, 1993; MALBERGIER; JÚNIOR, 2005; TANSKANEN et al., 1997).

CONCLUSÕES

O acesso às representações sociais do tabagismo, em especial, o hábito de fumar, permitiu reconhecer as objetivações e ancoragens da nova imagem que surge do tabagismo na contemporaneidade. Estas, uma vez identificadas no presente estudo, autorizam dizer que as representações sociais do fumar passaram por profundas transformações tanto no conhecimento do *sensu comum* como no conhecimento *erudito*, levando a reflexões que reafirmam a necessidade de conhecer as representações associadas ao objeto de estudo em questão.

Pode-se constatar que o tabagismo constitui-se um fenômeno complexo, decorrente de causas e motivações multifatoriais, sendo o hábito de fumar um objeto compreendido, construído e partilhado socialmente, através de imagens e representações geradas nas comunicações intra e intergrupais. Assim, identificou-se que o ato de fumar - que antes era objetivado e ancorado em símbolos e imagens positivas, refletidas em atitudes de elegância, de *status* e poder - hoje passou a ser ancorado em símbolos associados à dependência, vício e doença crônica, seja ela de natureza física e/ou psicológica.

O olhar lançado sobre as representações sociais reveladas pelos dados coletados e processados por meio do *software* revela um campo lexical demarcado por estruturas temáticas que se organizam em espaços referentes à sustentabilidade do sujeito e a gênese e os desdobramentos do uso tabágico em seu cotidiano. Assim, o estudo permitiu compreender a problemática do tabagismo como um objeto de causas multidimensionais, capaz de produzir alterações significativas na saúde e bem estar na vida social e particular das pessoas fumantes e não fumantes.

Diante deste cenário, registra-se a relevância de identificar o conteúdo representacional em torno do ato de fumar como forma de nortear práticas interventivas, de cunho preventivo e terapêutico, no âmbito educacional e da saúde. Destarte, focar na prevenção primária, no sentido de proporcionar uma proteção contra os fatores de risco, ao mesmo tempo em que auxiliam no desenvolvimento de fatores protetores.

Este escrito compreende somente um recorte da realidade, uma tentativa de contribuir para o conhecimento científico, a partir do conhecimento popular. O

desdobramento desta pesquisa aponta para a discussão, em profundidade, dos resultados encontrados junto aos profissionais, gestores e setores responsáveis pela prevenção e cessação do tabagismo. Diante da espessura social e complexidade do fenômeno tabagismo, em especial o hábito de fumar, sugere-se a realização de estudos futuros, perspectivando uma leitura pormenorizada deste fenômeno tabágico na ótica de quem o vivencia, aspecto este ainda pouco explorado pelos pesquisadores do campo das representações sociais. Ademais, reitera-se uma efetiva articulação entre poder público e a população como percurso relevante para alcançar saídas equilibradas nos serviços de assistência médica e políticas públicas voltadas à saúde coletiva.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal: Um enfoque psicanalítico**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.
- ABROMS, L.; SIMONS-MORTON, B.; HAYNIE, D.L.; CHEN, R. Psychosocial predictors of smoking trajectories during middle and high school. **Addiction**, v.100, 2005.
- BANCO MUNDIAL. **A epidemia do tabagismo: os governos e os aspectos econômicos do controle do Tabaco**. Washington, USA: The World Bank, 2004.
- BORBA, A. T. et al. Influência do tabagismo ativo e passivo sobre a capacidade cardiorrespiratória. **Fisioterapia Brasil**, v. 13, n. 3, 2016.
- CALHEIROS, P. R. V.; OLIVEIRA, M. S.; ANDRETTA, I. Comorbidades psiquiátricas no tabagismo. **Aletheia**, v.23, 2006.
- CASTRO, M. R. P.; MATSUO, T.; NUNES, S. O. V. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.36, 2010.
- CAVALCANTE, T. M. **O médico e suas representações sobre tabagismo, fumante e cessação de fumar** (Dissertação de mestrado). Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2001.
- COUTINHO, M. P. L.** Uma perspectiva psicossocial da sintomatologia depressiva na adolescência. **João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2005.**
- DAVILA RAMIREZ, F. A. et al . Factores de riesgo psicosocial para embarazo temprano y deserción escolar en mujeres adolescentes. **Rev. Cienc. Salud**, Bogotá , v. 14, n. 1, p. 93-101, 2016 .
- FRAGA, S.; RAMOS, E.; BARROS, H. Uso de tabaco por estudantes adolescentes portugueses e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, p. 620-626, 2006.
- GALDURÓZ, J. C.; NOTO, A. R.; NAPPO, A. S.; CARLINI, E. A. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, 2005.
- GLASSMAN A. H.** Cigarette smoking: implications for psychiatric illness. **American Journal of Psychiatry**, v.150, 1993.

- GONÇALVES, C. M.T. S. **Tabagismo e qualidade de vida: um estudo das implicações biopsicossociais à luz das representações sociais**. 315 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.
- HORTA, B. L.; CALHEIROS, P.; PINHEIRO, R. T.; TOMASI, E.; AMARAL, K. C. Tabagismo em adolescentes de área urbana na região Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, n. 35, p. 159-64, 2001.
- IGLESIAS, V.; CAVADA, G.; SILVA, C.; CÁCERES, D. Early tobacco and alcohol consumption as modifying risk factors on marijuana use. **Rev Saude Publica**, v. 41, p. 517-522, 2007.
- INCA. **Programa Nacional do Controle do Tabagismo**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br> Acesso em: 04/05/2009.
- INCA. **Tabagismo**. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/tabagismo/index.asp>>
- JODELET, D. As representações sociais: Um domínio em expansão. Em: Jodelet, D. **Representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.
- JODELET, D. Représentations Sociales: un domaine em expansion. Em D. Jodelet (Ed.). **Les Représentations Sociales** (pp. 31-61). Paris: PUF. 1989.
- LEITE, M. P. S. **Toxicomanias e pós-modernidade: um sintoma social?** Crônica do I Encontro Latino-Americano dos Estados Gerais da Psicanálise - Medicina e Psicanálise, 2001.
- MACHADO NETO, A. S. M.; CRUZ, A.A. Tabagismo em amostra de adolescentes escolares de Salvador-Bahia. **Jornal de Pneumologia**, n.29, p. 264-72, 2003.
- MALBERGIER, A.; JÚNIOR, H. P. O. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. **Revista de Psiquiatria Clínica**, n. 32, p. 276-282, 2005.
- MALCON, M. C.; MENEZES, A.; M. B.; CHATKIN, M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes: estudo de base populacional, no sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, n. 37, p. 1-7, 2003.
- MALTA, D. C. et al. Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 14, supl. 1, p. 166-177, 2011 .
- MENEZES, A. M.; HALLAL, P. C.; HORTA, B. L. Early determinants of smoking in adolescence: a prospective birth cohort study. **Cad Saude Publica**, v. 23, p. 347-354, 2007.
- MOSCOVICI, S. **La Psychanalyse son image et son public**. Paris: PUF. 1961/1976.
- MOSCOVICI, S. **La psychanalyse, son image et son public**. Paris: Press Universitaires de France. 1981.
- OLIVEIRA, H. F. et al. Fatores de risco para uso do tabaco em adolescentes de duas escolas do município de Santo André, São Paulo. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo , v. 28, n. 2, p. 200-207, 2010 .
- PILLON, S. C. et al. Tabagismo em usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e drogas: um estudo piloto. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.24, n. 3, p. 313-319, 2011 .
- POMERLEAU, C. S. Co-factors for smoking and evolutionary psychobiology. **Addiction**, n. 92, p. 397-408, 1997.
- REINERT, M. Alceste, une méthode statistique et sémiotique d'analyse de discours: application aux "rêveries du promeneur solitaire. **La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale**, n. 5, p. 32-36, 2001.
- RONDINA, R. C.; GORAYEB, R.; BOTELHO, C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, n. 33, p. 592-601, 2007.

RONDINA, R. C.; GORAYEB, R.; BOTELHO, C. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, n. 30, p. 221-22, 2003.

SÁ, C. P. A **construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

SIGAUD, C. H. S.; CASTANHEIRA, A. B. C.; COSTA, P. Associação entre tabagismo passivo domiciliar e morbidade respiratória em pré-escolares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 4, p. 562-568, 2016.

SILVA, M. J.; SANTANA, G. O.; FLORES, M. Prevalência de sinais e sintomas respiratórios em crianças fumantes passivas. **Revista Educação, Tecnologia e Cultura - e.t.c.**, [s.l.], n. 9, p. 39-46. 2016.

SIMSEK, E. et al. O efeito da exposição passiva à fumaça de tabaco em complicações respiratórias no perioperatório e a duração da recuperação. **Brazilian Journal of Anesthesiology**, v. 66, n. 5, p. 492-498, 2016.

TANSKANEN, A.; VINAMÄKI, H., HINTIKKA, J., KOIVUMAA-HONKANEN, H.T., & LEHTONEN, J. Smoking and Suicidality Among Psychiatric Patients. *American Journal of Psychiatry*, n. 155, p. 129-130, 1998.

TRIGO, M. **Cigarros, Tabaco e Nicotina: fatores biocomportamentais associados ao tabagismo** (Tese de doutorado). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship**. World Health Organization, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco**. Geneva: World Health Organization, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: Raising taxes on tobacco**. 2015.

Autores

Adrielle Vieira de Lima Pinto– Psicóloga, Mestre e doutoranda em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB pesquisadora do Núcleo “Aspectos Psicossociais de Prevenção e da Saúde Coletiva”- NPAPPSC- UFPB.

Ana Cristina de Oliveira Borba Paulino - Graduada em Administração de Empresas pelo Centro Universitário de João Pessoa. Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba- UFPB pesquisadora do Núcleo “Aspectos Psicossociais de Prevenção e da Saúde Coletiva”- NPAPPSC- UFPB.

Ana Flávia de Oliveira Borba Coutinho - Professora do IESP/FATEC e UNIFUTURO. Mestre em Tecnologia das Engenharias pela UTAD - Portugal e Doutora em Psicologia Social. Graduada em Arquitetura e Urbanismo pela UFPB, graduada em Processamento de Dados pela ASPER.

Clênia Maria Toledo de Santana- Psicóloga, Mestre pela Universidade Católica de Pernambuco e Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB e pesquisadora do Núcleo “Aspectos Psicossociais de Prevenção e da Saúde Coletiva”- NPAPPSC- UFPB.

Denise Reinaldo Pereira – Psicóloga, Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB e pesquisadora do Núcleo “Aspectos Psicossociais de Prevenção e da Saúde Coletiva”- NPAPPSC- UFPB. Professora do Curso de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde do Instituto de Ensino Superior da Paraíba- IESP.

Emerson Do Bú- Psicólogo, mestrando em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB e pesquisador do Núcleo de Pesquisa APPSC da UFPB.

Fabrycianne Gonçalves Costa – Psicóloga, Especialista em Neuropsicologia, Mestre, Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba e pesquisadora do Núcleo “Aspectos Psicossociais de Prevenção e da Saúde Coletiva”- NPAPPSC- UFPB. Professora do Curso de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde do Instituto de Ensino Superior da Paraíba- IESP.

Iany Cavalcanti da Silva Barros- Psicóloga, Mestre em Educação pela UFPB, Doutora em Psicologia Social pela UFPB. Pesquisadora do Núcleo “Aspectos Psicossociais de Prevenção e da Saúde Coletiva”- NPAPPSC- UFPB. Professora do Curso de Graduação em Psicologia do Instituto de Educação Superior da Paraíba- IESP.

Jaqueline Gomes Cavalcanti – Psicóloga, Mestre e doutoranda em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB e pesquisadora do Núcleo “Aspectos Psicossociais de Prevenção e da Saúde Coletiva”- NPAPPSC- UFPB.

Karla Costa Silva - Psicóloga, mestranda em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB e pesquisadora do Núcleo “Aspectos Psicossociais de Prevenção e da Saúde Coletiva”- NPAPPSC- UFPB.

Lidiane Silva de Araújo - Psicóloga, Mestre e doutoranda em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB e pesquisadora do Núcleo “Aspectos Psicossociais de Prevenção e da Saúde Coletiva”- NPAPPSC- UFPB.

Luciene Costa Araújo Moraes- Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB e pesquisadora do Núcleo “Aspectos Psicossociais de Prevenção e da Saúde Coletiva”- NPAPPSC- UFPB.

Maria da Penha de Lima Coutinho- Psicóloga, Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo- USP, PHd pela Universidade Aberta de Lisboa, Coordenadora e Pesquisadora do Núcleo “Aspectos Psicossociais de Prevenção e da Saúde Coletiva”- NPAPPSC- UFPB, Coordenadora e Professora do Curso de Graduação em Psicologia do Instituto de Ensino Superior da Paraíba- IESP, Pesquisadora de produtividade do CNPQ – 1D.

Márcio de Lima Coutinho - Graduado em Processamento de Dados e Psicologia, Mestre em Tecnologia das Engenharias pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Doutor em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba e pesquisador do Núcleo “Aspectos Psicossociais de Prevenção e da Saúde Coletiva”- NPAPPSC- UFPB. Professor do Curso de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde do Instituto de Ensino Superior da Paraíba- IESP.

Shirley de Souza Silva Simeão – **Psicóloga**, Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pela Faculdade Frassinetti do Recife. Formação em Terapia Cognitivo-Comportamental na infância e adolescência pela ATC-PE. Mestre em Ciências das Religiões e Doutora em Psicologia social pela UFPB e pesquisadora do Núcleo “Aspectos Psicossociais de Prevenção e da Saúde Coletiva”- NPAPPSC- UFPB. Professora do Curso de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde do Instituto de Ensino Superior da Paraíba- IESP.