UNIVERSIDADE BEIRA INTERIOR

FACULDADE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS

LIVRO DE ATAS

EDITORES

Manuel Loureiro, Graça Esgalhado, Ana Jerónimo, Ana Santos & Juliana Gonçalves

TÍTULO: QUINTAS CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR – SAÚDE MENTAL, MUDANÇAS SOCIAIS E AMBIENTAIS, INOVAÇÃO E TECNOLOGIA EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE - RESUMOS

EDITORES: MANUEL LOUREIRO / GRAÇA ESGALHADO / ANA JERÓNIMO / ANA SANTOS / JULIANA GONÇALVES

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

5ª EDIÇÃO: MAIO DE 2026

EDITOR | UBI - UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR. SERVIÇOS

QUINTAS CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

"SAÚDE MENTAL, MUDANÇAS SOCIAIS E AMBIENTAIS, INOVAÇÃO E TECNOLOGIA EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE"

ATAS

Editado por:

Manuel Loureiro, Graça Esgalhado, Ana Jerónimo, Ana Santos e Juliana Gonçalves

Maio de 2026

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, UBI, Covilhã

Site do congresso: https://5ci-pcs.ubi.pt/

COMISSÃO CIENTÍFICA

Alejandro Villena – Universidad Internacional de La Rioja (UNIR)

Amanda Clinton – Senior Director Affairs American Psychological Association

Ana Cunha – Universidade da Beira Interior

Ana Saraiva Amaral – Universidade da Beira Interior

Ana Torres – Universidade da Beira Interior

André Oliveira – Universidade da Beira Interior

Antonio Cabaco – Universidade Pontifícia de Salamanca

Carla Sofia Nascimento – Universidade da Beira Interior

Cláudia Silva – Universidade da Beira Interior

Cristina Queirós – Universidade do Porto

Fátima Simões – Universidade da Beira Interior

Felipe Alckmin Carvalho – Universidade da Beira Interior

Filipa Pimenta – ISPA-Instituto Universitário

Graça Esgalhado – Universidade da Beira Interior

Isabel Leal – ISPA-Instituto Universitário

João Maroco – ISPA-Instituto Universitário

Jorge Cardoso – Instituto Universitário Egas Moniz

Jorge Costa – Universidade da Beira Interior

José Luís Pais Ribeiro – Universidade do Porto

Ludovina Ramos – Universidade da Beira Interior

Luísa Barros – Universidade de Lisboa

Margarida Gaspar de Matos – Universidade de Lisboa

Maria da Graça Pereira – Universidade do Minho

Maria Miguel Barbosa da Costa – Universidade da Beira Interior

Marian Bakermans-Kranenburg – ISPA-Instituto Universitário; San Sebastián University

Marina Carvalho – Instituto Superior Manuel Teixeira Gomes

Marta Alves – Universidade da Beira Interior

Martim Santos – Universidade da Beira Interior

Patrícia Pascoal – Universidade Lusófona

Paula Carvalho – Universidade da Beira Interior

Paulo Rodrigues – Universidade da Beira Interior

Paulo Vitória – Universidade da Beira Interior

Pedro Costa – ISPA-Instituto Universitário

Pedro Nobre – Universidade do Porto

Rosa Marina Afonso – Universidade da Beira Interior

Rute Meneses – Universidade Fernando Pessoa

Samuel Monteiro – Universidade da Beira Interior

Sandra Carina Guimarães – Universidade da Beira Interior

Sara Monteiro – Universidade de Aveiro

Sofia Campos – Instituto Politécnico de Viseu

Sónia Costa – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Vítor Costa – Universidade da Beira Interior

COORDENAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA

Manuel Loureiro – Universidade da Beira Interior (Coordenador)

COMISSÃO ORGANIZADORA

Ana Nunes

Ana Margarida Jerónimo

Ana Santos

Areolina Duran

Camila Dias

Carla Pereira

Catarina Matos

Christhianny Oliveira

David Henriques

Filipa Inácio

Graça Esgalhado (Coordenadora)

Inês Batista

Joana Santos

Joana Urbano

Juliana Gonçalves

Leonor Algarvio

Lídia Ferreira

Madalena Cruz

Maria Salomé Santos

Mariana Silva

Patrícia Silva

Raquel Marques

Rita Castelo

Vitória Lopes

APOIOS



CONTACTOS

E-mail: conferenciaspcs.ubi@gmail.com
Site: https://5ci-pcs.ubi.pt/

Instagram: @ci.pcs.ubi

Morada: Estrada do Sineiro, 6200-209, Covilhã

ÍNDICE

PREÂMBULO 11

CAPÍTULO 1: SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO 12

A clínica psicológica sob a lógica neoliberal: compromisso entre política normativa e política alternativa 12
Autoestima e sintomas depressivos em jovens adultos segundo género e situação profissional 22
Discriminação, Resiliência e Saúde Mental: Estudo Comparativo entre Géneros na População Portuguesa 40
Pobreza, etnicidade e saúde psicossocial: Dados preliminares de um estudo qualitativo 60
Preditores de desempenho no trabalho: Work-life Balance, Meaning e Saúde 80
Predictors of work performance: Work-life balance, meaning and health 80
Qualidade de Vida Percebida em Pessoas com Queixas Psicopatológicas 99
SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR ESTUDANTIL: Dados preliminares de um estudo de caracterização 112
A Regulação Emocional em Adultos com Deficiência Intelectual: Revisão Sistemática da Literatura 130

CAPÍTULO 2: NEUROCIÊNCIA E COMPORTAMENTOS DIGITAIS 148

A Relação entre a Dependência do *Smartphone*, *Distress* Psicológico e a Solidão na Era Digital 148
Comportamentos online e adições às novas tecnologias 168
Entropia Espectral de Fontes EEG na Doença de Alzheimer: Localização com sLORETA e Classificação por Machine Learning 189
Falhas cognitivas e sintomas psicopatológicos: civis vs. militares portugueses 204
O papel das dimensões transdiagnósticas de internalização e alexitimia na modulação dos potenciais evocados cardíacos 221
Potência teta frontal e coerência alfa frontoparietal na perturbação depressiva major 239

CAPÍTULO 3: FAMÍLIA, PARENTALIDADE E INFÂNCIA 248

Coparentalidade e emoções na criança: Associações com o ajustamento parental e infantil 248
Estilos Parentais em Contexto Continental e Insular: Um Projeto de Investigação em Curso sobre Saúde Mental Infantil e Familiar 273
Fator Socioeconómico como Determinante do Risco Familiar: Evidências de uma Amostra Comparativa 284
Fatores determinantes das motivações para a parentalidade: protocolo de uma *scoping review* 305
Luto Antecipatório em Familiares de Doentes Oncológicos 315

CAPÍTULO 4: GÉNERO E VIOLÊNCIA 338

Estudo de Caso: Violências e Adaptação das Criadoras de Conteúdo em Portugal. 338
Perceção da Vítima Masculina: Estereótipos, Gravidade e Ajuda em Estudantes Universitários 357
Protocolo de Atendimento Psicológico a Mulheres Vítimas de Violência de Género Internadas num Hospital de Urgência 387
Projeto Bem-Vinda Mulher Imigrante: viabilidade e aprendizagens de uma intervenção psicoeducativa comunitária..... 403

CAPÍTULO 5: SEXUALIDADE E SAÚDE SEXUAL 428

Bem-Estar Sexual e Qualidade de Vida na Lesão Vertebro-Medular: Uma Perspetiva Biopsicossocial..... 428
Desafios da Educação Sexual e Reprodutiva no Contexto Escolar em Moçambique: Entre Políticas e Prática..... 446
Entre Amor e Desejo: Erotismo na Maturidade e Saúde Sexual..... 461

CAPÍTULO 6: SAÚDE, ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA 478

Atividades de Lazer e Bem-Estar Psicológico em Adultos Portugueses..... 478
Eficácia do *Biofeedback* na Promoção da Saúde Física e Mental. Revisão Sistemática (2022–2025) 486
Fibromialgia na Adolescência: Uma Abordagem Integrada para a Interrupção do Ciclo Dor-Emoção..... 499
Intervención psico-educativa para favorecer un envejecimiento activo y saludable 516
Intervenções Psicológicas Digitais Breves no Envelhecimento: Uma Revisão Integrativa da Literatura 530
Lazer & *Coping* em Tempos Ecologicamente Desafiantes..... 550
Lazer em Função da Idade em Adultos Portugueses..... 563
Perceção da Qualidade de Vida em Indivíduos com Diabetes Mellitus Tipo 2 571
Relação entre o perfil sociodemográfico, o estresse e o enfrentamento em acompanhantes de pacientes hospitalizados com Lesão Encefálica Adquirida 588
Relação entre qualidade do sono e *burnout* nos estudantes de medicina 598

CAPÍTULO 7: CONTEXTO EDUCATIVO E ENSINO SUPERIOR..... 625

A PRISMA Literature Review of The Sense of Belonging Among Immigrant Students in Primary and Secondary Education. 625
Bem-Estar e Regulação Emocional em estudantes de 1.º ano da Universidade da Beira Interior..... 641
Integração Académica e Saúde Mental no Ensino Superior: Um Estudo Qualitativo 661
Intervenção de posvenção em contexto escolar: Dinamização do Programa Mais Contigo 673
Lidar com a Ansiedade no Ensino Secundário: Adaptação do Programa "4YourMind" 688
Tutorias no ensino superior: Contributos para as emoções e a satisfação dos estudantes 706

CAPÍTULO 8: INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA E PSICOTERAPIA 719

Dinâmicas Subjectivas e Expectativas em Teatro Terapêutico com Adolescentes Vulneráveis..... 719

Formação de Não Profissionais em Primeira Ajuda Psicológica: Avaliação de um Programa 725
Intervenções psicodramáticas na saúde mental de adolescentes: processos de mudança terapêutica individual em grupo 740
Mediação cultural e inovação em psicoterapia psicanalítica: contributos do trabalho com migrantes 757
Quando o Corpo Responde à Emoção: Caso Clínico de Perturbação Neurológica Funcional na Adolescência 775

CAPÍTULO 9: PSICOMETRIA 786

Adapting the Symptom Checklist 90 (SCL-90) for Portugal: Beyond Translation Towards Construct Equivalence 786
Atitudes face à IA: Revisão de um instrumento e proposta de validação 794
Coping Strategies Questionnaire in Primary Dysmenorrhea: psychometric properties 812
Estudo das Propriedades Psicométricas da Photo Manipulation Scale 845
Green Eating Behaviours: Psychometric properties in a representative sample of Portuguese adults 863

PREÂMBULO

A realidade em que vivemos no contexto atual, independentemente do nível em que nos coloquemos, local, regional, nacional ou global, coloca os cidadãos perante margens substanciais de incerteza face ao futuro. Bastará pensar nos conflitos político-militares, alguns anos atrás apenas previstos ou antecipados por um punhado de analistas mais argutos e atentos, para vermos as nuvens sombrias que pairam sobre o futuro das novas gerações, nuvens essas adensadas pela enorme fatura material e emocional que vamos pagando cada dia que passa. Por outro lado, os resultados das opções políticas e da própria ação política, são pouco animadores. Isto porque, se por um lado, vemos ser posto em causa o quadro de referência axiológico que acreditamos estar na base dos mais elementares direitos humanos e, portanto, de todo o avanço civilizacional, por outro, não tem sido possível observar na ação política ações competentes e os consequentes resultados capazes contribuir de uma forma séria e eficaz para debelar as dificuldades a que nos referimos.

Em tempos de incerteza decorrente de mudanças nem sempre suficientemente antecipadas, são múltiplos os desafios que enfrentam os profissionais e investigadores na área da Psicologia Clínica e da Saúde, quer seja no sentido de contribuir para aumentar a nossa capacidade de compreensão dos próprios fenómenos, quer seja no sentido de ajudar aqueles cujo limiar de tolerância à incerteza foi ultrapassado ou que, de alguma forma, necessitam de ver melhorada a sua capacidade de resposta às exigências adaptativas.

Podemos afirmar que aquela multiplicidade de desafios se encontra representada em toda a diversidade dos temas a apresentados seja pelos conferencistas convidados(s) de mérito e reconhecimento internacional, seja pelos restantes participantes, cujos trabalhos submetidos constam deste Livro de Atas e pelos quais fomos surpreendidos e ficamos gratos. É que, neste labor profissional e académico, vemos também uma afirmação de cidadania, para além da natural vontade de melhor compreender as dificuldades e melhor fundamentar soluções para as mesmas.

Esperamos que nesta experiência partilhada nos possamos superar na construção de mais e melhor conhecimento na área da Psicologia Clínica e da Saúde, que contribua para superar os desafios da atualidade.

Por fim, dado que as Conferências Internacionais em Psicologia Clínica e da Saúde da UBI são pensadas e desenvolvidas no contexto do 3º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde é devida uma palavra de reconhecimento pelo seu contributo para este projeto a todas as alunas e alunos, e, na pessoa da atual diretora, Professora Doutora Graça Esgalhado, a todas e a todos os colegas.

O Coordenador da Comissão Científica Manuel Joaquim Loureiro

Professor Catedrático

CAPÍTULO 1: Saúde Mental e Bem-Estar Psicológico

A clínica psicológica sob a lógica neoliberal: compromisso entre política normativa e política alternativa

Lucas Pimentel[1], Mary Yoko Okamoto [2], Cidália Duarte[1]

[1] Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP), Portugal
[2] Universidade Estadual Paulista (UNESP), Brasil

Autor Correspondente: Lucas Pimentel. **E-mail:** lukaspimentel@live.in

Resumo: Verifica-se uma mudança na racionalidade clínica sob a égide neoliberal. Como refere Dunker (2022), ao estar orientada pelo processo de literalização e de encaixotamento do sofrimento psíquico em forma de "uma lista de sinais descritivos, isolados de um nexo narrativo" (p. 177), produz-se uma subjetividade pautada no sentimento de culpa e na destituição da dimensão política do sofrimento. Sob inspiração de Foucault, aborda-se o âmbito político como condição de reflexão para responder à questão de investigação: como sustentar uma política de intervenção psicológica alternativa à política normativa que pede 'resultados'? Este trabalho pauta-se na análise do discurso como orientação metodológica, privilegiando a dimensão da enunciação. Propõe-se a dialética entre duas modalidades políticas de clínica psicológica: uma política normativa pautada na imediatez, custo-benefício, generalização e protocolos que consente à lógica hegemônica e uma política alternativa que a tensiona a partir da primazia da experiência, dos princípios epistemológicos e do caso a caso, expandindo-a para além da primazia dos 'resultados'. Face ao contexto hegemônico pautados na lógica neoliberal, a sustentação da clínica psicológica pautada no compromisso entre a política normativa e a política alternativa constitui-se como um ato clínico, ético e político, contribuindo para uma maior abrangência interventiva no âmbito da Psicologia da Saúde.

Palavras-chave: Racionalidade clínica; Sofrimento psíquico; Política normativa; Política alternativa; Neoliberalismo.

Abstract: A shift in clinical rationality can be observed under the aegis of neoliberalism. As argued by Dunker (2022), when clinical practice becomes oriented toward the literalization and compartmentalization of psychic suffering into "a list of descriptive signs, isolated from a narrative nexus" (p. 177), it contributes to the production of subjectivities marked by guilt and by the erosion of the political dimension of suffering. Drawing on Foucault's perspective, the political sphere is approached as a critical framework for addressing the following research question: how can a politics of psychological intervention be sustained as an alternative to the normative policy that demands measurable "results"? This study adopts discourse analysis as its methodological orientation, with particular emphasis on the dimension of enunciation. It proposes a dialectical distinction between two political modalities of psychological practice: a normative politics grounded in immediacy, cost-effectiveness, standardization, and protocol-driven interventions that aligns with hegemonic logic; and an alternative politics that challenges such logic through the primacy of lived experience, epistemological principles, and case-by-case engagement, extending clinical practice beyond a narrow focus on outcomes. In the context of neoliberal hegemony, sustaining psychological practice through a commitment to both normative and alternative political orientations constitutes a clinical, ethical, and political act. Such a stance contributes to a broader scope of intervention within the field of Health Psychology.

Key-Words: Clinical rationality; Psychic suffering; Normative politics; Alternative politics; Neoliberalism

1. Introdução

A clínica psicológica sofreu alterações substanciais com a emergência do neoliberalismo. Pesquisadores realçam seus efeitos para a subjetividade e para o campo social. À guisa de contexto histórico, Franco et al. (2022) situam a emergência do neoliberalismo no colóquio Walter Lippmann em 1938 onde esteve a ser elaboradas

teorias visando alocar a liberdade económica no centro do sistema, de modo que se configurou como um novo discurso econômico para fazer face aos impasses do capitalismo frente à depressão de 1930.

Como menciona Dunker (2022), enquanto o liberalismo keynesiano primava pela confiança na razão sistémica do mercado, na ergonomia e proteção dos trabalhadores como fatores que fomentava o aumento de produtividade, o neoliberalismo administra deliberadamente o sofrimento psíquico em determinada dose como fator de impulso para o aumento da produtividade, o que incidiu nas alterações de racionalidade no campo da ciência psicológica, especificamente, nos modos de gestão do sofrimento psíquico.

Neste sentido, uma série de proposições foram sustentadas por investigadores que se debruçam sobre esta temática. Silva et al. (2022) situam como uma episteme, o que incide nas formas de pensar, sentir, desejar e no modo de governabilidade, nomeadamente, na gestão de si e dos outros por meio da produção de discursos que atravessam o tecido social.

Safatle et al. (2022) destaca neste contexto a emergência de uma psicologia moral com consequências para os modos de sujeição psíquica e sofrimento social quando passa a "se servir de termos psicológicos e morais para falar sobre processos económicos" (p. 19), o que incide na individualização de problemáticas socioeconómicas através da eliminação da esfera política enquanto espaço efetivo de decisão e deliberação.

Não obstante, o autor também situa a lógica neoliberal como uma engenharia social que forja uma nova matriz subjetiva a nível social e psíquico pautada no ideal de performance. Neste sentido, é realçado os efeitos para a subjetividade pela via da internalização de predisposições psicológicas pautadas na "generalização de princípios empresariais, de performance, investimento, de rentabilidade, de posicionamento para todos os meandros da vida" (p. 30) que fomentam a compreensão de si como empresários de si próprios.

Com a passagem do modelo do conflito para o modelo do défice na racionalidade clínica, opera-se uma (re)configuração da conceção e intervenção do sofrimento psíquico ao "passar do social ao psíquico e levar sujeitos a não se verem mais como portadores e mobilizadores de conflitos estruturais, mas como operadores de performance, otimizadores de marcadores não problematizados" (Safatle et al., 2022, p. 25), fomenta a individualização do sofrimento psíquico através de grelhas universalizadas sujeitadas a um ideal de normalidade.

Deste modo, o resultado desta mudança de lógica na racionalidade clínica estabeleceu uma nova definição de normalidade psicológica pautada em padrões de avaliação e gerenciamento de conflitos provenientes da administração de empresas, o que levanta questões acerca de suas incidências para a subjetividade. Os efeitos fazem-se notar na prática clínica e na organização das instituições que prestam cuidado psicológico. Sá (2017) identifica a pressão derivadas das normas institucionais que fomentam a performance a partir de grelhas pré-concebidas, a saber, quando "pede-se a realização de um número de consultas dificilmente conciliável com o tempo necessário a uma escuta e a um trabalho de qualidade e continuidade" (p. 56). Ao mencionar que

> O tempo psicoterapêutico contrasta certamente com o tempo do que se convencionou designar como *hipermodernidade* e o fantasma da imediatez que impõe ao campo social e pessoal, com a velocidade decalcada do mundo do mercado, com uma certa obsessão tecnocientífica, com a urgência de respostas, com a ideia de pessoa previsível e prontamente disponível para uma moldagem adaptativa (Sá, 2017, p. 55).

Nota-se que o fantasma da imediatez e moldagem adaptativa propostos pela autora está em consonância com o movimento de "literalização e de encaixotamento dos pacientes em uma lista de sinais descritivos, isolados de um nexo narrativo" (Dunker, 2022, p. 177), o que incide na reconfiguração na forma de compreender, classificar e de tratar o sofrimento psíquico. A nível da subjetividade, os sujeitos estão (re)alocados em uma relação de (in)suficiência face aos marcadores onde se verifica a destituição da enunciação dos sujeitos e a primazia dos enunciados fornecidos pelos manuais diagnósticos e grelhas institucionais que configuram um circuito fechado. Ao não equacionar a historicidade, o sentido e o desejo que singulariza o sofrimento oferecendo-lhe contornos próprios, o que fica é o fechamento de sentido que fomenta um encaixe adaptativo.

Deste modo, importa realçar que sob este *ethos*, as modalidades de sofrimento mostram-se como independentes, a-históricas, desprovidas de sentido e pautadas em uma suposição de défice individual, destituindo-se a inscrição da singularidade provenientes dos atravessamentos simbólicos e imaginários que o sustenta. Elia (2023) tensiona essa racionalidade ao apontar o pretenso a-teoricismo que resguarda uma leitura de base biológica e comportamental e que promove o movimento de patologização da sociedade em consonância aos interesses do neoliberalismo.

Neste sentido, Audino e colaboradores (2018), menciona a evolução do Manual de Diagnósticos e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana (DSM) e aponta para a diminuição da esfera da normalidade. Os autores apontam a utilização dos medicamentos de base química como forma de lidar com dificuldades associadas a insónia, mau humor, timidez, onde há o deslocamento do tratamento de sintomas para a melhoria da performance. Sob a lógica totalizante que sustenta este *ethos,* Neves e colaboradores vão mencionar o "deslocamento da dimensão conflitiva do sofrimento para aquela de uma necessidade de aperfeiçoamento adaptativo" (p. 168), bem como, "a redução cínica e radical das possibilidades de ser, de sofrer e, principalmente, de transformar o mundo" (p. 169), o que incide na supervalorização das funções do Eu e da primazia da iniciativa pessoal que fomenta uma consciência marcada pela vergonha, insuficiência e culpa frente a experiências de sofrimento psíquico.

Em contrapartida, como alternativa ao contexto de performance, importa recuperar o que Figueiredo (2011) menciona como a 'dimensão ética originária da clínica', a saber, quando a realça como antítese à técnica moderna derivada do modelo utilitarista hegemônico. Ao retomar a noção de técnica como *poíesis* no sentido de *dar a ver*, *inclinar-se diante de*, realça uma estética singular da relação terapêutica, o que fornece as condições para "uma experiência ética original, a do encontro com o inesperado na sua irredutível alteridade, um encontro com o que se eleva à minha frente invalidando-me e intimando-me a ser, desatualizando-me e conclamando-me à atualização" (Figueiredo, 2011, p. 170).

Deste modo, a conceção de sujeito neoliberal levanta questões de ordem política e de poder para a prática clínica à medida que se verifica uma tensão discursiva entre a prática clínica a (re)produção de conhecimento psicológico. Ora, enquanto a prática clínica realça os contornos singulares de suas práticas que não se reduzem a enunciados pré-concebidos, a segunda escreve-se somente sob a forma da objetivação e sujeição a uma matematização como condição de elegibilidade no paradigma científico dominante, o que levanta questões fundamentais acerca das condições de (re)produção de conhecimento psicológico e de suas repercussões para a prática clínica, principalmente em contextos institucionais.

Neste sentido, aborda-se o âmbito político como condição de reflexão para responder à questão de investigação: como fornecer condições para a sustentação de uma

política de intervenção psicológica alternativa à política normativa que pede ‘resultados’ pautados na imediatez, no custo-benefício e na sujeição a protocolos?

2. Métodos

Este trabalho pauta-se na análise do discurso como orientação metodológica, privilegiando a dimensão da enunciação dos autores. Ao conceber a clínica psicológica não apenas como conjunto de práticas técnicas, mas como campo discursivo atravessado por racionalidades políticas, institucionais e normativas, importa situar como determinadas formas de leitura do sofrimento psíquico produzem modos específicos de conceber o sujeito, a intervenção clínica e a subjetividade.

Deste modo, procedeu-se à análise da coletânea de artigos presentes em Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico do Laboratório Interunidades de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise (Latesfip-USP) em consonância com a temática e objetivo do estudo. O material foi submetido a leitura sistemática com foco na identificação de modos de racionalidade clínica, conceção do sofrimento, de sujeito, visando a identificação de lógicas discursivas que estruturam o modo como a clínica é pensada e praticada.

3. Resultados

Em vista da hegemonia da performance sustentada pelo novo paradigma discursivo do sofrimento psíquico, da nova definição de normalidade psicológica e atendendo que

> A maneira como interpretamos o sofrimento, atribuindo-lhe causalidade interna ou externa, imputando-lhe razões naturais ou artificiais, agregando-lhe motivos dotados ou desprovidos de sentido, muda literalmente a experiência mesma de sofrimento. Isso é crucial na determinação dos sintomas e condiciona eventualmente sua reversibilidade clínica […] Controlar a gramática do sofrimento é um dos eixos fundamentais do poder (Safatle, 2022, p. 13).

Foi realizada uma articulação entre conceitos como chave de leitura para endereçar uma reflexão estrutural à clínica psicológica e seu ethos frente ao sofrimento psíquico.

Deste modo, infere-se a dialética entre duas modalidades políticas de clínica psicológica: uma política normativa pautada na imediatez, custo-benefício, generalização e protocolos que consente à lógica hegemônica e uma política alternativa que a tensiona a partir da primazia da experiência, dos princípios epistemológicos e do caso a caso, expandindo-a para além da primazia dos 'resultados'.

Política Normativa	Política Alternativa
Primazia da imediatez	Primazia da experiência
Lógica de custo-benefício	Lógica relacional
Generalização	Caso a caso
Protocolo	Princípios epistemológicos
Cura como conceito médico	Cura como conceito filosófico
Sintoma como doença	Sintoma como mensagem cifrada
Convenção	Invenção
Universalidade	Singularidade

4. Discussão

A distinção entre política normativa e política alternativa é uma construção analítica própria elaborada a partir da questão de investigação. Ela permite conceber a clínica psicológica como campo de tensão dialética entre modos de subjetivação pautados, ora na normalização, ora no questionamento da experiência. De notar que a formalização do *continuum* está pautada na linguagem e em seus efeitos na economia psíquica, a saber, na diferença entre enunciado e enunciação, no papel dos significantes na estruturação psíquica que realça a possibilidade deslocar o sentido das convenções e fomentar a invenção ao experienciar algo que escapa às malhas do sentido.

Sob a égide da fala e da linguagem, realça-se a função da historicidade e do devir ao operar torções discursivas que subvertem determinados modos de sustentação do eu e de cuidado de si, onde a singularidade encontra espaço para além dos enunciados pautados na universalidade. Deste modo, ela não corresponde a uma tipologia fechada, trata-se de um *continuum* que situa dois polos de tensão que estão invariavelmente

dialetizados na experiência clínica, visto à sua constituição como uma prática historicamente situada e atravessada por relações entre saber, poder e subjetivação.

Referente à tabela, a política normativa designa os momentos em que a clínica psicológica se alinha com exigências de eficácia, adaptação, imediatez e mensuração. Neste âmbito, a escuta clínica fica primordialmente pautada na primazia dos enunciados através da identificação de categorias descritivas que fecham o sentido. Deste modo, os protocolos podem destituir princípios epistemológicos ao serem tomados como reflexo preciso da realidade concreta, ou seja, quando a enunciação é silenciada pelo enunciado. O que se aproxima do que Dunker (2022) desenvolve como uma identificação aos marcadores pré-estabelecidos sob a forma de uma lista de sinais descritivos, no entanto, isolados de um nexo narrativo, o que a torna redutora e sem ligação com a historicidade do paciente, onde realça-se o que Sá (2017) denominou como moldagem adaptativa.

Também, associa-se com Safatle (2022) ao mencionar a reconstrução das formas de descrição e categorização do sofrimento psíquico a partir do DSM-III, o que configurou uma rutura com a dimensão social do sofrimento em prol das categorias pré-estabelecidas. Como indaga o autor "nem todo sintoma nos faz sofrer, e nem toda forma de sofrimento é um sintoma. Determinar qual sofrimento é legítimo e qual não é, portanto, é uma questão não apenas clínica, mas também política" (p. 11). Deste modo, verifica-se que a pretensa neutralidade e ateoricismo estão bem comprometidas com a matriz biológica e comportamental, como aponta Elia (2023).

Em contrapartida, a política alternativa designa os movimentos em que os profissionais visam sustentar a experiência pautada no caso a caso e na reflexão epistemológica, o que impede que a clínica seja reduzida à produção de resultados de forma mecanizada e acrítica. Neste sentido, a escuta clínica tem a primazia da enunciação, logo, prima-se pela historicidade, pela forma e pelo conteúdo, não para ser encaixado em uma grelha senão como uma construção de uma posição singular, visto que determinados sintomas muitas vezes não estão reduzidos a uma doença, mas possuem uma função na economia psíquica do sujeito, de modo que não se deve furtar ao questionamento mais aprofundado para elucidar o seu sentido em casos específicos.

Ora, este *ethos* remonta a discussão proposta por Figueiredo (2011) quando retoma a dimensão ética originária da clínica, deslocando a pretensa remoção de sintomas empreendida pela tecnociência que empreende uma decomposição da vida psíquica para uma experiência ética que convoca a atualização de si através da alteridade e pela lógica

do encontro. Nesta via, o sentido de cura é ampliado para além do modelo biomédico que prima pela remoção sintomática de cariz mecanicista e/ou organicista.

Sendo assim, importa realçar a tensão estrutural entre a prática clínica e a (re)produção de conhecimento como condição de sustentação de uma posição ética frente ao que escapa aos enunciados pré-estabelecidos. Bem como, apontar que tal dinâmica não pretende destituir os diagnósticos e os construtos psicológicos senão desvelar a sua génese para apontar as implicações de sua hipostasia que pode fomentar o fechamento de sentido e uma escuta pautada exclusivamente em leituras universais do saber psicológico.

Neste sentido, pode-se concluir que face ao contexto hegemônico pautados na lógica neoliberal, o compromisso entre a política normativa e a política alternativa mostra a sua relevância ao legitimar um modo de racionalidade que tenha em conta o tempo necessário ao trabalho de elaboração, que coloque em questão as grelhas pré-concebidas e as padronizações derivadas do ideal de performance que fomentam um *savoir-faire* performático ao destituir uma noção de experiência mais abrangente.

Visto que a clínica não está reduzida ao tratamento do sofrimento, mas também participa da produção de modos de nomear, classificar e governar esse sofrimento, a sustentação da clínica psicológica sob este compromisso constitui-se como um ato clínico, ético e político, respetivamente, ao preservar a singularidade do caso, ao interrogar o lugar do sujeito e do sofrimento e quando resiste à redução da intervenção psicológica a uma resposta rápida, mensurável e adaptativa.

A título de conclusão, as implicações para a prática mostram-se relevantes e pertinentes ao contribuir para uma maior abrangência da racionalidade clínica no âmbito da Psicologia da Saúde para além da política normativa, oferecendo espaço para endereçar questões clínicas e de investigação ao que não consente aos protocolos previamente estabelecidos e fomentando o pensamento crítico frente ao conhecimento legitimado.

Contudo, traz limitações por se tratar de um trabalho de cariz estritamente teórico, o que não oferece uma visão a partir da prática profissional. Neste sentido, como direção para pesquisas futuras, cabe questionar profissionais em campo que estão sujeitos a lógica neoliberal em instituições de modo a obter dados que possam contribuir para a discussão da clínica psicológica neste contexto a partir de dados empíricos.

5. Referências Bibliográficas

Audino, T. F., Pacheco-Ferreira, F., & Herzo, R. (2018). O imperativo da felicidade nos dias atuais. *Trivium - Estudos Interdisciplinares, 10*(1), 49-59.

Dunker, C. (2022). A hipótese depressiva. Em V. Safatle, N.S. Junior, C. Dunker (Orgs.), *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico* (pp. 177-214). Autêntica.

Elia, L. (2023). *A ciência da psicanálise. Metodologia e princípios*. Editora 70.

Figueiredo, L. C. M. (2011). *Revisitando as psicologias: da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos (6ª edição).* Vozes.

Franco, F., Castro, J. C. L., & Manzi, R. (2022). O sujeito e a ordem do mercado: gênese teórica do neoliberalismo. Em V. Safatle, N.S. Junior, C. Dunker (Orgs.), *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico* (pp. 47-76). Autêntica.

Neves, A., Ismerim, A., & Brito, B. (2022). A psiquiatria sob o neoliberalismo: da clínica dos transtornos ao aprimoramento de si. Em V. Safatle, N.S. Junior, C. Dunker (Orgs.), *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico* (pp. 125-176). Autêntica.

Rose, N. (2011). *Inventando nossos selfs. Psicologia, poder e subjetividade*. Editora Vozes

Sá, M. T. (2017). Da escuta nos tempos que correm. Em L. Fernandes (Org.), *Conhecimento de si na sociedade do conhecimento: cinco textos inquietos* (pp. 53-64). Apuro Edições.

Safatle, V., Junior, N. S, & Dunker, C. (2022). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Autêntica.

Safatle, V. (2022). A economia é a continuação da psicologia por outros meios: sofrimento psíquico e o neoliberalismo como economia moral. Em V. Safatle, N.S. Junior, C. Dunker (Orgs.), *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico* (pp. 17-46). Autêntica.

Silva, D. P., Pestana, H., & Andreoni, L. (2022). Matrizes psicológicas da episteme neoliberal: a análise do conceito de liberdade. Em V. Safatle, N.S. Junior, C. Dunker (Orgs.), *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico* (pp. 77-124). Autêntica.

Autoestima e sintomas depressivos em jovens adultos segundo género e situação profissional

Maria João Neves[1], Inês Duarte[1], Daniela Mota[1], Pollyana Hoelzle[1], Henrique Pereira[1]

[1] Universidade da Beira Interior, Portugal

Autor Correspondente: Maria João Neves. **E-mail:** maria.joao.neves@ubi.pt

Resumo: A literatura em saúde mental destaca a autoestima como fator protetor face à sintomatologia depressiva em jovens adultos, sendo pertinente analisar o papel do género e da situação profissional nesta fase de transição para a vida adulta. Este estudo teve como objetivo avaliar os níveis de autoestima e de sintomas depressivos em jovens adultos, em função do género e da situação profissional. Trata-se de um estudo quantitativo com 624 participantes entre os 18 e os 30 anos, sendo que cerca de 33% são empregados, 6% desempregados, 61% de estudantes; 70% de mulheres e 30% de homens. Os dados foram recolhidos num formulário online e analisados estatisticamente com recurso ao software IBM SPSS. Foram aplicadas a Escala de Autoestima de Rosenberg e a subescala de Depressão do BSI-18. Os resultados indicaram níveis moderadamente baixos de autoestima e moderadamente elevados de sintomas depressivos e foi observada uma correlação negativa forte entre autoestima e depressão. Por género, os homens apresentaram maior autoestima e as mulheres níveis mais elevados de sintomatologia depressiva. Quanto à situação profissional, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas na autoestima e nos sintomas depressivos. Observou-se que a autoestima é um preditor negativo forte. Em suma, enquanto fator protetor, torna prioritária a promoção da autoestima na prevenção da saúde mental em jovens adultos, reforçando-a como foco na Psicologia Clínica e da Saúde.

Palavras-chave: Autoestima; Género; Jovens Adultos; Sintomas Depressivos; Situação Profissional.

Abstract: The mental health literature highlights self-esteem as a protective factor against depressive symptoms in young adults, making it relevant to analyse the role of

gender and employment status during this transition to adulthood. This study aimed to assess levels of self-esteem and depressive symptoms in young adults, according to gender and employment status. This is a quantitative study with 624 participants aged between 18 and 30 years, of whom approximately 33% are employed, 6% unemployed, and 61% students; 70% are women and 30% are men. The data were collected through an online form and statistically analysed using IBM SPSS software. The Rosenberg Self-Esteem Scale and the Depression subscale of the BSI-18 were applied. The results indicated moderately low levels of self-esteem and moderately high levels of depressive symptoms, and a strong negative correlation between self-esteem and depression was observed. Regarding gender, men showed higher self-esteem, while women presented higher levels of depressive symptomatology. Concerning employment status, no statistically significant differences were found in self-esteem or depressive symptoms. Self-esteem was identified as a strong negative predictor. In summary, as a protective factor, the promotion of self-esteem should be a priority in mental health prevention among young adults, reinforcing its importance as a focus within Clinical and Health Psychology.

Keywords: Self-Esteem; Gender; Young Adults; Depressive Symptoms; Occupational Status.

1. Introdução

A transição para a vida adulta - frequentemente conceptualizada como emerging adulthood - corresponde, para muitos autores, ao período entre os 18 e os 30 anos, sendo marcada por múltiplas transições sociais, académicas e laborais que representam riscos e oportunidades para o desenvolvimento psicológico (Arnett et al., 2014). Neste sentido, esta fase assume particular relevância para o estudo dos sintomas depressivos e da autoestima (Arnett et al., 2014). Em Portugal, a literatura tem evidenciado uma prevalência elevada de sintomas depressivos e níveis variáveis de autoestima nesta faixa etária (G. Silva et al., 2025; Neves et al., 2024).

Nos últimos anos, diversos relatórios e estudos nacionais documentam níveis preocupantes de sofrimento psicológico nesta população, indicando um agravamento da saúde mental dos jovens após a pandemia de COVID-19, com maior prevalência de sintomas depressivos nos indivíduos nesta faixa etária, em comparação com outras faixas

etárias (G. Silva et al., 2025; Amaro et al., 2024). No que respeita à relação entre variáveis psicológicas, estudos realizados com estudantes universitários portugueses indicam que a autoestima se associa negativamente ao stress e à sintomatologia depressiva (Neves et al., 2024; Orth & Robins, 2023).

A literatura recente também evidencia diferenças significativas em função do género, sendo que as mulheres jovens adultas tendem a apresentar níveis mais elevados de ansiedade e sintomas depressivos, bem como níveis inferiores de autoestima, comparativamente aos homens (European Commission [Comissão Europeia], 2023; Matud et al., 2020). O relatório da Comissão Europeia (2023) indica ainda que Portugal apresenta uma das maiores disparidades de género na sintomatologia depressiva na Europa.

Por outro lado, a inserção no mercado de trabalho assume-se como uma variável crítica para a saúde mental nesta fase do ciclo de vida. Em Portugal, a precariedade laboral e o desemprego jovem continuam a afetar significativamente o bem-estar dos jovens adultos, estando associados a níveis mais elevados de sintomas depressivos (Coelho et al., 2021; Macassa et al., 2021). Adicionalmente, estudos anteriores indicam níveis elevados de sintomatologia depressiva tanto em estudantes (Amaro et al., 2024) como em desempregados (Vieira, 2014), sugerindo que ambos os grupos apresentam maior vulnerabilidade. No entanto, não existe evidência nacional que compare diretamente estes grupos em jovens adultos.

Relativamente aos níveis de autoestima segundo a situação profissional, Gomes (2014) encontrou que a média dos níveis de autoestima dos empregados é superior aos dos estudantes que, por sua vez, são mais elevados do que os níveis dos desempregados. Neste estudo ainda foi confirmado que a autoestima prediz e influencia positivamente a perceção de empregabilidade. Segundo Minarelli (1995, como citado em Gomes, 2014), a empregabilidade é definida como a capacidade de um profissional estar empregado. Neste contexto, a autoestima assume um papel relevante para que o jovem adulto tenha uma atitude proativa na procura de emprego apesar das dificuldades que possa encontrar (Vieira & Coimbra, 2006, como citado em Gomes, 2014).

Com base na problemática e na revisão da literatura apresentada, definiu-se o objetivo geral, que consiste em analisar as diferenças nos níveis de autoestima e de sintomas depressivos em jovens adultos, tendo em conta o género (feminino ou

masculino) e a situação profissional (empregado, desempregado e estudante). De forma mais específica, pretende-se:

Objetivo 1: Avaliar os níveis de autoestima na amostra;

Objetivo 2: Avaliar os níveis de sintomas depressivos;

Objetivo 3: Determinar o grau de associação entre autoestima e sintomas depressivos;

Objetivo 4: Comparar os níveis de autoestima em função do género;

Objetivo 5: Comparar os níveis de sintomas depressivos por género;

Objetivo 6: Comparar os níveis de autoestima entre diferentes categorias de situação profissional;

Objetivo 7: Comparar os níveis de sintomas depressivos entre categorias de situação profissional;

Objetivo 8: Analisar o poder preditivo das variáveis sociodemográficas e da autoestima na depressão.

Com base nestes objetivos, foram formuladas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: A amostra apresenta níveis moderados de autoestima;

Hipótese 2: A amostra apresenta níveis elevados de sintomas depressivos;

Hipótese 3: Existe um grau de associação forte, negativo e significativo entre a autoestima e os sintomas depressivos;

Hipótese 4: As mulheres apresentam níveis mais baixos de autoestima do que os homens;

Hipótese 5: Os homens apresentam níveis de sintomas depressivos mais baixos do que as mulheres;

Hipótese 6: Os indivíduos empregados apresentam níveis mais elevados de autoestima do que os desempregados;

Hipótese 7: Os indivíduos desempregados apresentam níveis mais elevados de sintomas depressivos do que os estudantes;

Hipótese 8: A autoestima, o género e a situação profissional são preditores significativos dos níveis de sintomas de depressão.

2. Métodos

O presente estudo assume um desenho quantitativo, transversal e de natureza descritivo-correlacional, e tem como objetivo analisar as relações entre variáveis

psicológicas e sociodemográficas em jovens adultos. O estudo respeitou os princípios estabelecidos na Declaração de Helsínquia e obteve aprovação do Conselho de Ética da Universidade da Beira Interior (Processo: CE-UBI-Pj-2021-047). Após a recolha, os dados foram armazenados em bases encriptadas, acessíveis apenas aos investigadores mediante credenciais seguras. A amostragem foi realizada por conveniência, tendo os participantes sido recrutados através de um formulário online na plataforma Microsoft Forms, o qual esteve disponível entre 15 e 25 de setembro de 2025. A divulgação foi realizada através de redes sociais e outros canais digitais, com o objetivo de alcançar a população-alvo. A participação foi voluntária e todos os princípios éticos aplicáveis à investigação com seres humanos foram rigorosamente assegurados: consentimento informado, garantia de anonimato e confidencialidade dos dados.

2.1 Participantes

Foram considerados elegíveis para participação indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, uma vez que a investigação se destina à população adulta, garantindo a adequação dos instrumentos utilizados e o respeito pelos princípios éticos associados à participação de menores em estudos científicos. Desta forma, da amostra inicial (n = 928), foram excluídos 5 sujeitos por não satisfazerem os critérios de inclusão, resultando num total de 923 participantes (n = 923).

Dado que o objetivo do estudo consiste em analisar os níveis de autoestima e de sintomas depressivos em jovens adultos, definidos na literatura como indivíduos entre os 18 e os 30 anos, foram posteriormente excluídos os participantes com idade superior a 30 anos e aqueles cuja situação profissional não se enquadrava em empregado, desempregado ou estudante. A análise centrou-se exclusivamente nas categorias de género masculino e feminino, permitindo comparações estatísticas diretas entre grupos com dimensão amostral adequada, tendo as restantes categorias sido excluídas devido à sua reduzida representatividade. Após a aplicação destes critérios, a amostra final passou a ser constituída por 624 participantes válidos para análise.

No que respeita às características sociodemográficas da amostra em análise (ver Tabela 1), esta é composta por 624 participantes (n = 624), com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos (M = 21.88; DP = 2.65), predominantemente residentes em Portugal (95.5%), seguindo-se o Brasil (1.3%) e a França (1%). A nacionalidade maioritária foi a portuguesa (90.3%), complementada por representações do Equador e

Brasil (2.4% cada), Angola (1.6%), Cabo Verde (1.4%) e outras nacionalidades com frequência inferior a 1% cada, evidenciando uma distribuição geográfica e cultural diversificada, embora centrada no contexto lusófono.

Tabela 1

Características sociodemográficas da amostra em análise no estudo.

Características	Amostra em Análise	
	n	%
País de Residência		
Portugal	596	95.5
Brasil	8	1.3
Angola	2	.3
Cabo Verde	2	.3
França	6	1
Espanha	1	.2
México	3	.5
Países Baixos	2	.3
Outro	4	.6
Nacionalidade		
Portuguesa	564	90.3
Brasileira	15	2.4
Angolana	10	1.6
Cabo-Verdiana	9	1.4
Francesa	2	.3
Mexicana	4	.6
Equatoriana	15	2.4
Outra	5	.8
Género		
Masculino	188	30.1
Feminino	436	69.9
Orientação Sexual		
Heterossexual	492	78.8
Bissexual	69	11.1
Gay	21	3.4
Lésbica	14	2.2
Pansexual	12	1.9
Assexual	4	.6
Queer	8	1.3
Outro	4	.6
Etnia		
Europeu/ Branco	553	88.6
Africano/ Negro	20	3.2
Mulato/ Mestiço/ Pardo	19	3
Hispânico/ Latino	30	4.8
Outro	2	.3
Situação Profissional		

Características	Amostra em Análise	
	n	%
Empregado	207	33.2
Desempregado	35	5.6
Estudante	382	61.2
Habilitações Literárias		
Ensino básico (até ao 9º ano)	10	1.6
Ensino secundário (até ao 12º ano)	288	46.2
Ensino universitário (bacharelato/licenciatura)	280	44.9
Ensino universitário (pós-graduação/mestrado)	44	7.1
Ensino universitário (doutoramento/pós-doutoramento)	2	.3
Estatuto Socioeconómico		
Baixo	11	1.8
Médio Baixo	74	11.9
Médio	411	65.9
Médio Alto	124	19.8
Alto	4	.6
Local de Residência		
Um pequeno meio rural	166	26.6
Um grande meio rural	80	12.8
Uma pequena cidade	287	45.9
Uma grande cidade	91	14.6
Estado Civil		
Solteiro/a sem namorar	305	48.8
Solteiro/a com namorado/a	288	46.2
Casado/a com pessoa de mesmo sexo	1	.2
Casado/a com pessoa de sexo diferente	19	3.1
Unido/a de facto com pessoa de mesmo sexo	1	.2
Unido de facto com pessoa de sexo diferente	9	1.5
Separado/a ou divorciado/a de pessoa de sexo diferente	1	.2
Núcleo Habitacional		
Vivo sozinho/a	49	7.9
Vivo com o/a meu/minha parceiro/a	44	7.1
Vivo com o meu marido/a minha mulher	18	2.9
Vivo com o/s meu/s filho/s	3	.5
Vivo com o/a meu/minha parceiro/a e com o/s meu/s filho/s	2	.3
Vivo com o/s meu/s pai/s ou mãe	410	65.7
Vivo com os meus amigos	56	9
Vivo com a minha família	23	3.7
Vivo com colegas de casa/residência	19	3
Religião		
Sem religião	283	45.4
Católica	303	48.6
Protestante/Evangélica	23	3.7
Islão	2	.3
Testemunha de Jeová	2	.3
Judaísmo	1	.2
Espírita	4	.6
Outra	6	1

Nota: N = 624. M idade = 21.88; DP = 2.65.

No que respeita ao género, verificou-se uma predominância de 69.9% feminina e 30.1% masculina. Relativamente à orientação sexual, prevaleceu a heterossexualidade (78.8%), seguida da bissexualidade (11.1%), sendo as restantes categorias distribuídas por gay (3.4%), lésbica (2.2%), pansexual (1.9%), queer (1.3%), assexual (.6%) e outros (.6%). Quanto à etnia, a maioria identificou-se como europeu/branco (88.6%), com proporções menores de hispânico/latino (4.8%), africano/negro (3.2%), mulato/mestiço/pardo (3%) e outras (.3%).

No domínio da situação profissional, destacaram-se os estudantes (61.2%), seguidos pelo empregados (33.2%) e, por último, desempregados (5.6%). As habilitações literárias concentraram-se no ensino secundário (46.2%) e na licenciatura (44.9%), com proporções menores de pós-graduação/mestrado (7.1%), ensino básico (1.6%) e doutoramento/pós-doutoramento (.3%). O estatuto socioeconómico revelou-se predominantemente médio (65.9%), seguido de médio-alto (19.8%), médio-baixo (11.9%), baixo (1.8%) e alto (.6%). Quanto ao local de residência, prevaleceu a pequena cidade (45.9%), seguida do pequeno meio rural (26.6%), grande cidade (14.6%) e grande meio rural (12.8%).

Relativamente ao estado civil, sobressaíram solteiro/a sem relacionamento (48.8%) e solteiro/a com relacionamento (46.2%), seguindo-se casado/a com pessoa de sexo diferente (3.1%) e união de facto com pessoa de sexo diferente (1.5%); as restantes categorias (casamento e união de facto com pessoa do mesmo sexo, separado/divorciado com pessoa de sexo diferente e outros) totalizaram .6%. No núcleo habitacional, a situação mais frequente foi viver com os pais (65.7%), seguida com amigos (9%), sozinho/a (7.9%), com parceiro/a (7.1%), com a família (3.7%), com colegas de casa/residência (3%), viver com o/a cônjuge (2.9%), com filhos (.5%) e com parceiro/a e filhos (.3%). Por último, no domínio religioso, a maioria declarou-se católica (48.6%), seguida de sem religião (45.4%) e, em proporções residuais, protestante/evangélica (3.7%), espírita (.6%), testemunha de jeová (.3%), islão (.3%), judaísmo (.2%) e outras (1.1%).

2.2 Instrumentos

2.2.1 Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico integrou um conjunto de questões de resposta fechada que abrangeram diversas dimensões, incluindo idade, género, nacionalidade, país de residência, orientação sexual, etnia, habilitações literárias, situação profissional, estatuto socioeconómico, local de residência, estado civil, núcleo habitacional e religião. A recolha destes dados permitiu uma descrição detalhada das características dos participantes, bem como a análise do possível impacto das variáveis sociodemográficas nos níveis de autoestima e de sintomatologia depressiva.

2.2.2 Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)

A Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) é um instrumento breve e amplamente utilizado para avaliar a autoestima em adolescentes e adultos, sendo uma das medidas mais difundidas a nível internacional (Rosenberg, 1965, como citado em Gnambs et al., 2018). A autoestima é conceptualizada como a avaliação positiva ou negativa que o indivíduo faz de si próprio, integrando o autoconceito (Rosenberg, 1965, como citado em Gnambs et al., 2018). A escala é composta por 10 itens, respondidos numa escala Likert de 4 pontos (0 = discordo fortemente até 3 = concordo fortemente), sendo necessária a inversão de alguns itens e valores finais mais elevados indicam maior autoestima. Na população portuguesa, o estudo de validação aponta para níveis médios moderados de autoestima, permitindo estimar intervalos de referência com base na média e desvio padrão (Pechorro et al., 2011).

2.2.3 Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18)

O BSI foi criado originalmente por Derogatis e Melisaratos (1983), com 53 itens.

O BSI-18 é uma versão abreviada do BSI, permitindo uma avaliação rápida do distress (sofrimento) psicológico em contextos clínicos e comunitários (Derogatis, 2001, como citado em Nazaré et al., 2017; Nazaré et al., 2017). Trata-se de um instrumento de autorresposta breve, fiável e validado, destinado a avaliar a intensidade de sintomas de psicopatologia experienciados na última semana (Derogatis, 2001, como citado em Nazaré et al., 2017). É constituído por 18 itens que avalia três dimensões do sofrimento psicológico: somatização, depressão e ansiedade. As respostas são dadas numa escala Likert de 5 pontos, cuja resposta varia entre 0 (Nada) e 4 (Extremamente), e a soma dos itens permite calcular o Índice de Gravidade Global, indicador do nível geral de sofrimento psicológico. Pontuações mais elevadas refletem maior sintomatologia. Na

validação portuguesa, foram observados níveis médios de sintomatologia depressiva relativamente baixos, sendo possível estimar intervalos de referência com base na média e no desvio padrão, apesar da ausência de normas formais (Nazaré et al., 2017).

2.3 Análise de dados

Após a recolha dos dados, procedeu-se ao seu tratamento estatístico com recurso à versão 31 do IBM SPSS Statistics (IBM Corp., 2025). A normalidade da distribuição das variáveis foi avaliada através da análise dos valores de assimetria (skewness), os quais se situaram dentro dos limites recomendados ($-1 < Sk < 1$), nomeadamente para a autoestima ($Sk = .02$) e para a sintomatologia depressiva ($Sk = .81$). Estes resultados indicam distribuições aproximadamente normais, sustentando a utilização de testes paramétricos.

Numa fase inicial, calcularam-se estatísticas descritivas das variáveis sociodemográficas, incluindo frequências e percentagens válidas para variáveis nominais, tais como país de residência, nacionalidade, género, orientação sexual, etnia, situação profissional, habilitações literárias, estatuto socioeconómico, local de residência, estado civil, núcleo habitacional e religião. No tratamento das escalas, realizou-se a inversão dos itens 2, 5, 6, 8 e 9 da Escala de Autoestima de Rosenberg, seguida do cálculo dos resultados totais através da soma dos itens. No BSI-18, determinou-se o total da subescala de Sintomas Depressivos da mesma forma. Foram ainda criadas variáveis correspondentes à pontuação total de autoestima (‘Autoestima_Soma_Total’) e de sintomas depressivos (‘Depressão_Soma_Total’), permitindo a análise dos valores totais.

A consistência interna dos instrumentos foi avaliada através do coeficiente Alfa de Cronbach. Para testar as hipóteses relativas aos níveis médios da amostra, compararam-se os resultados obtidos com os valores de referência da literatura, nomeadamente de Pechorro et al. (2011) para a autoestima ($M = 22.34$; $DP = 4.90$) e de Nazaré et al. (2017) para a depressão ($M = 4.04$; $DP = 4.52$). As relações entre as variáveis foram analisadas através de uma correlação de Pearson entre os scores totais de autoestima e sintomas depressivos. Para comparar as diferenças entre homens e mulheres, utilizou-se o teste t de Student para amostras independentes e uma análise de variância (ANOVA) unidirecional para a situação profissional.

Por fim, realizou-se uma regressão linear hierárquica com ‘Depressão_Soma_Total’ como variável dependente: no primeiro modelo incluíram-se

género e situação profissional, e no segundo acrescentou-se a autoestima, avaliando o seu contributo na explicação da variância dos sintomas depressivos.

3. Resultados

A Escala de Autoestima de Rosenberg apresentou uma boa consistência interna (α = .89), indicando uma elevada homogeneidade entre os itens na avaliação da autoestima em adolescentes e adultos. Este nível de consistência sustenta a utilização da pontuação total em análises subsequentes. Relativamente à BSI-18, a análise de consistência interna das subescalas revelou valores adequados. Tanto a subescala de Sintomas Somáticos (α = .83), Depressivos (α = .85) e Ansiógenos (α = .85), todas compostas por 6 itens, indicam uma boa homogeneidade entre os itens. Estes resultados sugerem que todas as subescalas do BSI-18 apresentam bons níveis de consistência interna, permitindo a utilização das respetivas pontuações em análises inferenciais subsequentes.

Os resultados obtidos na análise estatística indicam que a amostra apresenta uma média dos níveis de autoestima de 18.65 (DP = 5.17) e, na sintomatologia depressiva, foi observado um valor médio de 6.52 (DP = 4.44) (ver Tabela 2).

Tabela 2

Níveis médios de Autoestima e Sintomas Depressivos na amostra

Variáveis	*M*	*DP*	Min	Max
Autoestima	18.65	5.17	3	30
Sintomas Depressivos	6.52	4.44	0	22

Nota: N = 624. M = Média. DP = Desvio Padrão.

A correlação de Pearson revelou uma correlação forte negativa e significativa entre a autoestima e os sintomas depressivos (r = -.65; p < .001), indicando que níveis superiores de autoestima se associam a menores níveis de sintomatologia depressiva, e vice-versa (ver Tabela 3).

Tabela 3

Correlação de Pearson entre os níveis médios de Autoestima e de Sintomas Depressivos.

Variáveis	1	2
1. Autoestima	—	-.647*
2. Sintomas Depressivos	-.647*	—

Nota: N = 624. *p<.001

Foram observadas, através do teste *t* de Student, diferenças estatisticamente significativas nos níveis de autoestima [$t_{(622)}$ = 2.11; p = .035], com os homens a apresentarem valores médios superiores (M = 19.31; DP = 5.16) em relação às mulheres (M = 18.36; DP = 5.15), com um efeito de magnitude pequena (d = .18) (ver Tabela 4).

Para os sintomas depressivos, também se verificaram diferenças estatisticamente significativas $t_{(622)}$ = -3.36; p < .001, sendo que as mulheres apresentaram níveis mais elevados (M = 6.91; DP = 4.47) do que os homens (M = 5.62; DP = 4.25), com um efeito de magnitude pequeno a moderado (d = -.29) (ver Tabela 4).

Tabela 4

Comparação dos níveis médios de Autoestima e de Sintomas Depressivos por género.

Variáveis	Homens		Mulheres		*t*(622)	*p*	Cohen's *d*
	M	*DP*	*M*	*DP*			
Autoestima	19.31	5.16	18.36	5.15	2.136	.033	.18
Sintomas Depressivos	5.62	4.25	6.91	4.47	-3.426	<.001	-.29

Nota: N = 624. M = Média. DP = Desvio Padrão. t = Teste T de Student. p = Significância.

Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas nos níveis de autoestima F(2;621) = 1.01; p = .365 por situação profissional (ver Tabela 5). No entanto, os indivíduos empregados apresentaram valores médios superiores (M = 19.07; DP = 5.35) relativamente aos desempregados (M = 18.40; DP = 6.18) (ver Tabela 6).

No que respeita aos sintomas depressivos, também não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas F(2;621) = 1.22; p = .296 (ver Tabela 5). No entanto, os desempregados apresentaram valores médios mais elevados (M = 7.63; DP = 5.66) do que os estudantes (M = 6.41; DP = 4.28) (ver Tabela 6).

Tabela 5

Análise de variância (ANOVA) para autoestima e sintomas depressivos por situação profissional (empregados, desempregados e estudantes).

Variável	*Sum of Squares*		*Mean Square*		*F*(2, 621)	*p*	η^2
	BG	*WG*	*BG*	*WG*			
Autoestima	53.93	16585.91	26.97	26.71	1.01	.365	.003
Sintomas Depressivos	48.05	12219.76	24.03	19.68	1.22	.296	.004

Nota: N = 624. BG = Between Groups. WG = Within Groups. p = Significância. η^2 = Eta-squared.

Tabela 6

Médias e desvios-padrão por situação profissional.

Situação Profissional	*n*	Autoestima		Sintomas Depressivos	
		M	*DP*	*M*	*DP*
Empregado/a	207	19.07	5.35	6.54	4.49
Desempregado/a	35	18.40	6.18	7.63	5.66
Estudante	382	18.45	4.97	6.41	4.28

Nota: N = 624. M = Média. DP = Desvio Padrão.

Na primeira etapa da regressão linear hierárquica, constatou-se que a variável género é um preditor fraco positivo e significativo dos níveis de sintomas depressivos (β = .14; p < .001) (ver Tabela 7).

Tabela 7

Regressão linear hierárquica para predição dos sintomas depressivos.

Preditor	*B*	*SE B*	β	R^2
Modelo 1				.019*
Género	1.34	.39	.14**	
Situação Profissional	-.18	.19	-.04	
Modelo 2				.429**
Género	.85	.30	.09*	
Situação Profissional	-.31	.15	-.07*	
Autoestima	-.55	.03	-.64**	

Nota: N = 624. B = coeficiente não padronizado; SE B = erro-padrão de B; β = coeficiente padronizado; R^2 = coeficiente de determinação.
*p< .05. **p< .001.

Já a situação profissional revelou ser um preditor fraco negativo e não significativo (β = -.04; p = .361). Em conjunto, estas variáveis explicaram 1.9% da variância (R^2 = .019) (ver Tabela 7).

Na segunda etapa, ao introduzir a variável autoestima, verificou-se que esta constitui um preditor forte negativo e significativo (β = -.64; p < .001), aumentando a variância explicada para cerca de 43% (R^2 = .429) (ver Tabela 7).

4. Discussão

O presente estudo teve como objetivo analisar os níveis de autoestima e de sintomatologia depressiva em jovens adultos, bem como explorar o papel do género e da situação profissional nestas variáveis. De forma geral, os resultados confirmam a

existência de uma associação significativa entre a autoestima e a sintomatologia depressiva, evidenciando a relevância desta variável no ajustamento psicológico durante a fase de transição para a vida adulta.

Em primeiro lugar, verificou-se que, considerando o intervalo normativo estimado com base na média e no desvio padrão reportados por Pechorro et al. (2011), os valores observados se situam no intervalo médio, embora próximos do limite inferior. Este resultado sugere níveis de autoestima médios/moderados, apesar de ligeiramente inferiores aos esperados na população de referência, não sendo rejeitada a Hipótese 1. Estes dados são consistentes com os resultados de Reis e Maia (2024), que identificaram níveis médios de autoestima em jovens adultos.

Relativamente à sintomatologia depressiva, ao considerar o intervalo normativo estimado com base na média e no desvio padrão reportados por Nazaré et al. (2017), verificou-se que a amostra apresenta valores situados no limite superior desse intervalo normativo. Ainda que os valores se mantenham dentro dos limites normativos, o nível médio de sintomas depressivos é relativamente elevado, não rejeitando a Hipótese 2. Estes resultados são consistentes com evidência recente que aponta para níveis elevados de sofrimento psicológico nos jovens adultos portugueses (P. Silva et al., 2024; Amaro et al., 2024).

No que respeita à relação entre as variáveis em estudo, os resultados confirmam a existência de uma correlação negativa forte e significativa entre autoestima e sintomatologia depressiva, indicando que níveis superiores de autoestima se associam a menores níveis de sintomatologia depressiva. Estes resultados são consistentes com estudos anteriores (Lucas, 2024), não se rejeitando, assim, a Hipótese 3. A magnitude elevada da correlação observada reforça a relevância da autoestima enquanto variável central no ajustamento psicológico em jovens adultos, sugerindo um impacto substancial na sintomatologia depressiva.

Relativamente ao género, os resultados indicam que as mulheres apresentam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e níveis mais baixos de autoestima, comparativamente aos homens, corroborando a literatura existente (Comissão Europeia, 2023; Matud et al., 2020). Assim, as Hipóteses 4 e 5 não foram rejeitadas.

No que se refere à situação profissional, embora os participantes empregados apresentem níveis médios de autoestima superiores aos desempregados, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. A Hipótese 6 foi

rejeitada, uma vez que a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos não permite confirmar a relação proposta. Apesar de a tendência observada estar em linha com estudos anteriores (Coelho et al., 2021; Macassa et al., 2021; Gomes, 2014), o efeito da situação profissional na autoestima poderá ser menos expressivo nesta amostra. Ou seja, a ausência de diferenças estatisticamente significativas poderá refletir características específicas da amostra, nomeadamente a predominância de estudantes, que pode atenuar o impacto da situação profissional descrito na literatura.

De forma semelhante, embora os participantes desempregados apresentem níveis médios de sintomatologia depressiva superiores em comparação com os estudantes, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas. Assim, a Hipótese 7 foi rejeitada, uma vez que os resultados não permitiram confirmar a relação proposta, apesar da tendência observada estar em consonância com literatura prévia (Vieira, 2014).

Por fim, no que respeita à análise preditiva, verificou-se que a autoestima constitui um preditor forte, negativo e significativo da sintomatologia depressiva, corroborando evidência prévia (Orth et al., 2008). Embora o género tenha apresentado um efeito significativo, a situação profissional não emergiu como um preditor significativo. Deste modo, atendendo a que a Hipótese 8 previa que todas as variáveis atuassem como preditores significativos, conclui-se que a mesma foi parcialmente rejeitada. A força do coeficiente observado sugere um efeito robusto, consistente com evidência prévia que identifica a autoestima como um dos principais preditores da sintomatologia depressiva.

Globalmente, estes resultados reforçam a importância da autoestima como fator central na explicação dos sintomas depressivos, evidenciando que níveis mais baixos constituem um risco significativo. Destacam ainda a relevância do género na compreensão do bem-estar psicológico. Em termos práticos, sublinham a necessidade de intervenções que promovam a autoestima, a autoeficácia e a regulação emocional em jovens adultos, bem como a adoção de abordagens clínicas sensíveis ao género. Embora a situação profissional não tenha apresentado efeitos significativos, deverá ser considerada na avaliação psicológica. Importa salientar que, dada a natureza transversal do estudo, não é possível estabelecer relações de causalidade, devendo os resultados ser interpretados como associações entre variáveis.

5. Limitações do Estudo

Algumas limitações do presente estudo devem ser consideradas. Em primeiro lugar, o desenho transversal impede a inferência de relações causais entre autoestima e sintomatologia depressiva, permitindo apenas a identificação de associações entre variáveis. Em segundo lugar, a utilização de instrumentos de autorrelato pode introduzir enviesamentos, nomeadamente associados à desejabilidade social e à subjetividade das respostas. Adicionalmente, a utilização de uma amostra de conveniência, com predominância de estudantes e participantes do sexo feminino, pode limitar a generalização dos resultados à população em geral e influenciar a interpretação dos efeitos associados à situação profissional e ao género.

Tendo em conta estas limitações, investigações futuras deverão privilegiar desenhos longitudinais, de forma a analisar a evolução da autoestima e da sintomatologia depressiva ao longo do tempo, bem como a clarificação da direção das relações entre estas variáveis. Será igualmente pertinente recorrer a amostras mais diversificadas e equilibradas, particularmente no que respeita à distribuição por género e situação profissional. Adicionalmente, sugere-se a inclusão de variáveis complementares, como o suporte social, as estratégias de *coping* e as condições socioeconómicas, com o objetivo de aprofundar a compreensão dos fatores associados ao ajustamento psicológico.

6. Conclusão

O presente estudo evidencia a importância da autoestima na compreensão da sintomatologia depressiva em jovens adultos, confirmando a existência de uma associação significativa e de elevada magnitude entre as variáveis. Os resultados indicam que níveis mais elevados de autoestima se associam a níveis menores de sintomatologia depressiva, destacando o seu papel no ajustamento psicológico durante a transição para a vida adulta.

Adicionalmente, foram identificadas diferenças em função do género, com as mulheres a apresentarem maior sintomatologia depressiva e menor autoestima, enquanto a situação profissional não revelou diferenças estatisticamente significativas, embora se tenham observado tendências consistentes com a literatura. Globalmente, os resultados confirmam parcialmente as hipóteses formuladas e contribuem para a compreensão dos fatores associados ao bem-estar psicológico nesta população.

Estes resultados reforçam a pertinência do desenvolvimento de intervenções focadas na promoção da autoestima e no fortalecimento de competências emocionais.

Não obstante, importa salientar que, atendendo à natureza transversal do estudo e à utilização de uma amostra de conveniência, os resultados devem ser interpretados com cautela, não sendo possível estabelecer relações de causalidade.

Em suma, este estudo contribui para o avanço do conhecimento na área da Psicologia Clínica e da Saúde, ao identificar fatores de risco e de proteção relevantes para o desenvolvimento de estratégias de intervenção mais eficazes e ajustadas às especificidades da fase da vida adulta emergente.

7. Referências Bibliográficas

Amaro, P., Fonseca, C., Afonso, A., Jacinto, G., Gomes, L., Pereira, H., Silva, C., Lima, A., Arco, H., Nabais, J., Lopes, M., Pereira, A., Fragoeiro, I., & Pinho, L. G. (2024). Depression and Anxiety of Portuguese University Students: A Cross-Sectional Study about Prevalence and Associated Factors. *Depression and Anxiety*, *1*, Artigo 5528350. https://doi.org/10.1155/2024/5528350

Arnett, J., Žukauskienė, R., & Sugimura, K. (2014). The new life stage of emerging adulthood at ages 18–29 years: implications for mental health. *The Lancet Psychiatry*, *1*(7), 569-576. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00080-7

Coelho, R., Martins, A., & Campos, R. (2021). Economic crisis in Portugal: Trajectory of incidence of depression. *Acta Médica Portuguesa*, *34*(2), 123-130. https://doi.org/10.20344/amp.13574

Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, *13*(3), 595-605. https://doi.org/10.1017/S0033291700048017

European Commission. (2023). *State of Health in the EU: Portugal Country Health* Profile *2023*. OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. https://doi.org/10.1787/069af7b1-en

Gnambs, T., Scharl, A., & Schroeders, U. (2018). The Structure of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Zeitschrift für Psychologie*, *226*(1), 14-29. https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000317

Gomes, N. A. S. (2014). *Autoestima, auto-eficácia, e empregabilidade subjectiva em* empregados*, desempregados, e estudantes do ensino superior* [Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias]. Repositório Científico Lusófona. http://hdl.handle.net/10437/5745

IBM Corp. (2025). *IBM SPSS Statistics (Versão 31)* [Computer software]. IBM. https://www.ibm.com/products/spss-statistics

Lucas, M. O. (2024). *Autoestima, Sintomas Psicopatológicos e Nomofobia em* Estudantes *Portugueses* [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior]. uBibliorum. http://hdl.handle.net/10400.6/14994

Macassa, G., Rodrigues, C., Barros, H., & Marttila, A. (2021). Experiences of involuntary job loss and health during the economic crisis in Portugal. *Porto Biomedical Journal*, *6*(1). https://doi.org/10.1097/j.pbj.0000000000000121

Matud, M. P., Díaz, A., Bethencourt, J. M., & Ibáñez, I. (2020). Stress and psychological distress in emerging adulthood: A gender analysis. *Journal of* Clinical *Medicine*, *9*(9), 2859. https://doi.org/10.3390/jcm9092859

Nazaré, B., Pereira, M., & Canavarro, M. C. (2017). Avaliação breve da psicossintomatologia: Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa do Brief Symptom Inventory 18 (BSI 18). *Análise Psicológica*, *35*(2), 213-230. https://doi.org/10.14417/ap.1287

Neves, C. M. P., Sousa, C. M. G., Teixeira, M. I. O., Gomes, M. I. F., & Monteiro, S. F. S. (2024). Self-esteem and psychological well-being in university students. *PsychTech & Health Journal*, *8*(1), 45–59. https://doi.org/10.26580/PTHJ.art73-2024

Orth, U., & Robins, R. W. (2013). Understanding the Link Between Low Self-Esteem and Depression. *Current Directions in Psychological Science*, *22*(6), 455-460. https://doi.org/10.1177/0963721413492763

Orth, U., Robins, R. W., & Roberts, B. W. (2008). Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, *95*(3), 695–708. https://doi.org/10.1037/0022-3514.95.3.695

Pechorro, P., Marôco, J., Poiares, C., & Vieira, R. (2011). Validação da Escala de Autoestima de Rosenberg com adolescentes portugueses em contexto forense e escolar. *Arquivos de Medicina*, *25*(5-6), 174-179. https://scielo.pt/pdf/am/v25n5-6/v25n5-6a02.pdf

Reis, G., & Maia, B. R. (2024). Instagram addiction, life satisfaction and self-esteem in young adults (Portugal). *European Psychiatry*, *67*(1). https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.284

Silva, G., Estima, F., Carvalhinho Silva, A., Mota, J., Martins, C., & Aires, L. (2025). Mental health in young adult university students during COVID-19 lockdown: Associations with physical activity, sedentary behaviours and sleep quality. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *22*(2), 241. https://doi.org/10.3390/ijerph22020241

Silva, P., Taliscas, T., & Paiva, C. (2024). *Saúde Mental nas IES Portuguesas: Explorando a Saúde Psicológica e Recursos de Apoio entre Estudantes do Ensino Superior*. Departamento de Ação Politica - ANEP, Lisboa. https://drive.google.com/file/d/1oWj9wPgKE2XuFdE_854-5lZPF4nnRlx9/view

Vieira, F. F. P. (2014). *Impacto do Desemprego no Bem-Estar Psicológico*. (TID: 201390450) [Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona]. Portal de Investigação da Universidade Lusófona. http://hdl.handle.net/10437/5473

Discriminação, Resiliência e Saúde Mental: Estudo Comparativo entre Géneros na População Portuguesa

Madalena Cruz[1,2,3], Jóni Ledo[1,2,3], Iara Teixeira, Catarina Oliveira[4] & Henrique Pereira[1,2]

[1]Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade da Beira Interior, Pólo IV, 6200-209 Covilhã, Portugal;
[2]Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento Humano (CIDESD), 5001-801 Vila Real, Portugal
[3]Bolseiro de Investigação Científica, Fundação para a Ciência e a Tecnologia, 1249-074 Lisboa, Portugal
[4]Núcleo Distrital de Vila Real da EAPN – Rede Europeia Anti-Pobreza / Portugal (EAPN Portugal), 5000-260 Vila Real

Autor Correspondente: Madalena Cruz. **E-mail:** madalena.cruz@ubi.pt

Resumo: Mesmo com os avanços sociais na procura de uma sociedade mais igualitária em termos de género, sabemos que ainda existe um longo caminho em direção à igualdade. Neste sentido, este estudo tem como principal objetivo avaliar as associações entre *distress* psicológico, discriminação social, suporte social percebido e resiliência em função do género. Um estudo transversal, com uma amostra de 752 participantes, com idades compreendidas entre os 18 e 84 anos (*M*= 39.34; DP=

13.77). Os instrumentos utilizados foram: Brief Symptom Inventory, Portuguese Everyday Discrimination Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support and Connor-Davidson Resilience Scale. Os resultados mostram uma relação significativa entre distress psicológico e a discriminação social (r=.642, p<.01) e moderada entre a resiliência e o suporte social percebido (r=.417, p<.01). Nos resultados da regressão linear, a variável género mostrou-se significativa, indicando que ser do género masculino é preditor de maior *distress* psicológico. Na comparação entre grupos verifica-se que os homens apresentam níveis mais elevados de discriminação social e resiliência. Ao controlar as variáveis sociodemográficas e psicossociais, o género surgiu como um preditor independente para o *distress*, com as mulheres a apresentar maior vulnerabilidade. Estes resultados reforçam a importância de considerar o género e os papeis atribuídos ao mesmo na análise de saúde mental, reconhecendo o impacto cumulativo de múltiplas identidades sociais.

Palavras-chave: Género; Resiliência; Suporte social percebido; Distress psicológico; Discriminação social

1. Introdução

Tem existido um interesse cada vez mais acentuado em relação a forma como diferentes grupos experienciam sofrimento psíquico, nomeadamente em função do género, orientação sexual ou posição socioeconómica (OECD, 2025). Entre os diversos determinantes psicossociais de saúde, escolhemos analisar a perceção de discriminação social, a resiliência e a perceção de suporte social. Por um lado, a literatura tem demonstrado que o suporte social percebido exerce um efeito protetor, estando associado a efeitos positivos. Tais como, a diminuição da depressão, stress, ideação suicida e aumento do bem-estar, felicidade e resiliência perante desafios (Holt-Lunstad, 2021; Katz et al., 2026; Krueger & Upchurch, 2022; Lattanner et al., 2022; Schwartz-Mette et al., 2020). A experiência de rejeição, por sua vez, esta associada a efeitos negativos ao nível do bem-estar (Goodwin et al. 2010; Katz et al., 2024). No mesmo sentido, a resiliência, definida como a capacidade de "cope" com trauma, adversidades e stress, tem sido apontada como um recurso psicológico eficaz na promoção do bem-estar e gestão de desafios (Park et al., 2023). Por outro lado, a discriminação social, caracterizada como um tratamento diferencial entre grupos marginalizados e estigmatizados por instituições

e indivíduos (Williams et al., 2019a, 2019b), tem sido associada ao aumento nos níveis de stress e impacta negativamente o bem-estar e a saúde mental (Guerrero et al., 2023; Ridgeway & Denney, 2023; Williams et al., 2019). Os estudos que analisaram as diferenças entre género, evidenciaram que a discriminação social tem um impacto superior na saúde mental dos homens (e.g., Foynes et al., 2012).

Da análise destas variáveis em função do género emergem diferenças e desigualdades que devem ser analisadas, de forma a desenvolver uma abordagem ajustada às necessidades. Diversos estudos têm demonstrado que as mulheres tendem a ter menores níveis de bem-estar (Gustafsson et al**.,** 2026), maiores níveis de *distress* psicológico (Zhang & Mena, 2024), maior probabilidade de experienciar depressão, ansiedade e Perturbação de stress pós-traumático (PTSD) (Hyde & Mezulis, 2020; OECD, 2025; Kayrouz et al., 2025), maior taxa de tentativas de suicídio e ideação suicida (Kayrouz et al., 2025). Os homens têm mais probabilidade de problemas com consumo de substâncias (OECD, 2025; Kayrouz et al., 2025), problemas com jogo (Kayrouz et al., 2025) e Perturbação de Hiperatividade e défice de atenção (PHDA) (Kayrouz et al., 2025), morte por suicídio (Kayrouz et al., 2025). O isolamento e a solidão são também um forte fator de risco para depressão e mortalidade (Rico-Uribe et al., 2018; Kayrouz et al., 2025). Apesar das diferenças, existem semelhanças entre géneros. O trauma na infância e o abuso têm um efeito adverso na saúde mental para ambos, por outro lado, a atividade física, a utilização de estratégias de *coping* adaptativas e utilização da rede de suporte, são fatores protetores para ambos (Kayrouz et al., 2025).

Estas diferenças na saúde mental resultam de uma interação complexa entre fatores biológicos, psicológicos e sociais (Farhane-Medina et al., 2022). Ao nível da discriminação, um estudo que analisou dados do Inquérito Social Europeu, encontrou uma forte associação entre a discriminação com base no género e a depressão, variando de acordo com os níveis de igualdade de género da sociedade (Van de Velde et al., 2021). Apesar de a disparidade de género afetar de forma semelhante a saúde mental de homens e mulheres, homens em sociedades mais igualitárias reportavam sentimentos mais depressivos em comparação com homens em sociedades mais desiguais em termos de género (Van de Velde et al., 2021).

Apesar do aumento da produção científica relacionada com os efeitos da discriminação social, resiliência e suporte social na saúde psicossocial e distress psicológico, poucos estudos têm analisado a intersecção destas variáveis,

sobretudo com uma lente de género, e especificamente no contexto português. Com este estudo, procuramos colmatar essa lacuna, analisando a interseção entre *distress* psicológico, discriminação social, suporte social percebido e resiliência, com especial enfoque nas diferenças entre géneros. O presente estudo teve como objetivos: (1) Avaliar as associações entre distress psicológico, discriminação social, suporte social percebido e resiliência, considerando o género como variável de diferenciação; (2) Examinar o efeito preditor de variáveis sociodemográficas e psicossociais (discriminação, suporte social e resiliência) no distress psicológico dos participantes e (3) Comparar homens e mulheres relativamente aos níveis do distress psicológico, discriminação social, suporte social percebido e resiliência.

2. Métodos

2.1. Participantes

A amostra foi composta por 752 participantes adultos, residentes em Portugal, com idades entre os 18 e os 84 anos (*M*= 39.34; DP= 13.77), identificando-se 476 (63.3%) com o género feminino, e 276 (36.7%) com o género masculino. Os participantes deviam corresponder aos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos, residir em Portugal há pelo menos 6 meses e ter fluência em português. Os critérios de exclusão foram: pessoas que não se identificam como homem ou mulher, pois, tendo em conta o número reduzido de participantes impossibilitava a realização dos testes e não seriam resultados fidedignos. Foram excluídas do estudo 4 pessoas por esta razão. Pessoas a residir em Portugal há menos de 6 meses, porque já estarem integrados é fundamental para evitar vieses de interpretação.

2.2. Instrumentos

Questionário sociodemográfico. Questionário desenvolvido no âmbito desta investigação para recolher dados sociodemográficos dos participantes, nomeadamente, education, household, professional situation and income.

Brief Symptom Inventory (BSI-18). Desenvolvido por Gerogatis (2001) e validado para a população portuguesa por Canavarro (2007). Instrumento de rastreio de sintomatologia psicológica em adultos, composto por 18 itens (e.g. Item: "Sentir-se sem

esperança em relação ao futuro"), cotados numa escala Likert de 5 pontos, de 0 ("Nada") a 4 ("Extremamente") e dividido em 3 subescalas: Somatização, depressão e ansiedade. Ao responder, os participantes devem descrever a intensidade de cada sintoma nas duas semanas anteriores. A escala original e a versão portuguesa têm boas propriedades psicométricas, com um alfa de Chronbach respetivamente de .89 e .80. No presente estudo o alfa de Chronbach foi de .95.

Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). Desenvolvida por Zimet et al. (1988) e traduzida e validada por Carvalho et al. (2011) mantendo os itens da escala original. É uma escala de avaliação do suporte social percebido, composta por 12 itens, cotados numa escala tipo Likert de 7 pontos, de 1 (discordo completamente) to 7 (concordo completamente) e divididos em 3 subescalas: família, amigos e outros significativos. A escala original (α = .88) e a versão portuguesa (alfa de Chronbach a variar de .87 a .95) têm boas propriedades psicométricas. Neste estudo, o alfa de Chronbach foi de .95.

Everyday Discrimination Scale-Portuguese Version (EDS-PT). Desenvolvida por Williams et al., (1997) e traduzida e validada por Seabra et al., (2023), mantendo o número de itens e subescalas da escala original. É uma escala de avaliação das experiências de discriminação quotidiana, composta por 8 itens divididos em duas subescalas: tratamento injusto e rejeição pessoal, cotados numa escala tipo Likert de 0 (nunca) a 5 (Quase sempre / quase todos os DIAS)). Nos itens que ocorrem pelo menos "algumas vezes" os participantes podem selecionar uma razão para a discriminação de uma lista de razões, podendo adicionar outras razões. Ambas as versões têm muito boas propriedades psicométricas (α = .88) para a versão original e α a variar entre .83 e .95 para a versão portuguesa. Neste estudo o alfa de Chronbach foi de .95.

Connor-Davidson Resilience Scale-10 (CD-RISC-10). Desenvolvida por Connor e Davidson (2003) e traduzida e adaptada para a população portuguesa por Faria Anjos et al., (2019). É uma escala de avaliação da resiliência composta por 10 itens e unidimensional, cotada numa escala do tipo Likert com 5 pontos de "não verdadeira" (0) a "quase sempre verdadeira" (4). Tanto a escala original como a versão portuguesa têm muito boas propriedades psicométricas (α =0.89) escala original e α = .87 para a versão portuguesa. No presente estudo o alfa de Chronbach foi de .91.

2.3. *Procedimentos*

A recolha de dados ocorreu entre fevereiro e maio de 2025, por conveniência e através de um Protocolo de investigação online divulgado através das redes sociais (*facebook* e *instagram*), onde eram apresentados os objetivos do estudo, a sua importância e a garantia do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido, de acordo com a Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2024). Não houve qualquer contrapartida monetária ou outra para a participação. A recolha de dados contou com o apoio do núcleo distrital de Vila Real da EAPN (European Anti-Poverty Network). O núcleo de Vila Real é uma unidade descentralizada da EAPN Portugal, uma organização não governamental. A sua missão é promover iniciativas e estratégias que envolvam os atores sociais locais em esforços colaborativos de combate à pobreza e à exclusão social. Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (Ref. no. CE-UBI-Pj-2023-051-ID1915).

2.4. Analise dos dados

Após a aplicação dos instrumentos, procedeu-se à sua verificação e codificação dos dados, tendo em vista a criação de uma base de dados, com recurso ao programa estatístico IBM SPSS 29 (*Statiscal Package for the Social Sciences* – versão 29), definindo o nível de significância em 5% ($p<0.05$). Realizaram-se análises descritivas relativamente às variáveis sociodemográficas, apresentadas como frequências, proporções e médias, assim como para os motivos de discriminação. A normalidade foi avaliada com o uso dos testes de *Shapiro-Wilk* e a homogeneidade da variância através do teste de *Levene*. A correlação de *Pearson* foi realizada para analisar a relação entre as variáveis: discriminação social, suporte social percebido e resiliência. Os resultados da correlação foram interpretados de acordo as recomendações de Evans (1996), em que valores absolutos abaixo de 0,20 correspondem a uma relação muito fraca, valores entre .20 e .39 correlação fraca, entre .40 e .59 a uma relação moderada, de .60 a .79 uma relação forte e valores superiores a .80 uma relação muito forte. para avaliar potenciais diferenças entre variáveis psicossociais analisadas em dois grupos, realizamos o teste t para amostras independentes. Foi calculado o d de Cohen para avaliar o tamanho do efeito das diferenças entre grupos, interpretados com base nos seguintes intervalos: abaixo de .20 efeito insignificantes, entre .20 e .49, efeito pequeno; de .50 a .79 efeito médio e valores de .80 ou superior, efeito grande (Cohen, 1988). Para comparações categóricas, especificamente para analisar as diferenças de género nas razões relatadas para a

discriminação, foi utilizado o Teste Exato de Fisher. Este teste não paramétrico foi escolhido para garantir robustez matemática, uma vez que as tabelas de contingência continham células com baixas frequências esperadas. Para aumentar ainda mais o poder estatístico e a coerência teórica nesta análise, os motivos específicos originais para a discriminação foram recodificados em macro categorias conceptuais mais amplas.

Finalmente, para avaliar o poder preditivo das variáveis sociodemográficas, discriminação social, suporte social percebido e resiliência na saúde psicossocial realizamos uma regressão linear múltipla. Para viabilizar a regressão linear hierárquica e garantir a validade matemática do modelo preditivo, as variáveis sociodemográficas nominais e ordinais foram recodificadas. A etnia foi transformada numa variável binária (maioria vs. minoria), os rendimentos em duas categorias (baixo vs. alto), a escolaridade em ensino superior vs. não superior, e a situação profissional agregada em indivíduos profissionalmente ativos vs. inativos (desempregados, estudantes e reformados). Dada a relevância teórica das múltiplas categorias do estado civil, este foi transformado num conjunto de variáveis *dummy* (namorando; em coabitação/casado; e divorciado/viúvo), adotando-se o grupo de participantes 'solteiros e sem relação' como categoria de referência. O diagnóstico de multicolinearidade atestou a adequação do modelo, confirmando a ausência de sobreposição redundante entre os preditores. Os níveis de Tolerância variaram entre 0.42 e 0.88 (superando o limiar crítico de 0.10), e os valores do Variance Inflation Factor (VIF) situaram-se entre 1.14 e 2.41, mantendo-se de forma conservadora muito abaixo do limite de 5.0

3. Resultados

Este estudo contou com a participação de 752 adultos, com idades compreendidas entre os 18 e os 84 anos (M= 39.34; DP= 13.77), dos quais 476 (63.3%) identificaram-se com o género feminino, e 276 (36.7%) com o género masculino. Na tabela 1 apresentam-se os resultados das estatísticas descritivas da amostra geral e a divisão por grupo de género (masculino e feminino).

Analisando as diferenças entre homens e mulheres, verificamos que as mulheres têm maior nível de educação académica, com 69.7% a afirmar ter um curso Superior, em comparação com os homens, onde apenas 50.7% tem o mesmo nível. A proporção de desempregados é superior nos homens (22.8%), com as mulheres a apresentarem um valor de 16.2%. Na origem étnica os números também são bastante dispares, 88.7% das

mulheres identificam-se como maioria étnica em Portugal, enquanto nos homens esse valor é de 66.3%.

3.1. Relação entre as variáveis: distress psicológico, discriminação social, suporte social percebido e resiliência

Para verificar a relação entre as variáveis estudadas procedeu-se ao cálculo da correlação de *Pearson*, cujos resultados se apresentam na tabela 1.

Tabela 1

Correlações entre as variáveis: distress psicológico, discriminação social, suporte social percebido e resiliência

Variáveis	Distress Psicológico	Discriminação Social	Suporte social percebido
Discriminação Social	.642**		
Suporte social percebido	-.174**	-.033	
Resiliência	-.229**	.040	.417**

**< 0.05; **< 0.01*

Encontraram-se correlações significativas entre as variáveis em estudo, em particular uma correlação positiva, forte e significativa foi observada entre o distress psicológico e a discriminação social, ou seja, quanto maiores são os valores de discriminação social, mais elevados são também os níveis de distress psicológico. Por outro lado, foi observada uma correlação fraca e positiva entre distress psicológico e a orientação sexual, ou seja, pertencer a uma minoria sexual relaciona-se com maior distress psicológico. Também apresenta correlações significativas, mas negativas entre o suporte social percebido e a resiliência, ou seja, quanto menores os resultados nestas duas variáveis maiores os resultados do distress psicológico. A resiliência apresenta também uma correlação positiva e moderada com o suporte social percebido.

3.2. Comparação entre homens e mulheres

Foi conduzido um teste t de amostras independentes para avaliar as diferenças basais entre os géneros nas principais variáveis psicossociais (Tabela 2). A análise revelou diferenças estatisticamente significativas em relação à discriminação social e à resiliência. Especificamente, os homens relataram níveis significativamente mais elevados de discriminação social percebida do que as mulheres, representando um

tamanho de efeito médio (d = 0,50). Além disso, os homens apresentaram níveis de resiliência significativamente mais elevados, demonstrando um tamanho de efeito pequeno a médio (d = 0,32). Por outro lado, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os géneros em relação ao sofrimento psicológico ou ao suporte social percebido. Isto indica que, antes do controlo das covariáveis sociodemográficas no modelo multivariado, homens e mulheres desta amostra reportaram níveis basais comparáveis de sofrimento e apoio.

Tabela 2

Teste t de amostras independentes para variáveis psicossociais por género

Variáveis	Mulher (n = 476)	Homem (n = 276)		
	M (*SD*)	*M* (*SD*)	*p*	Cohen's *d*
Distress Psicológico	0.93 (0.73)	1.02 (0.83)	.112	0.12
Discriminação Social	0.95 (1.00)	1.52 (1.29)	< .001***	0.50
Suporte social percebido	5.66 (1.16)	5.72 (1.20)	.517	0.05
Resiliencia	2.66 (0.69)	2.89 (0.75)	< .001***	0.32

**< 0.05; **< 0.01*

3.3. Efeito preditor das variáveis independentes (sociodemográficas, social discrimination, perceived social support, reslience and gender) na variável dependente (distress psicológico)

Para examinar os preditores do distress psicológico, foi conduzida uma regressão linear múltipla hierárquica em dois blocos (Tabela 3).

Tabela 3

Análise de regressão múltipla hierárquica para prever sofrimento psicológico (N = 752)

Preditor	B (Modelo 1)	SE (Modelo 1)	BBeta (Modelo 1)	B (Modelo 2)	SE (Modelo 2)	BBeta (Modelo 2)
Constante	1.308	0.173		1.549	0.162	
Idade	-0.010	0.002	-.179***	-0.004	0.002	-.079*
Género (1=Masculino	-0.060	0.054	-.038	-0.104	0.044	-.065*
Etnia (1=Minoria)	0.513	0.075	.265***	0.205	0.073	.106**
Rendimento (1=Elevado)	-0.218	0.065	-.140***	-0.043	0.054	-.027
Educação (1=Educação superior)	-0.174	0.063	-.110**	-0.043	0.052	-.027

Estatuto Profissional (1=Ativo)	0.010	0.065	.007	0.067	0.053	.043
Estado Marital: A namorar	-0.117	0.073	-.064	-0.070	0.060	-.038
Estado Marital: Casado/ Coabitação	-0.118	0.076	-.077	-0.104	0.062	-.067
Estado Marital: Divorciado/Viúvo	-0.134	0.112	-.049	-0.092	0.091	-.034
Discriminação Social (EDS)				0.379	0.024	.566***
Suporte Social (MSPSS)				-0.049	0.020	-.074*
Resiliência (CD-RISC)				-0.239	0.033	-.225***
R2			.240			.501
F			26.013***			61.945***
Delta R2			.240***			.262***

Nota. A categoria de referência para o Estado Civil é "Solteiro(a) / Sem Namoro". Variável Dependente: Sofrimento Psicológico (BSI-18). * p < .05. ** p < .01. *** p < .001.

O Modelo 1 introduziu as características sociodemográficas, revelando que a vulnerabilidade inicial recai sobre os participantes mais jovens, pertencentes a minorias étnicas, com rendimentos mais baixos e sem ensino superior. O estado civil e a situação profissional não demonstraram impacto significativo no sofrimento psicológico nesta primeira fase.

No Modelo 2, a inclusão das variáveis psicossociais aumentou substancialmente a capacidade explicativa global da análise. A perceção de discriminação social destacou-se claramente como o principal fator de risco, prevendo um agravamento marcado do distress psicológico. Em contraste, tanto a resiliência como o suporte social percebido demonstraram efeitos protetores independentes e significativos, atenuando a sintomatologia psicológica.

A introdução deste segundo bloco alterou de forma relevante a dinâmica dos preditores sociodemográficos. O impacto das variáveis socioeconómicas (rendimento e escolaridade) dissipou-se, sugerindo que a exposição à discriminação e os recursos de *coping* se sobrepõem às características de classe social. A idade e a pertença a uma minoria étnica, no entanto, mantiveram-se como preditores de risco independentes.

O aspeto mais notável do modelo final foi a emergência do género como um preditor estatisticamente significativo. O controlo da exposição à discriminação e dos níveis de resiliência destapou um efeito suprimido: em condições estatisticamente

equivalentes, o género feminino associou-se a níveis superiores de distress psicológico em comparação com o género masculino, evidenciando uma vulnerabilidade psicológica estrutural das mulheres.

4. Discussão

Este estudo examinou as associações entre o distress psicológico, discriminação social, suporte social percebido e resiliência, considerando o género como variável de diferenciação. Encontramos diferenças entre géneros ao nível da discriminação social, na ativação e utilização de recursos psicossociais, com impacto ao nível do distress psicológico, com os homens reportaram sofrer mais discriminação devido a etnia e orientação sexual, com maior perceção de discriminação social e resiliência, mulheres reportam sofrer mais discriminação pela aparência física e por género. Ao controlar-mos as variáveis sociodemográficas e psicossociais, o género surgiu como um preditor independente para o sofrimento, com as mulheres tendo maior vulnerabilidade.

Começamos por analisar as diferenças entre homens e mulheres nas variáveis sociodemográficas. As mulheres apresentaram um nível de formação acadêmica mais elevado, menores níveis de desemprego e a maioria identificaram-se como maioria étnica em Portugal por outro lado, os homens apresentaram menor nível de formação académica, maior taxa de desemprego e uma maior variabilidade étnica e de orientação sexual. A analise interseccional destes dados pode ajudar na interpretação dos resultados encontrados, ou seja, em vez de olhar para apenas um eixo de opressão, ter uma visão dos diferentes eixos de opressão e desigualdade social (Crenshaw, 1989; Hopkins, 2019)

A discriminação social evidenciou-se como um fator de risco para o distress psicológico, e a resiliência e o suporte social funcionaram como fatores protetores. Estes resultados vão de encontro à literatura que identifica a discriminação como um fator de elevado impacto na saúde mental (Pascoe & Richman, 2009; Smith & Read, 2024), assim como, destaca a importância dos recursos psicossociais e das estratégias de coping adaptativos na atenuação e gestão desses impactos (Smith & Read, 2024).

Ao nível da discriminação social os homens reportaram níveis significativamente mais elevados, o que parece contrariar a tendência da literatura e relatórios internacionais, em que as mulheres relatam maiores níveis de discriminação

social (Amnesty International, 2025; OECD, 2025; UN Women, 2025). Estudos recentes têm levantado a hipótese que a perceção de discriminação varia de acordo com o tipo de ameaça social, o contexto e a natureza das experiências discriminatórias, e que nem sempre as mulheres reportam mais discriminação (Lee, Na & Kim, 2024; Kim, Song & Sutin, 2021). Em alguns contextos culturais, homens tendem a reconhecer mais a discriminação experienciada por mulheres e a desvalorizar a sua própria quando comparados às perceções femininas, sugerindo que a construção social de género influencia fortemente a perceção de injustiças sociais e as suas consequências emocionais (Lee, Na & Kim, 2024). Perante esta hipótese, as diferenças observadas no presente estudo podem ser interpretadas a luz das características sociodemográficas da amostra e do tipo de discriminação reportada. Abordagens interseccionais reforçam que a discriminação percebida esta fortemente relacionada com a ligação simultânea entre características sociais como etnia, orientação sexual e género, aumentando a probabilidade de relatos de experiências de discriminação em certos segmentos da população (Adeyeba et al., 2025; Chuntova et al., 2026; Ingle, Anderson & Williams, 2025).

Relativamente a resiliência, os homens apresentaram níveis significativamente mais elevados, em comparação as mulheres. Apesar de muitos estudos referirem que as mulheres tendem a procurar mais apoio social e ativar estratégias de *coping* adaptativas, o que é interpretado como um indicador de maior resiliência psicológica (Hanımoğlu, 2025; Özbay & Bülbül, 2025), a literatura não tem sido consensual nos resultados. Alguns estudos não têm encontrado diferenças significativas (Arı& Çarkıt, 2020; Sánchez-Teruel & Robles-Bello, 2015), e outros indicaram que os homens apresentam níveis superiores (Oktan, 2013; Uygur et al., 2023). Uma explicação para estas diferenças reside nas diferentes formas de resiliência e de lidar com eventos stressantes.

As mulheres tendem a uma resiliência relacional, usando as suas relações como estratégia para ultrapassar eventos stressantes (Jordan, 2013), enquanto os homens podem demonstrar aquilo que alguns autores denominam de pseudoresiliência, ou seja, com base nos papéis de género e naquilo que é esperado dos homens, podem demonstrar-se mais frios, confiantes e fortes perante situações adversas (Yiarlmaz Kog & Gök Uslu, 2021; Pollack, 2005). Por outro lado, a estrutura do CD-RISC-10 pode influenciar os resultados, ao avaliar as perceções de capacidade de recuperação, que os homens podem

sobreavaliar, com base em normas de masculinidade que valorizam a autonomia, controlo e força (Courtenay, 2000; Tamres, Janicki & Helgeson, 2002):

Os modelos de regressão demonstraram que pertencer a uma minoria étnica, ser mais jovem e ter baixa escolaridade são preditores de maior distress, com a discriminação social a evidenciar-se como o fator de risco mais impactante e a resiliência como um fator protetor significativo. O achado mais interessante foi o facto de ser homem estar associado a maior distress psicológico. Estudos que compararam pessoas negras e brancas, evidenciaram que pessoas negras reportaram com maior frequência experiências de discriminação, contudo, a associação positiva entre discriminação e distress psicológico tende a ser mais baixa em pessoas negras relativamente a pessoas brancas (Lee et al., 2019; Liu & Yang, 2022; Smith & Read, 2024). Estas diferenças podem estar associadas com o facto de pessoas brancas poderem ser mais sensíveis a discriminação e/ou menos resilientes perante os efeitos adversos a mesma (Smith & Read, 2024), e por outro lado, pessoas negras podem ter desenvolvidos melhor estratégias de *coping* para lidar com a discriminação devido a uma maior exposição a estas situações ao longo da sua vida (Ayalon & Gum, 2011).

Ao nível do género não existem tantas evidencias, contudo, alguns autores encontraram resultados semelhantes ao do presente estudo (e.g., Foynes et al., 2012). O principal argumento para justificar estes achados é que os homens são menos expostos a experiências de discriminação ao longo da sua vida, e por essa razão, a sua saúde mental pode ser mais fortemente afetada por estas experiências, enquanto têm menos estratégias de *coping* para enfrentar a discriminação, indo de encontro a hipótese da vulnerabilidade de stress (Demke, 2022; Zubin & Spring, 1977).

Outro resultado significativo deste estudo foi evidenciar o género como fator de maior vulnerabilidade psicológica em situações estatisticamente equivalentes. Este resultado corrobora a bibliografia existente, que relaciona essa vulnerabilidade aos papéis de género, às regras implícitas da sociedade, que definem o que é aceitável e esperado de homens e mulheres no contexto escolar, familiar, laboral, comunitário e cultural (Graham et al., 2017). Esses diferentes papéis refletem-se em desigualdades de género, como, por exemplo, no valor do salário, nas horas de trabalho e na divisão do trabalho não remunerado em casa (OECD, 2017). Um estudo (Mommersteeg et al., 2024) relatou níveis superiores de sofrimento psicológico em mulheres, associando níveis superiores de identificação com papéis de género masculinos a menores níveis de sofrimento

psicológico, tanto em homens quanto em mulheres. Outro impacto importante é a maior exposição à violência de género, que tem um impacto relevante na saúde mental e no bem-estar, associando-se a maiores níveis de depressão, ansiedade, perturbação de stress pós-traumático, baixa autoestima, insônia, fadiga (Anbesu et al., 2025; Laz-Figueroa et al., 2025).

5. Limitações e direções futuras

Apesar dos seus contributos para a literatura, este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Primeiro, o desenho transversal impede inferências de causalidade, sendo recomendável a realização de estudos longitudinais que possam aprofundar a compreensão das relações de causalidade entre discriminação social, resiliência e distress psicológico. Em segundo lugar, o uso exclusivo de medidas de autorrelato pode ter introduzido viés de desejabilidade social, sobretudo em variáveis de natureza sensível como a perceção de discriminação e os recursos psicossociais. Investigações futuras poderão beneficiar da triangulação metodológica, entregando medidas qualitativas ou observacionais que permitam captar com maior profundidade a complexidade destas vivencias. Em terceiro lugar, as características da própria amostra, ainda que diversa, podem limitar a generalização dos resultados. Será relevante que estudos futuros incluam amostras mais representativas e que explorem múltiplas identidades sociais de forma sistemática, reforçando uma abordagem interseccional. Sugere-se também o desenvolvimento e validação de instrumentos que captem com maior precisão experiências de discriminação interseccional no contexto português. Por fim, destaca-se a importância de aprofundar, através de estudos longitudinais e qualitativos, a forma como diferentes grupos percecionam e experienciam a saúde mental. Os dados obtidos neste estudo também reforçam a necessidade de políticas publicas de inclusão e de intervenções comunitárias que promovam a igualdade de género e combatam os impactos psicossociais da discriminação, contribuindo para uma sociedade mais justa e saudável.

6. Conclusão

Os resultados do presente estudo reforçam a importância de ter em consideração a analise de fatores psicossociais, como a perceção de discriminação social, o suporte social percebido e a resiliência, na compreensão do distress psicológico e dos níveis de saúde mental. O estudo evidenciou diferenças entre os homens e mulheres, reforçando a

importância de uma abordagem interseccional na análise de saúde mental, reconhecendo o impacto cumulativo de múltiplas identidades sociais. Apesar de os homens apresentarem níveis de resiliência superiores, os mesmos não parecem compensar os efeitos adversos da discriminação, o que sugere a necessidade de estudar estratégias mais amplas de promoção da saúde mental e bem-estar. O estudo reforça importância de políticas publicas que combatam as desigualdades estruturais, promovam redes de suporte social inclusivas e fomentem praticas de saúde mental que sejam sensíveis ao género e à diversidade.

7. Referências Bibliográficas

Adeyeba, M., Calvetti, S., Lockett, G., Sostre, J., Slay, L., Goldbach, J. T., & Kipke, M. D. (2025). Intersecting Identities: Exploring stigma, minority stress, resilience, and identity in sexual and gender diverse youths of color. *SSM. Mental health*, *7*, 100458. https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2025.100458

Amnesty International (2025). *Women's Rights*. https://www.amnesty.org/en/what-we-do/discrimination/womens-rights/(Accessed January 1, 2026).

Anbesu, E. W., Moloro, A. H., Kase, B. F., Shibeshi, A. H., Asebe, H. A., Hussen, N. M., Mehari, M. G., Seid, A. A., Arge, K. G., Hasen, A. A., & Asgedom, D. K. (2025). Intimate partner violence and mental disorders among women: an umbrella review. *BMC psychiatry*, *26*(1), 13. https://doi.org/10.1186/s12888-025-07654-x

Ayalon, L., & Gum, A. M. (2011). The relationships between major lifetime discrimination, everyday discrimination, and mental health in three racial and ethnic groups of older adults. *Aging & mental health*, *15*(5), 587–594. https://doi.org/10.1080/13607863.2010.543664

Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2007). BSI – Psychopathological Symptom Inventory: Short version (BSI-18). In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Psychological assessment: Validated instruments for the portuguese population* (Vol. 3, pp. 109–130). Quarteto Editora.

Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D., & Mota-Pereira, J. (2011). Psychometric characteristics of the portuguese version of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). *Psychologica*, 54, 297–312. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_13

Chuntova, N., Abdelmalek, I. A., Lavallée-Rodrigue, K., Thériault, E. R., Hogan, R., Guenoun, Z., Boulette, J., Romain, A. J., DuBois, L. Z., & Juster, R. P. (2026). Intersectional stigma, health behaviors, and allostatic load among sexual and gender diverse people. *Psychoneuroendocrinology*, *184*, 107708. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2025.107708

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.) Lawrence Erlbaum Associates.

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety,* 18(2), 76–82. https://doi.org/10.1002/da.10113

Courtenay W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social science & medicine (1982)*, *50*(10), 1385–1401. https://doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00390-1

Crenshaw, K. W. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum, 1989*(1), 139–167

Demke E. (2022). The Vulnerability-Stress-Model-Holding Up the Construct of the Faulty Individual in the Light of Challenges to the Medical Model of Mental Distress. Frontiers *in sociology*, *7*, 833987. https://doi.org/10.3389/fsoc.2022.833987

Derogatis, L. R. (2001). *Brief Symptom Inventory (BSI-18): Administration, scoring, and procedures manual*.

Evans, J. D. (1996). *Straight forward statistics for the behavioral sciences*. Brooks/Cole Publishing.

Farhane-Medina, N. Z., Luque, B., Tabernero, C., & Castillo-Mayén, R. (2022). Factors associated with gender and sex differences in anxiety prevalence and comorbidity: A systematic review. *Science progress*, *105*(4), 368504221135469. https://doi.org/10.1177/00368504221135469

Faria Anjos, J., Santos, M. J. H., Ribeiro, M. T., Ferreira, P. L., & Salgueiro, M. F. (2019). Connor–Davidson Resilience Scale: Validation study in a Portuguese sample. *BMJ Open,* 9(1), e026836. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026836

Foynes, M. M., Shipherd, J. C., & Harrington, E. F. (2013). Race and gender discrimination in the Marines. *Cultural diversity & ethnic minority psychology*, *19*(1), 111–119. https://doi.org/10.1037/a0030567

Goodwin, S. A., Williams, K. D., & Carter-Sowell, A. R. (2010). The psychological sting of stigma: The costs of attributing ostracism to racism. *Journal of Experimental Social Psychology*, 46(4), 612–618. https://doi.org/10.1016/j.jesp.2010.02.002

Graham K, Treharne GJ and Nairn K (2017). Using Foucault's theory of disciplinary power to critically examine the construction of gender in secondary schools. *Social and* Personality *Psychology Compass, 11*(2): e12302.

Guerrero, N., Yu, X., Raphael, J., & O'Connor, T. (2023). Racial Discrimination in Late Adolescence and Mental Health Outcomes Among Participants in the Panel Study of Income Dynamics. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, *73*(2), 302–309. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.02.029

Holt-Lunstad, J. (2021). The Major Health Implications of Social Connection. *Current* Directions *in Psychological Science*, *30*(3), 251-259. https://doi.org/10.1177/0963721421999630

Hopkins, P. (2017). Social geography I: Intersectionality. *Progress in Human Geography*, *43*(5), 937-947. https://doi.org/10.1177/0309132517743677

Hyde, J. S., & Mezulis, A. H. (2020). Gender Differences in Depression: Biological, Affective, Cognitive, and Sociocultural Factors. *Harvard review of psychiatry*, *28*(1), 4–13. https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000230

Ingle, C., Anderson, R., & Williams, A. (2025). Intersections of sexual orientation, gender identity, and race/ethnicity and odds of reporting depression and anxiety symptomology in the Household Pulse Survey. *Journal of Mental Health*, 1–12. https://doi.org/10.1080/09638237.2025.2558508

Jordan, J. V. (2013). Relational resilience in girls. In *Handbook of resilience in children, 2nd ed* (pp.73–86). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3661-4_5.

Katz, B. A., Hawes, M. T., & Klein, D. (2023). Lonely But Not Alone: Loneliness and Social Positive Valence Sensitivity in Emerging Adults' Everyday Lives. https://doi.org/10.31234/osf.io/ntj3a

Katz, B. A., Mutlu, M., Kharbanda, A. A., Kurade, P., & Shenkman, G. (2026). Social support and internalizing psychopathology among sexual and gender minority individuals: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 123*, 102686. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2025.102686

Kayrouz, R., Karin, E., Staples, L., Dear, B., Nielssen, O., & Titov, N. (2025). A review of the 257 meta-analyses of the differences between females and males in prevalence and risk, protective factors, and treatment outcomes for mental disorder. *BMC psychiatry*, *25*(1), 677. https://doi.org/10.1186/s12888-025-06848-7

Kim, J., Song, K., & Sutin, A. R. (2021). Gender differences in the relationship between perceived discrimination and personality traits in young adulthood: Evidence using sibling fixed effects. *Social science & medicine (1982)*, *286*, 114329. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114329

Krueger, E. A., & Upchurch, D. M. (2022). Sexual orientation, social support, and mental health resilience in a US national sample of adults. *Behavioral Medicine*, 48(3), 207–215. https://doi.org/10.1080/08964289.2020.1825922

Lattanner, M. R., Pachankis, J. E., & Hatzenbuehler, M. L. (2022). Mechanisms linking distal minority stress and depressive symptoms in a longitudinal, population-based study of gay and bisexual men: A test and extension of the psychological mediation framework. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90(8), 638–646. https:// doi.org/10.1037/ccp0000749

Laz-Figueroa, K., Sánchez, B., R., H., García, J., C., S., Guevara-Viejó, F. & Molina-Molina, V. (2025). Gender-based violence and its relationship to the mental health of female university students. *Front. Sociol. 10*:1597261. doi: 10.3389/fsoc.2025.1597261

Lee, Y. J., Na, J., & Kim, B. K. (2024). Age, Gender and One's Perception of Discrimination Against Men Versus Women in Korea. *Psychological reports*, *127*(5), 2347–2367. https://doi.org/10.1177/00332941221149175

Mommersteeg, P. M., van Valkengoed, I., Lodder, P., Juster, R. P., & Kupper, N. (2024). Gender roles and gender norms associated with psychological distress in women and men among the Dutch general population. *Journal of health psychology*, *29*(8), 797–810. https://doi.org/10.1177/13591053231207294

OECD (2017). *The Pursuit of Gender Equality*. Paris: OECD.

OECD (2025), "Global experiences of discrimination", *OECD Policy Insights on Well being, Inclusion and Equal Opportunity*, No. 22, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/4b01b73c-en.

Park, H., Noh, K., Choi, S., & Min, J. J. (2023). Social support as a moderator between resilience and psychological distress among Korean Americans perceiving racial discrimination during COVID-19: An exploratory moderated mediation model. *International Journal of Intercultural Relations, 95*, 101815. https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2023.101815

Pascoe, E. A., & Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 135*(4), 531554. https://doi.org/10.1037/a0016059

Pollack, W.S. (2005). Sustaining and Reframing Vulnerability and Connection. In: Goldstein, S., Brooks, R.B. (eds) *Handbook of Resilience in Children. Springer, Boston*, MA. https://doi.org/10.1007/0-306-48572-9_5

Rico-Uribe, L. A., Caballero, F. F., Martín-María, N., Cabello, M., Ayuso-Mateos, J. L., & Miret, M. (2018). Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. *PloS one*, *13*(1). e0190033. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190033

Ridgeway, S. O., & Denney, J. T. (2023). A comprehensive examination of discrimination and the impact on health in young adults. *Social science & medicine (1982)*, *320*, 115728. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115728

Schwartz-Mette, R. A., Shankman, J., Dueweke, A. R., Borowski, S., & Rose, A. J. (2020). Relations of friendship experiences with depressive symptoms and loneliness in childhood and adolescence: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 146*(8), 664 700. https://doi.org/10.1037/bul0000239

Seabra, T., Oliveira, C., & Ferreira, A. (2024). Everyday discrimination and psychosocial well-being in Portugal: The mediating role of social support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(3), 1552–1568. https://doi.org/10.3390/ijerph21031552

Smith, I. Z., & Read, J. G. (2024). Racial and gender differences in discrimination and psychological distress among young adults. *Social science & medicine (1982)*, *354*, 117070. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117070

Tamres, L. K., Janicki, D., & Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review,* *6*(1), 2–30. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0601_1

UN Women (2025). One in Four Countries Report Backlash on Women's Rights in 2024. In: UN Women – Headquarters. Available at: https://www.unwomen.org/ en/newsstories/press-release/2025/03/one-in-four-countries-report-backlash-onwomens-rights-in-2024 (Accessed June, 12 2025).

Van de Velde, S., Delaruelle, K., Van Eekert, N., & Bracke, P. (2021). Perceived group discrimination based on one's gender and the gender gap in depression in Europe. *Scandinavian journal of public health*, *49*(6), 598–605. https://doi.org/10.1177/1403494820939024

Vargas Lopes, F. and A. Llena-Nozal (2025), "Understanding and addressing inequalities in mental health", *OECD Health Working Papers*, No. 180, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/56adb10f-en.

Williams, D. R., Lawrence, J. A., & Davis, B. A. (2019). Racism and Health: Evidence and Needed Research. *Annual review of public health*, *40*, 105–125. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-043750

Williams, D. R., Lawrence, J. A., Davis, B. A., & Vu, C. (2019). Understanding how discrimination can affect health. *Health services research*, *54 Suppl 2*(Suppl 2), 1374–1388. https://doi.org/10.1111/1475-6773.13222

Williams, D. R., Yu, Y., Jackson, J. S., & Anderson, N. B. (1997). Racial differences in physical and mental health: Socioeconomic status, stress, and discrimination. *Journal of Health Psychology*, 2(3), 335–351. https://doi.org/10.1177/135910539700200305

World Medical Association. (2024). *WMA Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects* (13 January 2026). https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/

Yiarlmaz Kog, E., & Gök Uslu, A. (2021). A Meta-analysis study on gender diferences in psychological resilience levels. *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry and Psychology*, *3*, 132–143. https://doi.org/10.35365/ctjpp.21.2.15.

Zhang, R., & Mena, J. A. (2024). Gender Differences in Coping with Discrimination, Psychological Distress, and College Stress Among International Chinese Students in the United States. *Journal of Women and Gender in Higher Education*, *17*(4), 285–303. https://doi.org/10.1080/26379112.2024.2386024

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of* Abnormal *Psychology, 86*(2), 103–126. https://doi.org/10.1037/0021-843X.86.2.103

Pobreza, etnicidade e saúde psicossocial: Dados preliminares de um estudo qualitativo

Joni Ledo [1,2,3], Henrique Pereira [1,2] & Catarina Oliveira [4]

1 Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade da Beira Interior, Campus IV, 6200-209 Covilhã, Portugal.
2 Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento Humano (CIDESD)
3 Bolseiro de investigação Científica, Fundação para a Ciência e a Tecnologia, 1249-074 Lisboa
4 Delegação de Vila Real da EAPN – European Anti-Poverty Network /Portugal (EAPN Portugal)

Autor correspondente: Jóni Ledo **E-mail:** joni.ledo@ubi.pt

Resumo

Introdução: Este estudo qualitativo tem como principal objetivo compreender a perceção do estigma social, discriminação e saúde psicossocial de populações Roma e Non-Roma em situação de pobreza. **Método:** Realizaram-se entrevistas semiestruturadas a 20 participantes (10 Roma e 10 não-Roma) com rendimento per capita inferior a €522,50 e com idades compreendidas entre os 21 e os 65 anos (Média= 44.2; DP= 12.75). Os dados foram analisados com base na análise temática com o apoio do software Nvivo 15. **Resultados:** Os resultados indicam que as participantes da comunidade Roma percecionam a habitação como o principal fator para o seu bem-estar. A situação de pobreza e o emprego são também fatores predominantes, com a comunidade Roma a elencar a sua visão mais positiva dentro das suas adversidades e maiores dificuldades para ter um emprego estável e pela discriminação étnica presente em todos os testemunhos da comunidade Roma, pelo efeito da interseccionalidade. **Discussão:** Estes fatores têm efeitos distintos na saúde mental, com a comunidade Roma a elencar a resiliência e o suporte social da família como fatores protetores, enquanto a comunidade Non-roma considera que seria fundamental ter apoio psicológico. Os resultados evidenciam que a etnia se sobrepõe ao rendimento como fator de discriminação, reforçando a importância de políticas públicas que melhorem condições de vida, promovam integração social e combatam discursos que reforçam desigualdades etnoculturais.

Palavras-chave: Pobreza; saúde psicossocial; exclusão social; vulnerabilidade; comunidades Roma

Introdução

A investigação ao longo das últimas décadas têm-se debruçado sobre a relação entre a pobreza, a exclusão social e a saúde mental, evidenciando que a pobreza pode aumentar o sofrimento psicológico, a ansiedade e reduzir o bem-estar destas comunidades (World Health Organization & Calouste Gulbenkian Foundation, 2014). O estigma social associado à situação de pobreza é um dos determinantes que influencia a saúde psicossocial e emocional. Este estigma, caracterizado por Goffman (1963) como um atributo negativo com o objetivo de desvalorização social de uma comunidade e que impacta na sua identidade. O estigma, tem impactos diversos nos indivíduos, podendo ser internalizado, ou seja, como o estigma está tão presente na sociedade, as próprias comunidades assumem para si essa mesmo estigma, o que tem efeitos na autoestima e no próprio funcionamento psicossocial (Corrigan & Watson, 2002). No caso português e

com desigualdades sociais presentes e com números elevados de pessoas em situação de pobreza, a investigação ainda é parca sobre o impacto do estigma na saúde psicossocial.

Para Ledo e Pereira, (2025), são essenciais estudos qualitativos que aprofundem estas relações com a perspetiva das populações que estão em situação de pobreza. O estigma continua a persistir em atitudes negativas e preconceitos associados sobre os grupos minoritários, mais pobres e marginalizados (Inglis et al., 2023). Estas desigualdades são ainda mais evidentes quando a mesma pessoa um conjunto de características minoritárias (pobreza, género, minoria étnica, minoria sexual), e nesse sentido, Crenshaw (1989; 1991) desenvolveu o conceito de interseccionalidade, onde considera a acumulação destas características amplificam o estigma social. No caso particular das comunidades Roma, verifica-se que para além da pobreza estrutural, piores condições habitacionais e níveis educacionais mais baixos, que se acumulam com a pertença étnica e o racismo estrutural associam-se a uma discriminação social mais elevada. No entanto, isto não significa necessariamente que estes efeitos se façam sentir diretamente na sua saúde mental (Ledo, Oliveira & Pereira, 2025). Num estudo de Ledo, Oliveira e Pereira (2025), verifica-se que apesar da comunidade Roma ter maior autoestigma, tem também maior resiliência e suporte social, e também menores níveis de distress psicológico. Isto pode significar que a resiliência e o suporte social se assumem como fatores protetores da sua saúde psicossocial. Em estudos qualitativos recentes, verifica-se que a internalização do preconceito, a vergonha, a exclusão social e a discriminação influenciam profundamente o sentido de identidade e pertença (Inglis et al., 2023). A investigação em Portugal na área da Psicologia sobre experiência de estigma e a saúde mental em pessoas em situação de pobreza ainda é muito recente e principalmente quantitativa, comparando comunidades Roma e non-Roma, torna-se essencial a análise qualitativa do ponto de vistas destas comunidades e da forma como interpretam e sentem estas experiências na sua vida diária.

Neste sentido, este estudo tem como objetivos: (1) compreender a perceção do estigma social, discriminação e saúde psicossocial de populações Roma e Non-Roma em situação de pobreza; (2) explorar experiências de estigma e discriminação percebidas entre grupos Roma e non-Roma e a forma como estas influenciam a sua saúde psicossocial e (3) identificar os mecanismos de proteção que estas comunidades usam para combater o estigma social. O estudo foi guiado pelas seguintes questões de investigação: Como é que estas comunidades descrevem a sua experiência de estigma

social e discriminação? Quais são as estratégias que utilizam para fazer face a estas situações? Quais são os recursos comunitários e pessoais que consideram importantes para combater o estigma e reduzir o impacto da discriminação? É essencial dar voz a comunidades marginalizadas que estão numa situação de vulnerabilidade social pela situação de pobreza que enfrentam, mas também pelo estigma e discriminação a elas associado. As políticas públicas devem ser orientadas pelo conhecimento científico e a perceção por parte destas comunidades das suas necessidades mais prementes de forma a inverter o ciclo que perpetua no tempo.

Método

Desenho do estudo

Este estudo qualitativo e exploratório pretende compreender a forma como a perceção do estigma social e discriminação influenciam a saúde psicossocial de populações Roma e Non-Roma em situação de pobreza. Os dados foram recolhidos através de uma entrevista semiestruturada e a análise dos dados foi realizada através de análise temática.

Participantes

Participaram neste estudo 20 pessoas adultas em situação de pobreza, 10 que se identificam etnicamente como comunidade Roma e 10 que se identificam como non-Roma Portuguese. O critério de inclusão para uma pessoa ser considerada em situação de pobreza teve por base um valor inferior per capita ao indexante de apoios sociais em vigor em Portugal em 2025 (€522,50). A definição de non-Roma representa a maioria étnica da população portuguesa. Os participantes têm idades compreendidas entre os 21 e os 65 anos (Média= 44.2; DP= 12.75). Cada um dos grupos é composto por 5 participantes do género feminino e 5 do género masculino. A grande maioria dos participantes (75%) tem filhos, sendo que na comunidade Roma são 9 (90%), enquanto no grupo non-Roma são 6 (60%). A maioria dos participantes estão em situação de desemprego (18) e 2 estão reformados. O número de filhos e de pessoas por agregado familiar é mais elevado na comunidade Roma. Por outro lado, a escolaridade é mais elevada no grupo non-Roma, com 80% a ter o 12º ano de escolaridade, enquanto na comunidade Roma, apenas 1 pessoa indicou ter o 12º ano. Os critérios de inclusão foram: Ter 18 ou mais anos, residir no

concelho de Vila Real, estar em situação de pobreza e pertença étnica à comunidade Roma ou non-Roma. Os critérios de exclusão foram: Menores de idade, pessoas de outras minorias étnicas e pessoas com rendimento per capita familiar superior a 522,50€. A seleção das pessoas foi realizada por amostragem intencional e o *n* final decorre de saturação teórica, na medida em que as entrevistas deixaram de gerar novas categorias. Os participantes apresentam indicadores gerais de baixo nível educacional, desemprego estrutural, baixos e baixos rendimentos.

Procedimento da recolha de dados

O investigador principal entrou em contacto com todos os participantes para lhes explicar os objetivos do estudo. A confirmação da pertença étnica dos participantes foi assegurada com o apoio das instituições colaboradoras, que auxiliaram tanto na identificação como no contacto inicial para os convites de participação. Este processo permitiu garantir que apenas pessoas pertencentes ao público-alvo eram incluídas, preservando simultaneamente a autonomia e a confiança dos participantes ao longo de toda a investigação. Posteriormente, realizou-se a entrevista semiestruturada, cujo guião completo se encontra na Tabela 1. As entrevistas decorreram entre abril e junho de 2025 nas instalações do Núcleo Distrital da EAPN de Vila Real, no Vila Real Social e na Between Dimensions, entidade de formação profissional. Em todos os locais foi disponibilizada uma sala que assegurasse a privacidade necessária. As entrevistas realizaran-se em salas amplas, predominantemente brancas, tranquilas, sem elementos distratores e controladas quanto ao ruido para promover a segurança e o conforto dos participantes. A seleção dos participantes contou com o apoio das instituições previamente mencionadas, responsáveis pelo acompanhamento destas pessoas. A duração das entrevistas não foi definida antecipadamente, tendo ocorrido, em média, entre 45 e 60 minutos. Todas foram áudio-gravadas após o preenchimento do consentimento informado. Posteriormente, as entrevistas foram integralmente transcritas e pseudonimizadas. Não foi oferecido qualquer incentivo financeiro pela participação no estudo.

Tabela 1

Guião da entrevista

1. Já sofreu algum tipo de experiência negativa ou de discriminação devido à situação de pobreza em que se encontra?

2. Pode descrever-me situações em que sentiu o preconceito social por pertencer a um grupo social minoritário e estar em situação de pobreza? (Comunidade Roma)
3. Com quem frequência acontecem este tipo de situações?
4. Como lidam com eles? Que recursos utilizam para lidar com eles?
5. Qual a influência que estes acontecimentos têm no seu bem-estar e na saúde mental?
6. Se sim, como lidou com a situação? Que recursos utilizou?
7. Que mudanças gostaria de ver na sociedade para reduzir o impacto negativo do preconceito no vosso bem-estar?
8. Como considera que pertencer a uma minoria étnica e estar em situação de pobreza pode agravar as experiências negativas? (Comunidade Roma)

Análise de dados

Os dados foram analisados com base na análise temática, seguindo as orientações de Braun e Clarke (2021), adequado para identificação e interpretação de padrões de significado em dados qualitativos. Em primeiro lugar a familiarização com os dados lendo as entrevistas integralmente, a codificação inicial, gerar os códigos iniciais e a procura por temas, rever os temas definidos, nomeação dos temas e redação analítica.

Todo este processo teve em consideração os critérios Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) (Tong et al., 2007). A saturação teórica alcançou-se quando as entrevistas começaram a apresentar dados redundantes e deixaram de criar novos códigos ou informação pertinente para os objetivos do estudo. A codificação das entrevistas foi feita de forma independente por dois investigadores que discutiram as discrepâncias para garantir a sua consistência, confiabilidade e transferibilidade. As transcrições e o conteúdo das entrevistas foram analisados com o apoio do software Nvivo 15. A análise seguiu uma abordagem indutiva e um nível latente, pois responde melhor aos objetivos do estudo. Os códigos iniciais incluíram: "condições da habitação", "saúde mental", resiliência e como lidar com a adversidade", "condições de vida" e "discriminação", sendo posteriormente condensados nos temas: Situação habitacional, condições de vida e situação perante o trabalho, discriminação e saúde psicossocial.

A experiência prévia do primeiro autor no trabalho com populações vulneráveis e em situação de pobreza poderia introduzir um possível viés de análise, o que foi reconhecido desde o início do estudo. Para mitigar este risco, foi elaborado um diário reflexivo ao longo de todo o processo investigativo, no qual foram registadas as decisões, perceções e interpretações do investigador. Estes registos foram sistematicamente discutidos com os restantes autores, recorrendo a uma análise crítica contínua que contribuiu para reforçar o rigor analítico.

O reconhecimento da proximidade do investigador com o grupo em estudo permitiu adotar uma postura reflexiva, questionando pressupostos e examinando continuamente as próprias interpretações, de forma a reduzir potenciais enviesamentos.

Esta prática revelou-se particularmente importante dada a sensibilidade dos temas abordados, nomeadamente o estigma social, a discriminação e a saúde psicossocial. A reflexividade desempenhou, assim, um papel central na garantia de transparência e sensibilidade na análise, bem como na consciência de que a posição dos investigadores poderia influenciar o nível de profundidade e abertura na partilha de informação por parte dos participantes.

Considerações éticas

O estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal (Ref. No. CE-UBI-Pj-2023-051-ID1915). Todos os participantes leram e assinaram o consentimento informado que também lhes foi explicado pelo investigador. Foi assegurada a confidencialidade dos dados, garantindo que só os investigadores teriam acesso ao conteúdo de áudio e escrita das entrevistas e foram da possibilidade de desistência em qualquer fase do processo, cumprindo as normas estabelecidas na Declaration of Helsinki (World Medical Association, 2024).

Resultados

A realização da análise temática identificou quatro temas principais: Situação habitacional, condições de vida e situação perante o trabalho, discriminação e saúde psicossocial, descritos na tabela 2.

Tabela 2

Temas e subtemas emergentes da análise qualitativa

Tema	Subtema	Citação ilustrativa
Situação habitacional		"*A mim dizem-me, vais para casa? Eu já tive uma casa, não é? Não, não vou para casa, não tenho casa."* (Não-Roma 1 homem).
condições de vida e situação perante o trabalho	Situação de pobreza	"*Mas eles deviam olhar mais para nós…há muita pobreza…Porque a pobreza é envergonhada."* (Não-Roma 4 mulher)
	Situação perante o trabalho	"*O trabalho só é dado a quem tem conhecimentos e pode entrar para aquele trabalho…E não pode ser só para a empresa, não pode ser só trabalho."* (non-Roma 8 mulher)

Discriminação	Discriminação étnica Discriminação pela situação de pobreza	"*Já aconteceu, às vezes darem prioridade a outras pessoas e eu noto que é por causa disso…eu acho que sendo uma pessoa Roma ficamos logo com aquela marca…"* (Roma 1 mulher) "*Até já fui discriminado em miúdo…havia colegas meus, nós temos grandes botas, temos não sei o quê, e até me gozavam, não é, por aquilo que tinha…uma pessoa acabava por ficar desanimada."* (Não- Roma 7 homem)
Saúde psicossocial	Suporte social, familiar e comunitário Estratégias para lidar com a adversidade	"*Por exemplo, todos no bairro têm ali a família toda a volta dela, porque se estivesse sozinha era mais difícil…*" (Roma 2 mulher) "*Sim, nós já lidamos desde pequeninos e a gente vai aprendendo a…a nossa defesa é a gente por para trás das costas porque senão tínhamos problemas todos os dias*" (Roma 1 mulher)

3.1 Situação habitacional

A habitação habitacional emergiu como um elemento central na experiência de pobreza, sendo referida transversalmente por participantes de ambos os grupos.

Nos participantes Roma com experiências anteriores de habitação informal, o acesso a habitação permanente foi descrito como muito significativo na melhoria das suas condições de vida. "*Vivia no acampamento. Sim, claro, nem tem comparação (viver numa habitação). Quando chovia a chuva entrava toda lá dentro e o frio. Não há nada a ver. E ao vento às vezes as chapas voavam. Até só a higiene vale o dinheiro*" (Roma 10 Homem).

As condições habitacionais, nomeadamente a higiene pessoal e a perceção de bem-estar físico e social fica evidente neste testemunho. "*Até fiquei contente de minhas filhas terem ido para a escola de além e já irem com os sapatos mais lavadinhos, foi diferente, totalmente diferente.*" (Roma 9 homem).

Já os participantes que ainda permanecem sem acesso à habitação, as carências a que estão sujeitos é descrita como um fator de vulnerabilidade. "*Eu…estou a viver numa roulotte. Agora estou à borda da estrada. Agora eu estou inscrito na Câmara, mas nunca me deram nenhuma resposta. Ui, nesta caravana eu já estou ali há mais de 5 ou 6 anos."* (Roma 4 homen).

Os participantes non-Roma apresentam narrativas mais heterogéneas, apesar de que nenhum relatou já ter vivido em habitação informal, sendo que mesmo assim colocam a habitação numa das suas prioridades. "*Vais para casa? Vou! Não tens casa. Que eu às*

vezes confronto. Não tens casa, mano, tens um quarto. A mim dizem-me, vais para casa? Não, não vou para casa, não tenho casa." (Não-Roma 1 homem).

Outros refletem que mesmo para quem tem casa própria, a pobreza energética reduz o conforto habitacional e a manutenção das condições adequadas. "*As pessoas pensam que a pobreza está relacionada com a fome. E a pobreza emergente que a gente tem? Há pessoas que estão dentro de casa vestidos conforme andam na rua, não têm um aquecedor. Não podem pagar luz*" (Não-Roma10 homem).

Por um lado, existe a perceção das dificuldades ineres às condições habitacionais que atravessam, por outro lado, salientam a situação precária em que se encontram e a possibilidade de perderem a pouca estabilidade que têm. Alguns relatos salientam a coexistência de vários fatores de vulnerabilidade como o género, a pobreza e a pertença a uma minoria étnica.

3.2 condições de vida e situação perante o trabalho

3.2.1 Situação de pobreza

A situação de pobreza foi descrita pelos participantes como um eixo estruturante na sua vida quotidiana, seja a situação habitacional anteriormente referida como a impossibilidade de terem recursos financeiros para suprir as suas necessidades básicas. Enunciam também que para além do que os números relativos à pobreza poderem ser inferiores aos reais, pois existem muitos casos da denominada "pobreza envergonhada", caracterizada pela vergonha social e ocultação das dificuldades económicas. "*Mas eles deviam olhar mais para nós…há muita pobreza, muita mesmo, há pessoas com casarões e estão numa pobreza total. Porque a pobreza é envergonhada*." (Não-Roma 4 mulher)

Também há quem encontre nesta situação negativa, pontos positivos quando comparados com outras pessoas, optando por enfrentar as adversidades de forma mais leve. "A situação financeira é um conjunto dos fatores todos juntos. Eu encontro no problema uma força para erguer." (Não-Roma 6 mulher)

No caso da comunidade Roma e relativamente à situação de pobreza focam-se também mais nos pontos positivos, descrevendo as partes positivas de ter saúde e de ter uma habitação condigna. "*Eu desde que tenha saúde, eu tenho tudo na vida. Olhe, ter uma casinha e saúde já é essencial, nem que arranjasse um trabalho honesto, é essencial amigo.*" (Roma 4 homem)

Apesar da situação económica ser partilhada, as formas de a encarar são distintas no significado que atribuem à experiência de estarem em situação de pobreza.

3.2.1 Situação perante o trabalho

Alguns participantes consideram que a procura de trabalho é atualmente dificultada pela presença de um maior número de imigrantes no país. Apesar de alguns deles terem sido emigrantes e considerarem que sempre foram bem tratados, consideram que a situação que Portugal atravessa quanto à imigração é diferente. "*Em França, uma coisa é que quando os imigrantes são portugueses, espanhóis, italianos, …nunca tive discriminação…Porque eu sou trabalhadora…Porque a vida lá também não é fácil, porque agora também está cheio de imigrantes…"* (Não-Roma 9 mulher)

Apesar das dificuldades em encontrar trabalho, muitas vezes pela necessidade de tomar conta dos filhos, consideram que desempenhar esse papel é importante, apesar de elencarem que as empresas tenham a capacidade de compreender cada situação e procurar estratégias para facilitar a integração das pessoas. "*Eu sei que posso estar muito bem num trabalho…não te dão esse trabalho, porque o trabalho só é dado a quem tem conhecimentos e pode entrar para aquele trabalho…E não pode ser só para a empresa, não pode ser só trabalho*" (Não-Roma 8 mulher)

3.3 Discriminação

3.3.1 Discriminação étnica

A maioria dos participantes Roma relatou experiências recorrentes de vigilância em estabelecimentos comerciais. As reações que apontam são diversas, mas na sua maioria é de evitar o conflito e de não valorizar esses comportamentos e agir normalmente. **"***Sim, sim, andarem-nos a vigiar, sem razão…mas pronto…Na saúde também já aconteceu, às vezes darem prioridade a outras pessoas e eu noto que é por causa disso…eu acho que sendo uma pessoa Roma ficamos logo com aquela marca…*" (Roma 1 mulher)

Por outro lado, principalmente nas pessoas da comunidade Roma que vivem em bairros multiétnicos, afirmam que utilizam estratégias de gestão identitária de forma a reduzir a exposição â discriminação. "*A mim já não andam atrás de mim, porquê? Porque eu passo bem por brasileira. Em mim, não é um grande impacto…sou portuguesa, como vós, sou é de outra etnia, sou Roma. E tenho muito orgulho de o ser."* (Roma 3 mulher)

Também existem exemplos positivos de não perceção de discriminação na comunidade Roma, principalmente nos cuidados de saúde onde referem que o tratamento é bom e cuidadoso e que não notam nenhuma diferença de tratamento. "*Ora, vou ao posto médico, me tratam como as outras pessoas, igual…Às vezes doem-me as costas, vou ao posto médico e lá me receitam uns comprimidos ou assim…Muitas pessoas dão com ciganos, outras pessoas mal sabem que sou cigano."* (Roma 4 homem)

A discriminação étnica é predominante nos discursos dos participantes Roma, enquanto os não-Roma referem formas de discriminação assentes na condição socioeconómica. **"***Estas estas pessoas por exemplo não sei se é isto que eu vou lhe dizer, mas eu acho que estas pessoas que vêm de fora por exemplo, eu não sou contra os migrantes. Há pessoas de aqui que precisam…"* (Não-Roma 4 mulher)

3.3.2 Discriminação pela situação de pobreza

A situação de vulnerabilidade gera também uma sensação de discriminação pela situação de pobreza e pela maior dificuldade em fazer ouvir a sua voz. "*Normalmente é as pessoas ao redor que nem conhecem, não sabem, têm mania de julgar antes de conhecer a situação…no meio desta procura encontramos pessoas muito mazinhas, por assim dizer, neste meio aqui de judas."* (Não-Roma 6 mulher)

Alguns participantes referem já terem sido discriminados pelas suas condições materiais ao longo da vida. Estas experiências geram uma sensação de desanimo e evitamento. "*Até já fui discriminado em miúdo, …havia colegas meus…até me gozavam…por aquilo que tinha…uma pessoa acabava por ficar desanimada."* (Não-Roma 7 homem)

Outro aspeto emergente nas entrevistas é a alguns participantes falarem das pessoas em situação de pobreza na terceira pessoa, como que esta característica não lhes fosse atribuível, mesmo na situação adversa em que se encontram. "*Então, essas pessoas com pobreza, eu acho que, pronto, agora, se são pessoas com trabalho, também, a ver se podia trabalhar também um pouco mais, porque há pessoas que são também preguiçosas…"* (Não-Roma 9 mulher)

3.4 Saúde psicossocial

As participantes mulheres afirmam mais explicitamente problemas de saúde psicossocial que enfrentarem e têm maior facilidade de falar do assunto, nomeadamente

mulheres da comunidade Roma. Apesar de valorizarem a sua saúde psicossocial, referem que os recursos financeiros necessários para recorrer ao setor privado limitam as suas opções. "*Eu precisava de apoio psicológico. Eu estou cansada, cansada pelo problema da minha vida…sinto-me uma perdedora. Para ir a um psicólogo ou para ter uma consulta de psicólogo, quanto tempo vai demorar? Se eu tivesse dinheiro e recursos, eu própria já tinha ido."* (Roma 3 mulher)

Apesar da maioria das pessoas falarem com normalidade sobre a saúde mental, outros evidenciam que tentam resolver os problemas por si próprios mesmo que isso implique sofrimento psicológico. "*A minha irmã teve uma depressão porque o homem deixou-a, e o medico receitou-lhe um psicólogo e psiquiatra e ela não aceitou porque achava que não era preciso, mas teve ali um tempo que andou muito deprimida…Lidamos com os problemas e sofremos e pronto…: A minha irmã disse-me muitas vezes que se não fosse por causa dos filhos ela matava-se*." (Roma 2 mulher)

Também na comunidade Não-Roma, os problemas de saúde mental são evidenciados apesar de serem referidos com menos frequência, mesmo que não relacionados diretamente com a situação de pobreza em que se encontram. "*Não era por questão do luto, era por questão mental mesmo que eu andava nervosa, andava estressada…ninguém podia falar comigo porque eu alterava-me…"* (Não-Roma 4 mulher)

A questão da discriminação por pertença a uma minoria étnica tem influência na forma como as pessoas experienciam os problemas. Por vezes esses episódios são usados como força interior para lidar com os problemas, outras vezes mostram-se como fatores de risco para a saúde mental. "*De saúde mental tenho sentido ansiedade, stress, depressão, algum momento de maior tristeza prolongado, tomar medicação para dormir…Uma pessoa ser da comunidade Roma e estar em situação de pobreza…faz com que a pessoa passe por muitas dificuldades ao longo da vida."* (Roma 9 homem)

Embora muitos participantes tenham referido que nunca tiveram problemas de saúde mental, vários relatos revelam experiências compatíveis com sofrimento psicológico. **"***Eu não tenho grande preocupação comigo, a nível de saúde é que eu tenho que ter, aí…Saúde mental não…para já…"* (Não-Roma10 homem)

3.4.1 Suporte social, familiar e comunitário

O suporte social percebido emergiu como um fator protetor preponderante da saúde mental destas populações. "*Por exemplo, todos no bairro têm ali a família toda a volta dela, porque se estivesse sozinha era mais difícil e até podia trazer mesmo… Mas ali a família dava mais suporte, ia para a casa dela (irmã)…"* (Roma 2 mulher)

Outros relatos referem que o suporte comunitário nem sempre é o que parece e que ele se tem degradado ao longo do tempo. "*Hoje em dia já não é igual à ideia que as pessoas tinham que eramos muito unidos. Desde que saímos das barracas que ninguém nos passa cartão e nós não passamos também…há a família, mas o resto não passamos cartão…".* (Roma 7 mulher)

Alguns participantes denotam um sentimento de abandono e dificuldade para perceber o porquê de estarem a ser colocados de parte. "*Eu também tenho cá família, mas a família também não... Não se dão comigo. Eu faço a minha vida e eles fazem a deles, eu não me meto com ninguém. Às vezes, passam por mim nem bom dia, nem boa tarde…"* (Roma 4 homem)

3.4.2 Estratégias para lidar com a adversidade (resiliência)

A resiliência é também um fator protetor manifestado por estas populações. Para a comunidade Roma, evidencia-se na forma como lidam com o preconceito e como deixam passar as situações incómodas, desvalorizando os problemas. *"Sim, nós já lidamos desde pequeninos e a gente vai aprendendo…a nossa defesa é a gente por para trás das costas porque senão tínhamos problemas todos os dias. Acho que sim, ser da comunidade Roma acho que isso já é o normal, tenha ou não dinheiro, tenha ou não posição acho que já é normal."* (Roma 1 mulher)

Na comunidade non-Roma, o foco é mais elevado na questão da pobreza ao invés da discriminação étnica, mas também se verifica que a resiliência tem aqui um peso elevado na manutenção da qualidade de vida e da saúde mental. "*Mas estás bem? Tou. Não me caem bombas nem de cima, não é? Porque sei que há pessoas que estão numa situação bem pior…tenho que estar grato ao que tenho. Que é uma coisa absurda, certo?"* (não-roma1 homem)

Apenas uma pessoa da comunidade Roma manifestou sentimentos negativos e de evitamento quando sofreu problemas de discriminação, ou então de confrontar as pessoas que a ostracizam. "*Ficamos tristes. Tristeza sim. Deixar passar. Ignorar. Enquanto é em*

nós ainda não, mas conheço pessoas que vão outra vez aquele sítio e que o tratamento é o mesmo e explodem, e se explodem depois é com todos…" (Roma 2 mulher)

Globalmente, as estratégias individuais de coping para lidar com os problemas parece desempenhar um papel relevante na adaptação às adversidades referidas.

Discussão

A habitação como marcador psicossocial determinante na perceção de pobreza

Os resultados deste estudo demonstram que a habitação continua a ser fator predominante na perceção de bem-estar material que se relaciona com a pobreza. A maior parte dos participantes acentuou que essa condição é fundamental para a sua qualidade de vida e para o bem-estar físico e mental. No caso dos participantes da comunidade Roma, que viveram uma parte da vida em habitação informal essa perceção de melhoria das condições de vida aquando lhes foi concedida habitação é ainda mais notória.

Num relatório da European Public Health Alliance (EPHA), De Jong e Srinivasan (2023) afirmam que a habitação ainda continua a ser um problema nos países da União Europeia para a comunidade Roma, sendo um fator predominante para a saúde psicossocial e inclusão social. Também para a comunidade Non-Roma, o aumento do preço da habitação na maioria dos países europeus e o peso cada vez maior que esse custo tem no orçamento familiar gera um impacto negativo no seu bem-estar psicossocial. (Consilium, 2025).

O Housing Europe (2025) destaca que se está a assistir a uma procura habitacional mais elevada que a oferta e um desacelerar da construção, criam uma pressão excessiva nas famílias e nos apoios sociais. Por outro lado, a migração das populações de zonas rurais para zonas urbanas também contribuiu para esta pressão. Enquanto nas zonas urbanas as pessoas vivem principalmente em apartamentos e com preços mais elevados, nas zonas rurais, vivem em vivendas, mas muitas vezes com piores condições.

A situação de pobreza e a experiência associada

A pobreza emerge neste estudo como mais do que uma condição económica, mas também como uma experiência de maior estigma, vergonha e internalização do preconceito. Estes testemunhos, estão em consonância com o estudo de Walker (2014), que salienta que esta visão simbólica da pobreza é universal, pois verifica-se em países diversos, independentemente do seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Para

Inglis et al. (2025) a "pobreza envergonhada" associa a si ansiedade, depressão e diminuição do bem-estar destas populações.

Num estudo qualitativo de Tyler e Campbell (2024), o estigma social quando associado a uma situação de vulnerabilidade económica fomenta a exclusão e evidencia desigualdades sociais. A situação de pobreza é identificada de forma distinta entre a comunidade Roma e Non-Roma. Enquanto a comunidade Roma tem uma visão mais voltada para a sobrevivência quotidiana e saúde, enquanto a comunidade não-Roma com uma perspetiva mais voltada para o estatuto e a mobilidade social (Sarandeva & Torotcoi, 2025).

Trabalho, exclusão social e competição social

A situação dos participantes perante o trabalho emergiu como um fator fundamental para a sua perceção de exclusão social e marginalização. Esta perceção assenta no impacto que o trabalho tem na estabilidade financeira, na autonomia, dignidade e o reconhecimento do seu papel na sociedade (Neuman, 2014).

A valorização do trabalho é reconhecida, mas também são evidenciadas dificuldades na procura de emprego, nomeadamente pela baixa escolaridade, problemas de saúde persistentes e elevada precariedade. Estes fatores, quando coincidentes, aumenta o risco de exclusão social, nomeadamente em comunidades Roma ou outros grupos minoritários vulneráveis (*European Union Agency for Fundamental Rights* (FRA, 2025).

Outro aspeto considerado por vários testemunhos, particularmente dos participantes non-roma, assenta na perceção de competição laboral, considerando os imigrantes como competidores que podem reduzir as suas probabilidades de obter trabalho.

Num estudo de Riniolo (2025), essa insegurança também é relatada, pois quando os recursos são limitados a perceção de ameaça é mais elevada o que gera uma perceção muitas vezes enviesada da realidade. Estas perceções, para além de criarem esta sensação de ameaça podem contribuir para conflitos latentes na sociedade e colocar grupos vulneráveis em colisão, quando são em si já minorias que sofrem de problemas idênticos na exclusão social e marginalização. É neste âmbito que as políticas públicas devem atuar, desde logo na comunicação efetiva dos números e da realidade social como em políticas de inclusão laboral, fomentando oportunidades mais que também reduzam potencial rivalidades intergrupais e a perceção que estão a disputar o mesmo espaço. A abordagem

comunitária e interdisciplinar com foco multicultural pode também ajudar a cooperação social e a entreajuda.

A interseccionalidade entre a situação de pobreza e a pertença étnica

As entrevistas evidenciam que a forma como a exclusão social afeta as duas comunidades é distinta. Os participantes Não-Roma tendem a referir a exclusão e discriminação principalmente assentes no estatuto socioeconómico, enquanto os participantes Roma evidenciam que a pertença étnica emerge como o principal fator de discriminação que quando acumulado com a situação de problema os torna ainda mais vulneráveis.

Os participantes Roma apontam que a discriminação é frequente, principalmente no comércio, em serviços públicos e na saúde, o que vai de encontro aos resultados do relatório da FRA (2025) onde 31% das pessoas Roma relatam algum tipo de discriminação no último ano. Estes fenómenos de discriminação assentes na pertença étnica, de género e socioeconómicas reforçam a necessidade de uma abordagem interseccional.

Num estudo de Gheorghe & Mocanu (2021), as mulheres Roma enfrentam formas de exclusão particulares por agregarem várias características minoritáriasA vulnerabilidade deve ser entendida enquanto atributo interseccional e não individual, como fatores estruturais que contribuem para a perpetuação das desigualdades. As intervenções comunitárias e a inclusão das populações no desenho das políticas públicas podem atenuar as desigualdades e melhorar as condições de vida dos grupos minoritários (Ledo & Pereira, 2025).

Saúde psicossocial e o sofrimento silencioso

Ao longo das entrevistas, os discursos dos participantes denotam um padrão: apesar dos participantes referirem na sua maioria que nunca tiveram problemas de saúde mental, e quando os tiveram, os minimizarem, verificam-se nas entrevistas referências a sentimentos de rejeição, ansiedade e exaustão emocional.

Iriart & Castellanos (2023) afirmam que este desfasamento é comum em comunidades minoritárias sujeitas a precariedade e estigma social, através da minimização dos sintomas, nomeadamente de problemas psicológicos.

O estigma social a que estas pessoas estão sujeitas também contribuiu, a acumular à dificuldade do acesso por razões económicas, para uma maior dificuldade no acesso a cuidados de saúde mental. Estudos indicam que as comunidades marginalizadas tendam a procurar menos apoio, a abandonar os tratamentos de forma desproporcional devido ao estigma social (Kågström et al., 2025).

Os problemas socioeconómicos interseccionalizados com o estigma social contribuiu para as desigualdades entre populações Roma e não-Roma em situação de pobreza, criando ciclos persistentes de vulnerabilidade e exclusão social (Ledo & Pereira, 2025).

A resiliência e o suporte social percebido como fatores protetores da saúde psicossocial

No caso da comunidade Roma, a resiliência assume um papel central na proteção para problemas de saúde psicossocial, principalmente pela exposição precoce e sistemática a ambientes adversos e desafiantes.

Para Paudyal et al. (2023), a resiliência que se manifesta pela rede de apoio, espiritualidade e coesão familiar, é crucial para a proteção da saúde mental e redução de sintomas ansiosos, traumáticos e depressivos. Também a resiliência comunitária, ou seja, a perceção de que a comunidade é capaz de lidar com os problemas e resolver de forma colética modera o bem-estar subjetivo em grupos marginalizados (Olcese et al., 2024).

Neste estudo, os participantes, nomeadamente os Roma, têm perceções bastante dispares do suporte social percebido. Se por um lado há quem afirme que o apoio familiar é fundamental para ultrapassar as adversidades, em consonância com estudos recentes que apontam o suporte social em participantes roma como um preditor de melhor saúde psicossocial (Ledo & Pereira, 2025). No entanto, existem participantes Roma que afirmam também que esse suporte social e apoio comunitário já não é tão evidente e que os modos de vida são atualmente muito mais individualistas.

Limitações, implicações e direções futuras

Apesar dos objetivos propostos para o presente estudo tenham sido alcançados a investigação tem algumas limitações. Desde logo, a forma como foram recrutados os participantes em instituições que lhes prestam apoio ou instituições de formação profissional gera um peso das pessoas em situação de desemprego, e sabemos que em

Portugal existem muitas pessoas com trabalho a tempo inteiro que estão em situação de pobreza. Por outro lado, a limitação de chegar a populações mais isoladas e com as quais o contacto não seja possível. O facto de ser um estudo transversal sem acompanhamento destas comunidades é também uma limitação.

Neste sentido, é essencial o desenvolvimento de estudos com delineamento longitudinal e com métodos mistos, de forma a perceber quantitativamente e qualitativamente na mesma amostra as perceções destas comunidades em diferentes fases da sua vida. É também recomendada a realização de estudos transnacionais de forma a perceber se esta implicação no contexto de pessoas em situação de pobreza em Portugal é particular ou se é verificada noutros países onde estes grupos étnicos estão também representados em proporções idênticas.

A interseccionalidade entre etnia, género, orientação sexual e idade deverá ser também uma prioridade no estudo desta temática para compreender como os efeitos da discriminação e estigma social se manifestam em diferentes estratos sociais. Apesar destas limitações, consideramos que este estudo é um importante contributo para uma visão crítica e científica acerca da perceção que as próprias comunidades têm da sua situação de pobreza.

No caso das comunidades Roma, as políticas devem incidir em abordagens multidimensionais combinando o emprego, a situação habitacional e o combate à discriminação social (European Commission, 2025). Acreditamos, que é essencial dar voz a estas populações muitas vezes invisíveis e utilizar a sua experiência para o desenvolvimento informado de políticas públicas que sirvam as suas necessidades e para lhes dar dignidade. Por outro lado, é também um contributo para que se perceba que apesar da situação de adversidade que enfrentam, encontram mecanismos para lidar com elas e mitigar os efeitos negativos na sua saúde psicossocial.

Conclusão

A situação de pobreza e a pertença a uma minoria étnica, quando intersetadas aumentam o estigma social, discriminação e marginalização. Apesar das experiências de discriminação serem inerentes a Roma e Não-Roma, verifica-se que no caso dos Não-Roma foco é na situação de pobreza enquanto nos Roma a discriminação assenta principalmente na sua origem étnica.

As condições habitacionais e laborais são fatores predominantes para a situação de pobreza, não só pela condição em si, mas também pelo estigma social inerente. Os participantes não percecionam na sua maioria problemas de saúde psicossocial, embora os seus discursos possam transparecer isso.

A resiliência e o suporte social percebido assumem-se em ambos os grupos como fatores protetores e determinantes para saúde psicossocial. É essencial que se continuem a desenvolver programas, nomeadamente habitacionais e de formação para reduzir as desigualdades e que as políticas públicas sejam desenvolvidas em prole destas comunidades, tendo em conta o conhecimento científico produzido.

Statements and Declarations

Financiamento: Este estudo foi financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia no âmbito da atribuição de Bolsas de Doutoramento em ambiente não académico (2023.01027.BDANA), em parceria com o Centro Distrital de Vila Real da EAPN – Rede Europeia de Combate à Pobreza / Portugal (EAPN Portugal).

Comité de Ética: O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comité de Ética da UBI (Ref. n.º CE-UBI-Pj-2023-051-ID1915).

Referências bibliográficas

Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE.

Consilium. (2025). *One roof, many realities: Europe's complex housing crisis*.

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35-53. https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989, 139–167.

Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299. https://doi.org/10.2307/1229039

De Jong, T., & Srinivasan, B. (2023). Roma inclusion in 2023 – Housing as a social determinant of health. European Public Health Alliance.

European Commission. (2025). Delivering on the EU Roma strategy and the fight against discrimination.

European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). (2025). Roma and Travellers Survey 2024 Report.

Gheorghe, C., & Mocanu, C. (2021). Intersect Voices in Europe – Combating discrimination against Roma women.

Goffman, E. (1963). Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Prentice Hall.

Housing Europe. (2025). State of Housing in Europe 2025 – Trends in a nutshell. Housing Europe Observatory. https://www.housingeurope.eu/research-knowledge/reports-briefings/

Inglis, G., Jenkins, P., McHardy, F., Sosu, E., & Wilson, C. (2023). Poverty stigma, mental health, and well-being: A rapid review and synthesis of quantitative and qualitative research. Journal of Community & Applied Social Psychology, 33(4), 783–806. https://doi.org/10.1002/casp.2677

Iriart, J. A. B., & Castellanos, M. E. P. (2023). Preconceito, discriminação e exclusão em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(1), 4-4. https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.16802022

Ledo, J., & Pereira, H. (2025). Saúde psicossocial das comunidades Roma/Romas em situação de pobreza: Revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 11(2). https://doi.org/10.31211/rpics.2025.11.2.374

Ledo, J., Oliveira, C., & Pereira, H. (2025). Psychosocial risks and protective factors of Roma and Não-romacommunities living in poverty in Portugal. *Razprave in Gradivo*, 95, 167-192. https://doi.org/10.2478/tdjes-2025-0016

Neuman, W. (2014). *Social research methods*.

Olcese, M., Madera, F., Cardinali, P., Serafini, G., & Migliorini, L. (2024). The role of community resilience as a protective factor in coping with mental disorders in a sample of psychiatric migrants. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1430688. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1430688

Paudyal, P., Purkait, N., & Fey, J. (2023). Mental health resilience among refugees and asylum seekers: A systematic review. *European Journal of Public Health*, 33(Supplement 2). https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad160.1628

Riniolo, V. (2025). Unmaking marginality: Roma socioeconomic inclusion. Springer.

Sarandeva, M., & Torotcoi, S. (2025). *Unequal progress: Roma inclusion in 2025 SDG reviews remains incomplete across Europe*. Global Forum of Communities Discriminated on Work and Descent (GFoD). https://globalforumcdwd.org/unequal-progress-roma-inclusion-in-2025-sdg-reviews-remains-incomplete-across-europe/

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042

Tyler, I., & Campbell, S. (2024). *Poverty stigma: A glue that holds poverty in place*. Joseph Rowntree Foundation.

Walker, R. (2014). *The shame of poverty*. Oxford University Press.

World Health Organization & Calouste Gulbenkian Foundation. (2014). *Social determinants of mental health*. WHO.

World Medical Association. (2024). Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human participants. *JAMA*, 333(1), 71-74. https://doi.org/10.1001/jama.2024.21972

Preditores de desempenho no trabalho: Work-life Balance, Meaning e Saúde

Predictors of work performance: Work-life balance, meaning and health

Filipa Pimenta[1,2], Maria C. Ferreira[1], Ana Rita Nunes[1,2] e Ivone Patrão[1,3]

[1] Ispa - Instituto Universitário, Portugal
[2] WJCR - William James Center for Research, Portugal
[3] APPsyCI - Applied Psychology Research Center Capabilities & Inclusion, Portugal

Autor Correspondente: Filipa Pimenta. **E-mail:** filipa_pimenta@ispa.pt

Resumo

Introdução: A literatura afirma que as dimensões do desempenho (e.g., produtividade, relação com supervisor/a) dos colaboradores é crucial para o sucesso institucional. A par da saúde e do bem-estar, o Equilíbrio vida-trabalho (EVT) é um fator significativo da desempenho. A evidência sobre a tese do trabalhador feliz-produtivo permanece pouco clara, possivelmente devido à negligência de componentes do bem-estar como o significado. Assim, este estudo explorou se EVT, significado relacionado com trabalho e a saúde percebida predizem a desempenho. **Método**: Uma amostra não probabilística de 966 adultos portugueses profissionalmente ativos (*M*=40,70; *DP*=10,53) responderam a um formulário online, constituído pela Escala EVT, Escala PERMA-Profiler, Escala Health & Work e Questionário sociodemográfico e do trabalho. A análise dos dados foi realizada através de modelos de equações estruturais para analisar as relações entre estas variáveis, via software SPSS Amos (v. 31). **Resultados**: O modelo desenvolvido demonstrou um bom ajustamento (χ2/df=4,42; CFI=0,93; TLI=0,92; NFI=0,90; RMSEA=0,06). O EVT (β = 0,06, *p* =0,03) o significado (β = 0,59, *p* <0,001) e a saúde (β = 0,13, *p*<0,001) demonstraram ser preditores de melhor produtividade percebida. **Discussão**: Este estudo salienta a importância de fatores psicológicos num melhor desempenho laboral, podendo comportar um ganho para os colaboradores e instituições. Assim, é fulcral desenvolver e consolidar uma cultura organizacional que promova o EVT e os cuidados com a saúde.

Palavras-chave: Equilíbrio vida-trabalho; Significado no trabalho; Saúde; Desempenho; Colaboradores.

Abstract

Introduction: The literature suggests that employees' performance (e.g., productivity) is crucial to organisational success. Alongside health and well-being, work-life balance (WLB) is a significant determinant of performance. The evidence regarding the "happy-productive worker" hypothesis remains unclear, possibly due to the neglect of well-being components such as meaning. Thus, this study explored whether WLB, work-related meaning and perceived health predict performance. **Method:** A non-probability sample of 966 professionally active Portuguese adults (M=40.70; *SD*=10.53) completed an online questionnaire comprising the WLB Scale, the PERMA-Profiler Scale, the Health & Work Scale, and a sociodemographic and work-related questionnaire. Data analysis was performed using structural equation modelling to examine the relationships between these

variables, via SPSS Amos software (v. 31). **Results:** The model developed demonstrated a good fit (χ2/df=4.42; CFI=0.93; TLI=0.92; NFI=0.90; RMSEA=0.06). WLB (β = 0.06, p =0.03), meaning (β = 0.59, p <0.001) and health (β = 0.13, p <0.001) were found to be predictors of higher perceived productivity. **Discussion:** This study highlights the importance of psychological factors in improved work performance, which can benefit both employees and organisations. It is therefore essential to develop and consolidate an organisational culture that promotes WLB and health care.

Key-Words: Work-life balance; Meaning at work; Health; Performance; Employees.

1. Introduction

The achievement of an organization's mission, vision, and goals is contingent upon the attitudes and behaviours exhibited by its members (Jackson & Frame, 2018). Institutions are progressively recognizing the significance of their personnel as vital assets in organizational development. As a result, they are becoming more concerned about their employees' health, well-being (WB), and quality of life (Costa et al., 2022).

A substantial body of evidence highlights the importance of employee performance in driving organisational growth and success (e.g., Al Hammadi & Hussain, 2019). According to Shikiar et al. (2004), work performance is a multifaceted construct that encompasses various dimensions, as the quality, quantity, and efficiency of an individual's work; their level of concentration and focus; relationships with supervisors; job and non-job satisfaction; and levels of impatience and irritability.

Evidence suggests that fostering an organizational culture of health and wellness can significantly enhance work productivity, leading to economic benefits for businesses. For instance, a scoping review conducted by Unsal et al. (2021) demonstrated that workplace wellness programs yielded a return on investment, with companies saving $1.38 for every $1 invested in such initiatives. Moreover, a meta-analysis indicated that workplace health promotion programmes reduce sick-leave absenteeism and costs related to employee compensation and disability management by approximately 25% and generate savings of $5.81 for every $1 invested in employee health and WB (Chapman, 2012).

The literature has identified numerous individual, organizational, and social factors that impact work performance (Kundi et al., 2020). Among these factors, work-

life balance (WLB) stands out as one of the most crucial determinants of job performance (Tamunomiebi & Oyibo, 2020). Therefore, organizations are increasingly implementing human resource strategies and practices focused on enhancing WLB, recognising its potential to improve performance.

Kelliher et al. (2019) define WLB as an individual's perception of and satisfaction with the equilibrium between their work and non-work domains (e.g., personal, family, and social life). Previous research conducted in diverse countries and organizational settings indicates that WLB is linked to favourable outcomes for both employees and organizations. These outcomes include increased job satisfaction, commitment, engagement, and work performance (Preena, 2021; Rini et al., 2020; Susanto et al., 2022; Tamunomiebi et al., 2020). Conversely, work-life conflict has been found to diminish employee work performance and satisfaction (Faisal et al., 2022).

In addition to WLB, research indicates that workplace WB is a significant predictor of work performance (e.g., García-Buades et al., 2019). Drawing on the work of Seligman (2011), workplace WB comprises five dimensions of the PERMA model: (1) Positive Emotion, understood not simply as the absence of negative affect but as the experience of joy, contentment and gratitude; (2) Engagement, conceptualised as a state of deep absorption in an activity; (3) Relationships, referring to supportive and positive social connections, including those with co-workers; (4) Meaning, defined as a sense of belonging to and serving something greater than oneself, such as causes or values; and (5) Accomplishment, conceptualised as progress towards or completion of personally valued goals. Kern (2014) further expanded this model to incorporate negative emotions and health.

The happy–productive worker thesis (HPWT) posits that happier employees tend to exhibit higher work performance (Cropanzano & Wright, 2001). However, empirical findings remain inconclusive. While some studies report a positive relationship between happiness and productivity, others highlight weak, spurious, or non-significant associations (Peiró et al., 2019). These inconsistencies may stem from the varied conceptualisations of workplace WB and work performance adopted in HPWT research. Notably, previous studies have predominantly emphasised the hedonic component of WB, centred on positive affect, while largely neglecting eudaimonic aspects such as meaning at work (García-Buades et al., 2019).

The concept of meaning at work refers to the perception that one's job is valuable, purposeful, and worthwhile (Allan et al., 2019; Kern, 2014; Seligman, 2011). According to Job Characteristics Theory (Oldham & Hackman, 2010), meaningful work constitutes a core psychological state that enhances job satisfaction, performance, and retention. This proposition is supported by a meta-analysis of Allan et al. (2019), which identified positive associations between meaningful work and work engagement, commitment, and job satisfaction, which in turn predicted job performance, organisational citizenship behaviours, and lower withdrawal intentions. Additional studies suggest that meaningful work is linked to greater employee WB and performance (Van Wingerden & Van der Stoep, 2019) potentially mediated using strengths and work engagement (Van Wingerden & Van der Stoep, 2019).

Research also underscores the role of health as a key factor influencing work performance, supporting the healthy–productive worker thesis (Jackson et al., 2018). Evidence indicates that employees with better physical, mental, and emotional health tend to perform better than those with poorer health (Chari et al., 2018). A meta-analysis by Ford et al. (2011) further highlighted the associations between physical and psychological health, health-related behaviours, and work performance.

Beyond its relevance for WB and performance, meaning also appears to be linked to physical health. A systematic review by Roepke et al. (2014) found that higher levels of meaning were associated with better perceived physical health and with healthier, more protective behaviours. Similarly, Dich and colleagues (2019), in a study of 181 Danish employees aged 49–51 years, observed that individuals who perceived their work as more meaningful reported better mental health and lower stress levels. Regarding physical health, the authors found that, among women, poorer perceived physical health was associated with lower perceived reward for family caregiving and with work perceived as less meaningful (Dich et al., 2019).

Thus, the objective of the present study is to examine whether WLB, meaning at work, and perceived health predict work performance in a sample of Portuguese workers.

2. Methods

2.1 Participants

A total of 1,007 professionally active Portuguese adults were recruited online through non-probability convenience sampling methods. Inclusion criteria were being: a)

older than 18 years old; b) professionally active and c) having a weekly workload equal or above 15 hours. Only 966 were included in this study. Participants are aged between 19 and 68 years old (M = 40.70; *SD* = 10.53) and work an average of 39.67 hours per week (*SD* = 7.40). Participants' characteristics are shown in Table 1.

Table 1

Participants' Sociodemographic Characteristics

Sociodemographic characteristics	*n* (%)
Biological Sex	
Male	312 (32.3)
Female	654 (67.7)
Education level	
Middle school or lower	27 (2.8)
High school	252 (26.1)
University	687 (71.1)
Company size	
Micro company (1-9 employees)	113 (11.7)
Small company (10-49 employees)	124 (12.8)
Medium company (50-249 employees)	144 (14.9)
Large company (> 250 employees)	585 (60.6)

2.2 Measures

2.2.1 Sociodemographic Questionnaire

In order to characterize the sample under study, we applied a questionnaire to collect self-reported sociodemographic (e.g., biological sex, age, education level), professional (e.g., company size, years of work, working hours per week), and health-related data (e.g., medication, physical activity, sleeping hours).

2.2.2 Work-Life Balance Scale

The Work-Life Balance Scale (WLBS) is a self-report questionnaire developed by Pimenta et al. (2022) based on Haar et al. (2014) and Wepfer et al. (2015) measures and the literature reviewed. It consists of six items that assess WLB in the professional, personal, family, and social domains, namely, "The balance between my work life and my family life is very good"; "The balance between my work life and my social life is very bad" (reversed item); "The balance between my work life and my personal life is very good"; "I am satisfied with my work-life balance and I can enjoy both roles"; "I can enjoy all parts of my life equally well"; and "I manage to balance the demands of my

work and my personal/family life well". The items are answered on a 5-point Likert scale ranging from 1 (*Totally disagree*) to 5 (*Totally agree*). Scores can be obtained by averaging the items, with higher scores indicating higher levels of WLB.

Regarding factor evidence, all items presented adequate standardized factor weights ($.81 < \lambda < .94$) and individual reliability ($.66 < r^2 < .88$), apart from the reversed item ($\lambda = .37$; $r^2 = .14$). Goodness-of-fit indices indicated a good adjustment of the final factor structure, with the correlation between the residuals of items 1 and 3 ($X^2/df = 7.10$; RMSEA = 0.08, $p < .001$, CI 90%]0.06, 0.10[; CFI = 0.99; TLI = 0.98; NFI = 0.99). The WLB scale presented adequate convergent evidence (average variance extracted = .66) and high reliability ($\alpha = .91$; $\omega = .92$). All items presented good psychometric sensitivity ($-.18 < Sk < .54$; $-.43 < Ku < -.91$).

2.2.3 Workplace PERMA-Profiler

The Workplace PERMA-Profiler (Kern, 2014) is composed of 23 items that assess seven dimensions of workplace well-being (WB). In this study two subscales were used: Meaning (3 items; e.g., "To what extent is your work purposeful and meaningful?") and Health (3 items; e.g., "In general, how would you say your health is?"). Items are answered on a 11-point Likert scale ranging from 0 (*Not at all*/*Never*/*Terrible*) to 10 (*Completely*/*Always*/*Excellent*). Scores are obtained by calculating the mean of the items comprising each factor, with higher scores indicating higher levels of each workplace WB dimension.

All items presented adequate standardized factor weights ($.69 < \lambda < .98$) and individual reliability ($.47 < r^2 < .96$). Goodness-of-fit indices indicated a good adjustment of the final factor structure, with the correlation between the residuals of items 1 and 2 from the meaning subscale ($X^2/df = 1.91$; RMSEA = 0.03, $p < .001$, CI 90%]0.00, 0.06[; CFI = 1.00; TLI = 1.00; NFI = 1.00). Both the meaning and health subscales had adequate average variance extracted values of .64 and .71, respectively. Discriminant evidence was verified between the subscales ($r^2 = .10$). Both subscales presented high reliability ($\alpha_{Meaning} = .89$ and $\omega_{Meaning} = .84$; $\alpha_{Health} = .87$ and $\omega_{Health} = .88$). All items showed good psychometric sensitivity in both meaning ($-1.02 < Sk < -.71$; $-.31 < Ku < -.06$) and health ($-.61 < Sk < .84$; $.07 < Ku < .79$) subscales.

2.2.4 Health and Work Questionnaire

The Health and Work Questionnaire (HWQ; Shikiar et al., 2004) is a 24-item self-report measure which assesses six dimensions of work performance: Productivity (11 items; e.g., "How would you describe your efficiency this week?"); Concentration (4 items; e.g., "This week, how frequently did you had difficulty concentrating at work?"); Supervisor Relations (2 items; e.g., "How easy was it to communicate with your supervisor this week?"); Non-Work Satisfaction (3 items; e.g., "How satisfied were you this week with your relationships with friends and family?"); Work Satisfaction (4 items; e.g., "How personally rewarding did you find your work this week?"); Impatience/Irritability (3 items; "This week, how frequently did you become impatient with others at work?"). Items are rated on a 10-point Likert scale ranging from 1 (*Not stressed at all*/*Very dissatisfied*/*Not rewarding at all*/*No control at all*/*Not easy at all*/*My worst ever*/*Never*) to 10 (*Very stressed*/*Very satisfied*/*Very rewarding*/*Total control*/*Very easy*/*My best possible*/*Almost always*). The score of each factor can be obtained by averaging the respective items, and a total score can also be obtained by averaging all the items. Higher scores suggest higher levels of each work performance dimension, apart from the dimension of Impatience/Irritability, which is measured inversely (i.e., higher scores mean less Impatience/Irritability).

All items presented adequate standardized factor weights ($.53 < \lambda < .99$) and individual reliability ($.28 < r^2 < .98$), except for item 5 from the Non-Work Satisfaction subscale ($\lambda = -.27$; $r^2 = .07$). Goodness-of-fit indices indicated a good adjustment of the final factor structure, without item 5 and the correlation between the residuals of items 3-7, 15-16, and 21-22 ($X^2/df = 5.34$; RMSEA = 0.07, $p < .001$, CI 90%]0.06, 0.07[; CFI = .95; TLI = .94; NFI = .94). All subscales presented adequate convergent evidence ($.76 < AVE < .92$), as well as discriminant evidence was verified in all of the 15 paired factors. All six subscales showed good reliability values ($.80 < \alpha < .91$; $.80 < \omega < .92$). All items showed good psychometric sensitivity ($-1.69 < Sk < .11$; $-1.05 < Ku < 2.37$).

2.3 Procedure

The survey link was disseminated on social networks (*Facebook*, *Instagram*, and *LinkedIn*) between October 1, 2020 and January 12, 2021. Informed consent was obtained from participants, which included information about the scope, objectives, and procedures of the study, as well as the issues related to data anonymity and confidentiality.

This study is part of the WorkHappy project and was submitted to and approved by the ISPA Research Ethics Committee (I/055/05/2021). It followed the ethical standards of the Portuguese Psychologists Association (2011) and the American Psychological Association (2003).

2.4 Data Analysis

Data were transferred from Google Forms to Microsoft Excel for cleaning and coding and then analyzed using IBM SPSS Statistics and SPSS Amos software (v. 31). First, we assessed the psychometric properties of the instruments used (i.e., evidence, reliability, and sensitivity). Factor evidence was estimated through confirmatory factor analysis (CFA) using the maximum-likelihood estimation method. The goodness of fit of the measurement model was evaluated based on the standardized factor weights (≥ .50) and items' individual reliability (≥ .25), as well as according to the following goodness-of-fit indices and respective criteria (Marôco, 2014): the ratio of chi-square to degrees of freedom (χ^2/df; < 5), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA; < .10), Comparative Fit Index (CFI; ≥ .90), Tucker-Lewis Index (TLI; ≥ .90), and Normed Fit Index (NFI; ≥ .90).

Convergent evidence was assessed through the average variance extracted (AVE; ≥ .50), and discriminant evidence was assessed by comparing the inter-factors' squared correlation with the AVE of each factor, which should be higher than the squared correlation between factors (Marôco, 2014). Regarding reliability, it was estimated through the internal consistency given by the Cronbach's alpha and McDonald's omega (composite reliability) coefficients, which should be equal to or greater than .70 (Marôco, 2018). Sensitivity was evaluated through the analysis of minimum and maximum values, as well as asymmetry and kurtosis coefficients, which should present absolute values below three and seven, respectively (Marôco, 2018).

After performing a descriptive analysis of the variables under study and verifying good psychometric properties of the measures used, a structural equation modeling was estimated to examine if work-life balance, meaning at work, and health were significant predictors of work performance. The structural model of work performance was evaluated based on a two-step method using maximum-likelihood estimation, as described in Marôco (2018).

The goodness of fit of the measurement model (step 1) and the structural model (step 2) was evaluated according to the goodness-of-fit indices and respective criteria (Marôco, 2018). We also relied on the analysis of standardized regression coefficients and item's individual reliability, and the significance of the predictive paths was assessed with a Z-test of the critical ratios. Modification indices estimated by the Lagrange Multipliers (LM; > 11) method were used to improve the model. The level of statistical significance was set at $p < .05$.

3. Results

3.1 Descriptive Statistics

As shown in Table 2, the participants in this sample presented, on average, moderate levels of work-life balance (WLB), high levels of meaning at work and perceived health.

Regarding the dependent variable, the participants showed a global average of high work performance, with the Impatience/Irritability subscale showing the highest score and the Supervisor Relations the lowest score (see Table 2).

Table 2

Descriptive Analysis of Work-Life Balance, Meaning at Work, Health, and Work Performance.

Variables	*M*	*SD*	Min-Max
Work-life balance	2.29	0.88	0-4
Meaning at work	7.32	2.12	1-10
Health	7.13	1.59	2-10
Work performance	7.00	1.42	2.70-10
Productivity	6.83	1.61	1-10
Concentration	7.27	2.18	1-10
Supervisor relations	6.57	2.45	1-10
Non-work satisfaction	7.23	2.01	1-10
Work satisfaction	6.59	1.97	1-10
Impatience/Irritability[a]	7.55	2.07	1-10

Note: [a]The Inverted Subscale: higher scores correspond to lower levels of perceived impatience/irritability

3.2 Structural Equation Modeling of Work Performance

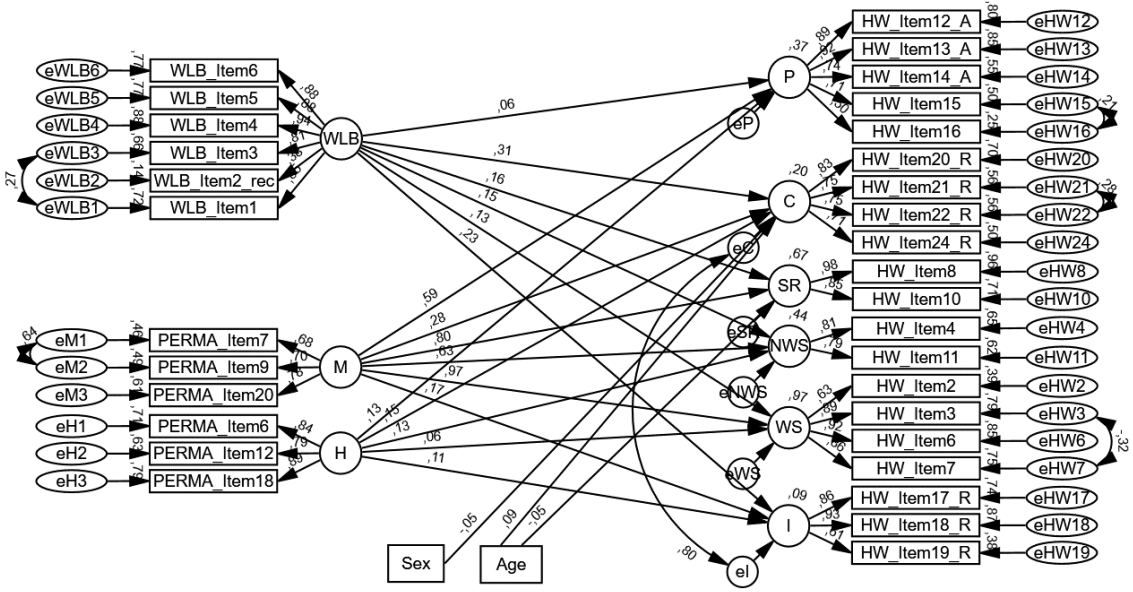
The initial structural model showed a good fit (X^2/df = 5.87; RMSEA = 0.07, p < .001, CI 90%]0.07, 0.07[; CFI = 0.91; TLI = 0.90; NFI = 0.89). After removing the only non-significant trajectory (Health → Supervisor Relations), the fit of the structural model remained equally good (X^2/df = 5.86; RMSEA = 0.07, p < .001, CI 90%]0.07, 0.07[; CFI = 0.91; TLI = 0.90; NFI = 0.89).

Based on the analysis of the modification indices, we performed a correlation between the residuals of the Concentration and Impatience/Irritability subscales (MI = 403.189). This modification resulted in a slight improvement of the model's fit quality indices (X^2/df = 4.59; RMSEA = 0.06, p < .001, CI 90%]0.06, 0.06[; CFI = 0.93; TLI = 0.93; NFI = 0.92).

As shown in Figure 1, the final structural model (with only significant trajectories being preserved) revealed a good fit (X^2/df = 4.42; RMSEA = 0.06, p < .001, CI 90%]0.06, 0.06[; CFI = 0.93; TLI = 0.92; NFI = 0.91), suggesting that the higher the levels of WLB, meaning at work (M) and health (H), the better the work performance on most indicators. The predictor variables account for 97% of Work Satisfaction (WS) variability; 67% of Supervisor Relations (SR); 44% of Non-Work Satisfaction (NWS); 37% of Productivity (P); 20% of Concentration (C); and 9% of Impatience/Irritability (I; see Figure 1).

Figure 1

Structural Equation Modeling of Work Performance



Note: Impatience/Irritability (reversed sub-scale): the higher the score, the lower the impatience/irritability. Sex was coded as following: Men=1; Women=2

Concerning the productivity, this dimension was positively predicted by meaning at work (β = .59, $p < .001$), health (β = .13, $p < .001$) and work-life balance (β = .06, p =.037). The concertation was also positively predicted by meaning at work (β = .27 $p <$ .001), health (β = .14, $p < .001$) and age (β = .08, $p < .001$), however negatively predicted by biological sex (β = -.05, p =.022), that is, women presented less concentration. On other hand the supervisor relations this dimension was positively predicted by meaning at work (β = .80, $p < .001$) and negatively predicted by age (β = -.05, p =.010).

The non-work satisfaction was positively predicted by meaning at work (β = .63, $p < .001$), health (β = .13, $p < .001$) and work-life balance (β = .15, p =.037), as well, the work satisfaction it was also positively predicted by meaning at work (β = .97, $p < .001$), health (β = .58, $p < .001$) and work-life balance (β = .12, $p < .001$). Lastly, the impatience/irritability was positively predicted by meaning at work (β = .16, $p < .001$), health (β = .10, p =.002) and work-life balance (β = .23, $p < .001$).

These results indicate that meaning at work, health and WLB positively predicted productivity, non-work satisfaction, work satisfaction and impatience/irritability, with meaning at work and health emerging as the strongest predictors of work satisfaction.

Although higher levels of meaning at work were associated with increased impatience/irritability, which may suggest that individuals who find greater meaning in their work may become more impatient when faced with obstacles that interfere with their goals.

4. Discussion

The present study sought to examine whether work–life balance (WLB), meaning at work, and health significantly predicted various indicators of work performance in a sample of Portuguese workers.

Our findings revealed that WLB positively predicted all six indicators of work performance. This result is consistent with previous research showing that individuals who experience higher levels of WLB tend to perform better in their professional roles (e.g., Preena, 2021; Rini et al., 2020; Susanto et al., 2022). In the present sample, workers who reported feeling satisfied with, and capable of managing, the interplay between their

work responsibilities and personal, family, and social commitments demonstrated higher levels of performance.

Evidence also suggests that WLB can enhance job satisfaction and psychological well-being (WB), ultimately improving performance (Faisal et al., 2022). It is important to note that data collection took place partly during the mandatory COVID-19 lockdown, when many individuals transitioned to remote work. Several studies indicate that this context may have strengthened perceived WLB and productivity by enabling greater flexibility, increased family time, and enhanced autonomy (Wang et al., 2020). Concerning the impatience/irritability dimension, workers who report a positive perception of WLB exhibit lower levels of impatience/irritability. This finding is consistent with research suggesting that a positive perception WLB reduces the psychological pressure associated with role conflict (Kelliher et al., 2019).

Furthermore, meaning at work also emerged as a significant positive predictor of all work performance indicators, in line with previous research (e.g., Allan et al., 2019; Van Wingerden et al., 2017). This suggests that participants perceive their work as purposeful and valuable, with organisational goals aligning with their own personal values and beliefs – an alignment that likely contributes to positive performance outcomes. Meaningful work has been found to possess intrinsic motivational properties, enhancing performance through heightened identity, connection, and engagement with work. Moreover, meaningful work encourages employees to draw upon their strengths to achieve optimal performance (Van Wingerden et al., 2019). Meaning at work also predicted impatience/irritability, suggesting that workers who derive greater meaning from their work tend to display lower levels of impatience/irritability. This finding aligns with the idea that meaningful work fosters a strong sense of purpose and commitment (Berg et al., 2013), which may serve as a protective factor against demanding work environments (Van Wingerden et al., 2019).

In the third analysis, health emerged as a positive predictor of work performance across most indicators, apart from supervisor relations, where no significant association was observed. This may reflect the direction of the relationship tested, as much of the existing literature highlights that supportive interpersonal relationships predict positive health outcomes, such as increased longevity (Vila, 2021), rather than health predicting the quality of workplace relationships. Additional research suggests that supportive relationships with supervisors may enhance employees' WB (Gonzalez-Mulé & Yuan,

2022; Hämmig, 2017). Another possible explanation relates to the measure used in this study: the Workplace PERMA-Profiler which assesses health using a broad definition, though respondents may have focused more heavily on its physical dimension, which may not directly influence supervisory relationships. Similarly, better perceived health predicted impatience/irritability. Workers who perceive themselves as healthier may benefit from greater emotional and physical resources that support self-regulation and frustration tolerance (Ford et al., 2011). This finding reinforces the established relationship between perceived health and broader indicators of work performance and well-being (Chari et al., 2018).

This study also examined the influence of sociodemographic variables, such as sex and age, influenced the work performance of the participants in this sample. In terms of sex, we found that it only had a significant effect on concentration, with men reporting higher levels of concentration compared to women. This may be related to the pandemic context (COVID-19 pandemic lockdown), which exacerbated gender inequalities. The shift to telework coincided with the transition to virtual schooling, placing disproportionate caregiving demands on women, who typically experience more work–family conflict (Tamunomiebi et al., 2020). However, despite the impact of sex on concentration, it did not affect work productivity in this sample.

With respect to age, it only showed an effect on concentration and supervisor relations. While older workers reported higher concentration levels, whereas younger workers reported better relationships with supervisors. Older employees may have more stable careers, greater personal and professional experience, and broader support networks. Furthermore, according to the Selective Optimization with Compensation model (Baltes & Baltes, 1990), they may also use compensatory strategies that help offset age-related resource losses, enabling them to remain focused and manage work–life responsibilities more effectively. On the other hand, younger employees' might place a greater emphasis on developing positive and meaningful relationships with their superiors due to their early career stage and need for guidance and professional support.

Despite its contributions, this study presents several limitations. First, the use of non-probabilistic sampling may have led to biases in the sample composition, which included a predominance of women, highly educated participants, and employees from large organizations. As such, the findings cannot be generalized to the Portuguese working population. Replication in a representative sample is recommended.

Furthermore, because the data were collected during the pandemic, future studies should examine whether these results hold in non-pandemic contexts.

From the literature reviewed, it was found that work performance is conceptualized, theoretically and operationally, in a rather heterogeneous way. In this regard, caution is advised when comparing the current study's findings to those of previous research. Additionally, work performance is commonly assessed through self-report measures, which are susceptible to social desirability bias. Future research could examine the convergence between self-reported and externally assessed performance indicators (e.g., colleagues or supervisors).

Finally, the cross-sectional and non-experimental design does not permit causal conclusions. Longitudinal or experimental studies could test whether interventions aimed at enhancing WLB, meaning at work, and health lead to improvements in employees' performance. It would also be valuable to evaluate the effectiveness of workplace health and WB promotion programs both in terms of employee productivity and organizational outcomes.

Despite these limitations, the findings have clear implications for organizational policy and practice. We argue that cultivating a sustained organizational culture that values WLB, meaning at work, and employee WB is likely to be more effective than sporadic or short-term interventions. Organizations would benefit from developing a WLB supportive culture and ensuring that employees are informed about available policies and practices (Tamunomiebi & Oyibo, 2020). Effective strategies include flexible working arrangements, reduced workloads, teleworking options, leave policies, and mentoring or counselling programs (Susanto et al., 2022).

Regarding meaning at work, a multi-level review by Lysova et al. (2019) provides several recommendations, including supporting employees' basic psychological needs for autonomy, competence, and relatedness; respecting individual differences; and creating opportunities for job crafting that enhance person–organization fit. Job crafting is highlighted as a key antecedent of meaningful work, enabling employees to proactively redesign their tasks in ways that align with their interests, and values (Berg et al., 2013). Evidence from meta-analysis suggests that job crafting enhances WB, engagement, job satisfaction, and performance (Lazazzara et al., 2020).

Task significance, which refers to the extent to which work has a positive impact on others, also contributes to meaning at work and performance (Allan et al., 2019).

Additionally, organizations should consider how employees perceive their work and how their values align with organizational goals (Van Wingerden et al., 2019). Clear communication about organizational values and goals is therefore essential. Such communication contributes to internal branding processes that align employee behavior with organizational values, thereby strengthening commitment and competitiveness (Dhiman & Arora, 2020).

Equally important is investing in employees' health, for example, through programs and interventions targeted at their health and WB. Such initiatives should not only focus on the specific variables examined in this study but also consider the unique characteristics and conditions of the organization and its work environment, as well as the design of work tasks. Additionally, creating a supportive organizational culture and climate is essential for cultivating a healthy workplace. It is crucial to recognize that the long-term growth and success of an organization are contingent upon the implementation of sustainable strategies and policies that prioritize the biopsychosocial health of its employees at various levels - individual, workplace, and organizational.

5. References

Al Hammadi, F., & Hussain, M. (2019). Sustainable organizational performance: A study of health-care organizations in the United Arab Emirates. *International Journal of Organizational Analysis*, 27(1), 169-186. https://doi.org/10.1108/IJOA-10-2017-1263

Allan, B. A., Batz-Barbarich, C., Sterling, H. M., & Tay, L. (2019). Outcomes of meaningful work: A meta-analysis. *Journal of Management Studies*, 56(3), 500-528. https://doi.org/10.1111/joms.12406

Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge University Press.

Berg, J. M., Dutton, J. E., & Wrzesniewski, A. (2013). Job crafting and meaningful work. In B. J. Dik, Z. S. Byrne, & M. F. Steger (Eds.), *Purpose and meaning in the workplace* (pp. 81-104). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/14183-005

Chapman, L. S. (2012). Meta-evaluation of worksite health promotion economic return studies: 2012 update. *American Journal of Health Promotion*, 26(4), 1-12. https://doi.org/10.4278/ajhp.26.4.tahp

Chari, R., Chang, C.-C., Sauter, S. L., Sayers, E. L. P., Cerully, J. L., Schulte, P., Schill, A. L., & Uscher-Pines, L. (2018). Expanding the paradigm of occupational safety and health: A new framework for worker well-being. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60(7), 589-593. https://doi.org/10.1097/JOM.000000000000133

Costa, N., Oliveira, C. M., & Ferreira, P. (2022). How to measure the happy-productive worker thesis. In D. Dias & C. Magalhães (Eds.), *People management – Highlighting futures*. IntechOpen. https://doi.org/10.5772/intechopen.107429

Cropanzano, R., & Wright, T. A. (2001). When a "happy" worker is really a "productive" worker: A review and further refinement of the happy-productive worker thesis. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 53(3), 182–199. https://doi.org/10.1037/1061-4087.53.3.182

Dhiman, P., & Arora, S. (2020). A conceptual framework for identifying key employee branding dimensions: A study of hospitality industry. *Journal of Innovation & Knowledge*, 5(3), 200–209. https://doi.org/10.1016/j.jik.2019.08.003

Dich, N., Lund, R., Hansen, Å. M., & Rod, N. H. (2019). Mental and physical health effects of meaningful work and rewarding family responsibilities. *PloS one*, 14(4), e0214916.

Faisal, A., Hameed, M., & Aleemi, A. R. (2022). Work-life balance and job performance: A mediating and moderating model. *Market Forces Research Journal*, 17(1). https://doi.org/10.51153/mf.v7i1.558

Ford, M. T., Cerasoli, C. P., Higgins, J. A., & Decesare, A. L. (2011). Relationships between psychological, physical, and behavioural health and work performance: A review and meta-analysis. *Work & Stress*, 25(3), 185–204. https://doi.org/10.1080/02678373.2011.609035

García-Buades, M. E., Peiró, J. M., Montañez-Juan, M. I., Kozusznik, M. W., & Ortiz-Bonnín, S. (2019). Happy-productive teams and work units: A systematic review of the "happy-productive worker thesis". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1). https://doi.org/10.3390/ijerph17010069

Gonzalez-Mulé, E., & Yuan, Z. (2022). Social support at work carries weight: Relations between social support, employees' diurnal cortisol patterns, and body mass index. *Journal of Applied Psychology*, 107(11), 2101-2113. https://doi.org/10.1037/apl0000990

Haar, J. M., Russo, M., Suñe, A., & Ollier-Malaterre, A. (2014). Outcomes of work–life balance on job satisfaction, life satisfaction and mental health: A study across seven cultures. *Journal of Vocational Behavior*, 85(3), 361-373. https://doi.org/10.1016/j.jvb.2014.08.010

Jackson, A. T., & Frame, M. C. (2018). Stress, health, and job performance: What do we know? *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 23(4), 1-14. https://doi.org/10.1111/jabr.12147

Kelliher, C., Richardson, J., & Boiarintseva, G. (2018). All of work? All of life? Reconceptualising work-life balance for the 21st century. *Human Resource Management Journal*, 29(2), 97-112. https://doi.org/10.1111/1748-8583.12215

Kern, M. L. (2014). *The Workplace PERMA Profiler*. http://www.peggykern.org/uploads/5/6/6/7/56678211/workplace_perma_profiler_102014.pdf

Kundi, Y. M., Aboramadan, M., Elhamalawi, E. M. I., & Shahid, S. (2020). Employee psychological well-being and job performance: Exploring mediating and moderating mechanisms. *International Journal of Organizational Analysis*, 29(3), 736-754. https://doi.org/10.1108/IJOA-05-2020-2204

Lazazzara, A., Tims, M., & De Gennaro, D. (2020). The process of reinventing a job: A meta-synthesis of qualitative job crafting research. *Journal of Vocational Behavior*, 116(Part B). https://doi.org/10.1016/j.jvb.2019.01.001

Lysova, E. I., Allan, B. A., Dik, B. J., Duffy, R. D., & Steger, M. F. (2019). Fostering meaningful work in organizations: A multi-level review and integration. *Journal of Vocational Behavior*, 110(Part B), 374-389. https://doi.org/10.1016/j.jvb.2018.07.004

Marôco, J. (2018). Análise estatística com o SPSS Statistics (7ª ed.). ReportNumber.

Oldham, G. R., & Hackman, J. R. (2010). Not what it was and not what it will be: The future of job design research. *Journal of Organizational Behavior*, 31(2-3), 463-479. https://doi.org/10.1002/job.678

Peiró, J. M., Kozusznik, M. W., Rodríguez-Molina, I., & Tordera, N. (2019). The happy-productive worker model and beyond: Patterns of wellbeing and performance at work. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3). https://doi.org/10.3390/ijerph16030479

Pimenta, F., Ferreira, M. C., Mainprize, H., Romão, F., & Patrão, I. (2022, September 8-10). *Work-Life Balance Scale: Desenvolvimento e estudo das propriedades psicométricas* [Paper presentation]. 14º Congresso Nacional em Psicologia da Saúde, Madeira, Portugal.

Preena, R. (2021). Impact of work-life balance on employee performance: An empirical study on a shipping company in Sri Lanka. *International Journal on Global Business and Management Research*, 10(1), 48–73.

Rini, R., Yustina, A. I., & Santosa, S. (2020). How work family conflict, work-life balance, and job performance connect: Evidence from auditors in public accounting firms. *Journal of Applied Science, Engineering and Technology*, 12(1), 144–154. https://doi.org/10.17509/jaset.v12i1.23558

Roepke, A. M., Jayawickreme, E., & Riffle, O. M. (2014). Meaning and health: A systematic review. *Applied Research in Quality of Life*, 9(4), 1055-1079.

Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being.* Free Press.

Shikiar, R., Halpern, M. T., Rentz, A. M., & Khan, Z. M. (2004). Development of the Health and Work Questionnaire (HWQ): An instrument for assessing workplace productivity in relation to worker health. *Work*, 22(3), 219-229. https://doi.org/10.1046/j.1524-4733.2001.40202-294.x

Susanto, P., Hoque, M. E., Jannat, T., Emely, B., Zona, M. A., & Islam, M. A. (2022). Work-life balance, job satisfaction, and job performance of SMEs employees: The moderating role of family-supportive supervisor behaviors. *Frontiers in Psychology*, 13. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.906876

Tamunomiebi, M. D., & Oyibo, C. (2020). Work-life balance and employee performance: A literature review. *European Journal of Business and Management Research*, 5(2). https://doi.org/10.24018/ejbmr.2020.5.2.196

Unsal, N., Weaver, G., Bray, J., & Bibeau, D. (2021). A scoping review of economic evaluations of workplace wellness programs. *Public Health Reports*, 136(6), 671–684. https://doi.org/10.1177/0033354920976557

Van Wingerden, J., & Van der Stoep, J. J. (2017). The role of meaningful work in employees' work related and general well-being. *International Journal of Human Resource Studies*, 7(4), 23–37. https://doi.org/10.5296/IJHRS.V7I4.11611

Van Wingerden, J., & Van der Stoep, J. J. (2019). The motivational potential of meaningful work: Relationships with strengths use, work engagement, and performance. *PLoS ONE*, 13(6). https://doi.org/10.1371/journal. pone.0197599

Vila, J. (2021). Social support and longevity: Meta-analysis-based evidence and psychobiological mechanisms. *Frontiers in Psychology*, 12. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.717164

Wang, B., Liu, Y., Qian, J., & Parker, S. K. (2020). Achieving effective remote working during the COVID-19 pandemic: A work design perspective. *Applied Psychology*, 70(1), 16-59. https://doi.org/10.1111/apps.12290

Wepfer, A. G., Brauchli, R., Jenny, G. J., Hämmig, O., & Bauer, G. F. (2015). The experience of work-life balance across family-life stages in Switzerland: A cross-sectional questionnaire-based study. *BMC Public Health*, 15(1). https://doi.org/10.1186/s12889-015-2584-6

Qualidade de Vida Percebida em Pessoas com Queixas Psicopatológicas

Rita Almeida[1] & Miguel Trigo[2]

[1]ANIMUS – In To Happiness, Portugal
[2]ISPA – Instituto Universitário. ULS de São José, Portugal

Autor Correspondente: Rita Almeida. **E-mail:** ritasousalmeida.psi@gmail.com

Resumo

Introdução: A relação entre a qualidade de vida percebida (QVP) e a psicopatologia é reconhecida na literatura científica. A diminuição da QVP atua como um fator de risco ou agravamento da psicopatologia e as queixas emocionais prejudicam o bem-estar físico, emocional e social. O objetivo é estudar a relação entre a QVP e a psicopatologia relatada por uma população com queixa psicológica portuguesa. **Método:** Estudo quantitativo, de corte transversal, com 202 adultos (homens 55,7%), recrutados numa Unidade Local de

Saúde em Lisboa, com diagnóstico de queixa psicopatológica. Foram usados os seguintes instrumentos de autorrelato: WHOQOL-Bref, o SCL-90, o MHI-38 e a PSS-10. **Resultados:** Menor QVP associou-se a níveis mais elevados de psicopatologia, piores indicadores de saúde mental e mais stresse percecionado. Em várias dimensões psicopatológicas, as mulheres apresentaram pontuações mais altas que os homens. Entre grupos clínicos, a QVP foi mais comprometida nos participantes com perturbações depressivas, ansiosas e relacionadas com stresse. No diagnóstico de psicose o relato de QVP foi mais alto. **Discussão:** As análises de regressão confirmaram a psicopatologia como preditor robusto da QVP, destacando a depressão e a ansiedade fóbica como variáveis particularmente relevantes. Globalmente, a psicopatologia afeta a QVP e o seu efeito é diferente em função de variáveis sociodemográficas. Identificar os grupos de maior risco é importante para planear intervenções, programas para promoção do bem-estar e políticas de saúde mental.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Psicopatologia; Saúde Mental.

Abstract

Introduction: The relationship between perceived quality of life (PQOL) and psychopathology is well established in the scientific literature. A decline in PQOL acts as a risk factor or exacerbating factor for psychopathology, and emotional distress impairs physical, emotional, and social well-being. The objective of this study is to examine the relationship between PQOL and psychopathology as reported by Portuguese patients. **Method:** A quantitative, cross-sectional study was conducted with 202 Portuguese adults (55.7% men), recruited from a Local Health Unit in Lisbon, with a diagnosis of psychopathological complaint. The following self-report instruments were used: WHOQOL-Bref, the SCL-90, the MHI-38, and the PSS-10. **Results:** Lower QoL was associated with higher levels of psychopathology, poorer indicators of mental health, and greater perceived stress. Across several psychopathological dimensions, women scored higher than men. Among clinical groups, QoL was most impaired in participants with depressive, anxiety, and stress-related disorders. In the diagnosis of psychosis, reports of QoL were more favourable. **Discussion:** Regression analyses confirmed psychopathology as a robust predictor of QoL, highlighting depression and phobic anxiety as particularly relevant variables. Overall, psychopathology affects QoL, and its effect varies according to sociodemographic variables. Identifying high-risk groups is

important for planning interventions, wellness promotion programs, and mental health policies.

Keywords: Quality of Life; Psychopathology; Mental Health.

1. Introdução

A saúde mental e a qualidade de vida constituem dimensões fundamentais do bem-estar humano. Atualmente, as perturbações mentais representam um importante problema de saúde pública, estimando-se que uma em cada oito pessoas viva com uma condição de saúde mental a nível mundial (WHO, 2022). Em Portugal, estas perturbações afetam cerca de uma em cada cinco pessoas (OPP, 2017).

A qualidade de vida é um conceito multidimensional que reflete a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, integrando dimensões físicas, psicológicas, sociais e ambientais (WHOQOL Group, 1995). Para além da ausência de doença, envolve a satisfação subjetiva com diferentes áreas da vida e constitui um importante indicador do funcionamento global e da adaptação individual (Pais-Ribeiro, 2009).

A literatura tem demonstrado uma associação consistente entre psicopatologia e qualidade de vida. A presença de sintomas psicológicos associa-se frequentemente a menor bem-estar subjetivo, comprometimento do funcionamento diário e das relações interpessoais (Berghofer et al., 2020). Por sua vez, níveis reduzidos de qualidade de vida podem contribuir para o agravamento da sintomatologia psicológica, sugerindo uma relação bidirecional entre estes constructos (Bertha et al., 2013). Entre as condições psicopatológicas mais associadas a uma menor qualidade de vida destacam-se as perturbações depressivas e ansiosas, com impacto nos domínios psicológico, físico e social (Cuijpers et al., 2014; Hohls et al., 2021). As perturbações relacionadas com o stresse têm igualmente sido associadas a prejuízos relevantes na qualidade de vida (Giacco et al., 2013). Em contrapartida, indicadores positivos de saúde mental, como a regulação emocional, o afeto positivo e a qualidade das relações interpessoais, parecem funcionar como fatores protetores (Keyes, 2002; Seligman, 2002).

Apesar da evidência existente, continua a ser relevante aprofundar esta relação em populações clínicas portuguesas, considerando a diversidade de diagnósticos e características sociodemográficas. Uma melhor compreensão destes fatores poderá contribuir para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes, centradas não apenas na redução da sintomatologia, mas também na promoção do bem-estar global.

Assim, o presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre a qualidade de vida percebida, a psicopatologia, a saúde mental e o stresse percebido numa amostra clínica portuguesa. Pretendeu-se ainda explorar diferenças em função do sexo e do diagnóstico clínico, bem como identificar os indicadores psicopatológicos com maior capacidade preditiva da qualidade de vida.

2. Métodos

2.1 Plano

Estudo quantitativo, de tipo correlacional e de corte transversal, com uma única observação.

2.2 Participantes

A amostra foi constituída por 202 adultos portugueses com diagnóstico de psicopatologia, recrutados por conveniência na Unidade Local de Saúde de São José, Hospital Júlio de Matos, em Lisboa. A recolha de dados realizou-se presencialmente, através de contacto direto com os participantes, nas instalações do hospital.

2.3 Instrumentos

Foram aplicados um **Questionário de Dados Sociodemográficos** e um **Questionário de Caracterização Clínica** para recolha de informação pessoal, profissional e clínica dos participantes.

A sintomatologia psicopatológica foi avaliada através do ***Symptom Checklist-90*** (SCL-90), composto por 90 itens distribuídos por nove dimensões psicopatológicas e três índices globais de sintomatologia (Derogatis, 1983).

O stresse percebido foi avaliado através da ***Perceived Stress Scale*** (PSS-10) (Trigo et al., 2010), e a saúde mental através do ***Mental Health Inventory*** (MHI-38) (Santos & Novo, 2019).

A qualidade de vida foi avaliada através do ***World Health Organization Quality of Life – Bref*** (WHOQOL-Bref), instrumento composto por 26 itens que avaliam os domínios físico, psicológico, social e ambiental da qualidade de vida (Vaz Serra et al., 2006).

2.4 Procedimentos e Considerações Éticas

O estudo foi previamente autorizado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (nº. CHPL/09/2023/CES) e pelas entidades responsáveis pelos instrumentos utilizados.

Todos os participantes receberam informação sobre os objetivos e procedimentos do estudo e assinaram um consentimento informado antes da participação. A participação foi voluntária e os dados recolhidos foram anonimizados e tratados de forma confidencial, em conformidade com o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

2.5 Análise Estatística

Foram realizadas análises descritivas (frequências, médias e desvios-padrão) e inferenciais. Utilizaram-se o coeficiente Alfa de Cronbach, correlações de *Pearson*, o Teste *t* de *Student* para amostras independentes, o teste de *Mann-Whitney* e modelos de regressão linear múltipla. Os pressupostos das análises foram previamente verificados e considerados adequados. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $\alpha \leq .05$. A análise estatística foi efetuada com o *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 29 para *Windows*.

3. Resultados

3.1 Caracterização dos Grupos Psicopatológicos

A amostra recolhida é constituída por participantes com várias condições clínicas. Os diagnósticos foram agrupados em sete categorias clínicas, totalizando 261 registos devido a comorbilidade (Tabela 1). As perturbações depressivas e ansiosas foram as mais prevalentes (65,2%).

Tabela 1

Distribuição dos participantes por grupos clínicos (n=261).

Diagnósticos	*n*	*%*
Perturbações Depressivas e Ansiosas	131	65.2%
Dependências por uso de Substâncias	41	20.4%
Psicoses	38	18.9%
Perturbação da Personalidade	19	9.5%
Perturbações do Stresse	15	7.5%
Queixas Emocionais	11	5.5%
Perturbações do Neurodesenvolvimento	6	3.0%
Total	261	100%

3.2 Diferenças entre géneros

As mulheres apresentaram níveis significativamente mais elevados de sintomatologia psicopatológica em várias dimensões do SCL-90 (Tabela 2), incluindo somatização, depressão, ansiedade e hostilidade.

Tabela 2

Diferença de médias no SCL-90, por género (n=261).

	Masculino		Feminino				
	M	*DP*	*M*	*DP*	*t*	*p*	*ES*
Somatização	0.98	0.72	1.49	0.888	-4.325	.000***	-0.630
Obsessões-Compulsões	1.64	0.83	1.83	0.96	-1.503	.135	-0.217
Sensibilidade interpessoal	1.20	0.85	1.45	0.92	-1.968	.050*	-0.284
Depressão	1.61	0.91	1.93	0.95	-2.396	.018**	-0.347
Ansiedade	1.17	0.76	1.52	0.97	-2.785	.006**	-0.403
Hostilidade	0.73	0.66	1.09	0.90	-3.090	.002**	-0.444
Ansiedade Fóbica	0.77	0.82	0.92	0.93	-1.140	.256	-0.164
Ideação Paranoide	1.32	0.89	1.43	0.97	-0.787	.432	-0.113
Psicoticismo	0.89	0.79	0.97	0.81	-0.713	.477	-0.103
Escala Adicional	1.47	0.83	1.70	0.87	-1.888	.061	-0.272
Índice Geral de Sintomas	1.07	0.74	1.19	0.80	-1.076	.283	-0.162
Total de Sintomas Positivos	49.89	19.62	56.42	20.53	-2.153	.033*	-0.325

Índice de Sintomas Positivos	0.55	0.22	0.63	0.23	-2.153	.033*	-0.325

Nota: M = Média; DP = Desvio-Padrão; t = Estatística de teste t-student; ES = Tamanho do efeito de Cohen; p < .05. ** p < .01. *** p < .001.

No WHOQOL-Bref (Tabela 3), observou-se melhor qualidade de vida no domínio psicológico nos homens, sendo esta a única diferença estatisticamente significativa.

Tabela 3

Diferenças de médias no WHOQOL-Bref, por género (n=261).

	Masculino		Feminino		*t*	*p*	*ES*
	M	*DP*	*M*	*DP*			
Geral	54.65	21.44	51.00	20.70	1.210	.228	0.173
Domínio Físico	58.76	17.89	57.40	17.18	0.537	.592	0.078
Domínio Psicológico	57.12	21.12	50.52	21.05	2.184	.030*	0.313
Domínio Social	52.30	21.74	48.11	21.35	1.358	.176	0.195
Domínio Ambiental	58.61	16.47	56.36	15.88	0.965	.336	0.139

Nota: M = Média; DP = Desvio-Padrão; t = Estatística de teste t-student; ES = Tamanho do efeito de Cohen; p < .05. ** p < .01. *** p < .001.

3.3 Diferenças na Qualidade de Vida Percecionada entre grupos clínicos

A análise da qualidade de vida por grupos clínicos revelou diferenças significativas entre diagnósticos (Tabelas 4 a 7). De forma geral, as perturbações depressivas e ansiosas e as perturbações relacionadas com stresse apresentaram os níveis mais baixos de qualidade de vida em múltiplos domínios, evidenciando um impacto mais global no funcionamento psicológico, físico e social.

Os participantes com perturbações do stresse apresentaram níveis significativamente inferiores de qualidade de vida geral e nos domínios físico, psicológico e social. De forma semelhante, os participantes com perturbações depressivas e ansiosas evidenciaram valores significativamente mais baixos na qualidade de vida geral e nos domínios físico, psicológico e social.

Em contraste, os participantes com psicoses apresentaram níveis mais elevados de qualidade de vida geral, física e psicológica. Por sua vez, o grupo das dependências por uso de substâncias revelou valores superiores apenas no domínio psicológico.

Estes resultados sugerem que o impacto da psicopatologia na qualidade de vida não é homogéneo, variando em função das características clínicas dos diferentes grupos diagnósticos.

Tabela 4

Diferenças de médias na perceção de qualidade de vida, no grupo clínico com Perturbações do Stresse (n=15).

WHOQOL-Bref	Não		Sim		*U*	*p*	*ES*
	M	*DP*	*M*	*DP*			
Geral	53.98	20.51	37.50	21.65	795.500	.006**	0.800
Domínio Físico	59.23	17.13	46.67	16.39	806.000	.009**	0.735
Domínio Psicológico	54.35	21.28	39.44	18.76	828.500	.011*	0.706
Domínio Social	51.20	21.05	35.56	23.46	857.500	.017*	0.737
Domínio Ambiental	57.54	15.99	52.71	16.66	1114.500	.274	0.301

Nota: As colunas "Não" e "Sim" indicam, respetivamente, os participantes sem e com diagnóstico de Perturbação de Stresse. M = Média; DP = Desvio-Padrão; U = Estatística de Mann-Whitney; ES = Tamanho do efeito de Cohen; p < .05. ** p < .01. *** p < .001.

Tabela 5

Diferenças de médias na perceção de qualidade de vida no grupo clínico com Psicoses (n=38).

WHOQOL-Bref	Não		Sim		*t*	*p*	*ES*
	M	*DP*	*M*	*DP*			
Geral	50.70	20.60	60.53	21.06	-2.634	.009**	-.475
Domínio Físico	56.67	16.80	63.63	19.38	-2.225	.027*	-.402
Domínio Psicológico	50.83	20.17	62.83	23.87	-3.182	.002**	-.574
Domínio Social	49.53	21.13	52.25	23.29	-0.692	.490	-.126
Domínio Ambiental	55.95	15.91	61.60	16.50	-1.948	.053	-.352

*Nota. As colunas "Não" e "Sim" indicam, respetivamente, os participantes sem e com diagnóstico de Perturbação de Stresse. M = Média; DP = Desvio-Padrão; t = Estatística de teste t-student; ES = Tamanho do efeito de Cohen; p < .05. ** p < .01. *** p < .001.*

Tabela 6

Diferenças de médias na perceção de qualidade de vida no grupo clínico com Perturbações Depressivas e Ansiosas (n=131).

WHOQOL-Bref	Não		Sim		*t*	*p*	*ES*
	M	*DP*	*M*	*DP*			
Geral	60.00	20.81	48.55	20.05	3.797	.000***	.564
Domínio Físico	63.60	17.67	55.07	16.72	3.340	.001***	.501
Domínio Psicológico	62.26	21.26	48.27	19.89	4.610	.000***	.687
Domínio Social	55.07	20.82	47.35	21.47	2.436	.016*	.363
Domínio Ambiental	59.24	17.28	55.83	15.41	1.422	.157	.21

Nota: As colunas "Não" e "Sim" indicam, respetivamente, os participantes sem e com diagnóstico de Perturbação de Stresse. M = Média; DP = Desvio-Padrão; t = Estatística de teste t-student; ES = Tamanho do efeito de Cohen; p < .05. ** p < .01. *** p < .001.

Tabela 7

Diferenças de médias na perceção de qualidade de vida no grupo clínico com Dependências por uso de Substâncias (n=41).

WHOQOL-Bref	Não		Sim		*t*	*p.*	*ES*
	M	*DP*	*M*	*DP*			
Geral	52,69	20,70	52,13	22,34	0,151	,880	.026
Domínio Físico	57,85	17,04	58,66	19,37	-0,262	,794	-.046
Domínio Psicológico	51,27	21,29	60,26	20,48	-2,430	,016*	-,426
Domínio Social	49,26	21,48	53,05	21,63	-1,005	,316	-,176
Domínio Ambiental	57,29	15,99	56,09	16,92	0,413	,680	,074

Nota: As colunas "Não" e "Sim" indicam, respetivamente, os participantes sem e com diagnóstico de Perturbação de Stresse. M = Média; DP = Desvio-Padrão; t = Estatística de teste t-student; ES = Tamanho do efeito de Cohen; p < .05. ** p < .01. *** p < .001.

3.4 A Psicopatologia como preditora da Qualidade de Vida

Com o objetivo de determinar as variáveis psicopatológicas mais significativas na predição da qualidade de vida percecionada, foi realizado um modelo de regressão linear

múltipla. Estas análises foram feitas de forma independente, em três grupos específicos da amostra clínica, como o grupo das Psicoses, Perturbações Depressivas e Ansiosas e Dependências por uso de Substâncias, devido ao tamanho da amostra de cada um (ver Tabela 1).

Os modelos de regressão linear múltipla (Tabelas 8 a 10) confirmaram a psicopatologia como preditor significativo da qualidade de vida percecionada.

De forma consistente, a sintomatologia depressiva destacou-se como o principal preditor negativo da qualidade de vida nos grupos das psicoses e das perturbações depressivas e ansiosas. No grupo das dependências por uso de substâncias, a ansiedade fóbica surgiu como o único preditor significativo.

Estes resultados reforçam o papel da psicopatologia como determinante da qualidade de vida percecionada, ainda que com padrões diferenciados consoante o grupo clínico.

Tabela 8

Modelo de regressão linear múltipla para predição de qualidade de vida no grupo clínico das Psicoses (n=38).

SCL-90	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandardizados	*t*	*p*
	B	*SE*	*β*		
(Constante)	80.77	4.410		18.315	.000
Somatização	-3.62	3.048	-0.207	-1.187	.246
Depressão	-10.21	3.399	-0.602	-3.003	.006**
Hostilidade	-1.32	3.430	-0.056	-0.385	.703
Ansiedade Fóbica	-0.52	3.534	-0.030	-0.148	.884
Ideação Paranoide	0.50	2.698	0.033	0.185	.855
Psicoticismo	0.374	3.936	0.019	0.095	.925

Nota: B = Coeficiente não estandardizado; SE = Erro padrão do coeficiente; β = Coeficiente estandardizado (Beta). Os graus de liberdade para os testes t são iguais a 31.
** p < .01.

Tabela 9

Modelo de regressão linear múltipla para predição de qualidade de vida no grupo das Perturbações Depressivas e Ansiosas (n=131).

SCL-90	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandardizados	*t*	*p*
	B	*SE*	*β*		
(Constante)	76.043	2.784		27.312	.000
Somatização	-1.228	1.545	-0.071	-.795	.428
Obsessões-Compulsões	-8.41	2.095	-0.048	-0.401	.689
Depressão	-10.062	1.907	-0.608	-5.275	.000***
Hostilidade	1.131	1.613	0.063	0.701	.485
Ansiedade Fóbica	0.010	1.419	0.001	0.007	.994
Ideação Paranoide	-1.152	1.580	-0.071	-0.729	.468
Psicoticismo	-0.889	2.209	-0.048	-0.403	.688

Nota: B = coeficiente não estandardizado; SE = erro padrão; β = coeficiente estandardizado. R = .757; R^2 = .574; R^2 ajustado = .536. *** p < .001.

Tabela 10

Modelo de Regressão Linear Múltipla: para predição de qualidade de vida no grupo clínico das Dependências por uso de Substâncias (n=41)

SCL-90	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandardizados	*t*	*p*
	B	*SE*	*Beta*		
(Constante)	72.017	3.441		20.927	.000
Somatização	-3.455	3.163	-0.162	-1.092	.283
Hostilidade	-4.037	2.909	-0.191	-1.388	.175
Ansiedade Fóbica	-9.024	3.118	-0.459	-2.894	.007**
Ideação Paranoide	-2.629	3.464	-0.135	-0.759	.454

Nota: B = coeficiente não estandardizado; SE = erro padrão; β = coeficiente estandardizado. R = .826; R^2 = .682; R^2 ajustado = .572. **p < .01.

4. Discussão

O presente estudo analisou a relação entre psicopatologia e qualidade de vida percecionada, bem como diferenças em função do género e do diagnóstico clínico. Globalmente, os resultados evidenciam uma associação consistente entre maior sintomatologia psicopatológica e pior qualidade de vida, reforçando a natureza multidimensional e contextual destes construtos.

Ao nível do género, as mulheres apresentaram níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica em várias dimensões, enquanto os homens reportaram melhor qualidade de vida no domínio psicológico. Estes resultados são consistentes com a literatura que indica maior prevalência de perturbações internalizantes no sexo feminino (Kuehner, 2017; McLean et al., 2011).

Relativamente aos grupos clínicos, as perturbações depressivas e ansiosas e as perturbações relacionadas com stresse associaram-se a piores níveis de qualidade de vida, enquanto as dependências por uso de substâncias apresentaram melhor perceção no domínio psicológico. As perturbações psicóticas revelaram padrões mais elevados de qualidade de vida em alguns domínios, possivelmente relacionados com processos de adaptação, fase clínica e diferenças ao nível do insight.

A análise de regressão identificou a sintomatologia depressiva como principal preditor negativo da qualidade de vida na maioria dos grupos, enquanto a ansiedade fóbica emergiu como preditor relevante no grupo das dependências. Globalmente, a psicopatologia demonstrou um papel preditivo significativo na qualidade de vida percecionada, embora com perfis distintos entre grupos clínicos.

Em síntese, os resultados sugerem que a qualidade de vida em contextos clínicos resulta da interação entre sintomatologia, processos adaptativos e características do contexto clínico, sublinhando a importância de intervenções centradas não apenas na redução de sintomas, mas também na promoção do bem-estar psicológico.

5. Referências Bibliográficas

Berghöfer, A., Martin, L., Hense, S., Weinmann, S., & Roll, S. (2020). Quality of life in patients with severe mental illness: a cross-sectional survey in an integrated outpatient health care model. *Quality of Life Research*, 29, 2073-2087. https://doi.org/10.1007/s11136-020-02470-0

Bertha, E. A., & Balázs, J. (2013). Subthreshold depression in adolescence: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(10), 589-603. https://doi.org/10.1007/s00787-013-0411-0

Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., & van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 159(159), 118-126. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.026

Derogatis, L. (1983). SCL-90-R. *Administration, scoring and procedures manual II for the revised version of the SCL-90*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Giacco, D., Matanov, A., & Priebe, S. (2013). Symptoms and Subjective Quality of Life in Post Traumatic Stress Disorder: A Longitudinal Study. *PLoS ONE*, 8(4), e60991. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0060991

Hohls, J. K., König, H.-H., Quirke, E., & Hajek, A. (2021). Anxiety, Depression and Quality of Life—A Systematic Review of Evidence from Longitudinal Observational Studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 12022. https://doi.org/10.3390/ijerph182212022

Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222. https://doi.org/10.2307/3090197

Kuehner, C. (2017). Why is depression more common among women than among men? *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 146-158. https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30263-2

McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1027-1035. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006 1027–1035.

OPP (2017). *Relatório Investir na Saúde Mental através da Intervenção Psicológica*. Ordemdospsicologos.pt.https://recursos.ordemdospsicologos.pt/repositorio/estudo/relatorio-investir-na-saude mental-atraves-da-intervencao-psicologica

Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *ResearchGate*, 31-49. https://www.researchgate.net/publication/40005733_A_importancia_da_qualidade_de_vida_para_a_psicologia_da_saude

Santos, A. M. S., & Novo, R. F. (2020). Mental Health Inventory: Sensitivity and Specificity of the Portuguese Version of the MHI-38 and MHI-5. *Psychological Reports*, 123(4), 1452-1469. https://doi.org/10.1177/0033294119850490

Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realise Your Potential for Lasting Fulfilment*. New York. Nicholas Brealey Pub.

The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409. https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k

Trigo, M., Canudo, N., Branco, F., & Silva, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. *Psychologica*, 53, 353-378. https://doi.org/10.14195/1647-8606_53_17

Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C., & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49. https://hdl.handle.net/10316/21539

SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR ESTUDANTIL: Dados preliminares de um estudo de caracterização

Daniel Marrinhas[1], Anabela Pereira[1,2], Lara Guedes de Pinho[3,4], João Nabais[1,3,]

[1] Universidade de Évora, Portugal
[2] Centro de Investigação em Educação e Psicologia, Portugal
[3] Comprehensive Health Research Center (CHRC), Portugal
[4] Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal

Autor Correspondente: Daniel Marrinhas. **E-mail:** daniel.marrinhas@uevora.pt

Resumo

Introdução. A saúde mental dos estudantes do Ensino Superior tem recebido maior atenção nos últimos anos. Estudos recentes apontam para uma elevada incidência de sintomas de ansiedade, depressão e *distress*, comprometendo o seu bem-estar e sucesso

académico. Estas dificuldades continuam a exceder a capacidade de resposta das Instituições de Ensino Superior (IES). O objetivo deste estudo é caracterizar a saúde mental dos estudantes da Universidade de Évora. *Método*. No âmbito do Projeto *Vagar(Mente)*, foi efetuado um estudo descritivo e transversal com 1283 estudantes da U. Évora. Os participantes responderam a um questionário online que incluiu uma caracterização sociodemográfica, académica, de hábitos de saúde e da saúde mental (e.g., MHI-5, GAD-7, PHQ-9) dos estudantes. O questionário foi divulgado online e presencialmente nas salas de aula. *Resultados*. A maioria dos inquiridos era estudante de licenciatura (87.8%) inscrito no 1º ou 2º anos (65.1%). Cerca de 19% relata já ter recebido diagnóstico de doença mental, em particular depressão (9.6%) e ansiedade (15.7%). Em caso de necessidade, os amigos (66.3%) e o apoio psicológico fora da universidade (49.9%) são as formas de apoio preferenciais. Cerca de 35% dos inquiridos apresenta sintomatologia depressiva e/ou de ansiedade moderada ou severa. *Discussão*. Os resultados realçam as dificuldades de saúde mental vividas pelos estudantes e a necessidade de reflexão acerca das políticas de saúde mental nas IES.

Palavras-chave: Saúde Mental; Ensino Superior; Estudantes; Ansiedade; Depressão.

Abstract:

Introduction. Higher Education students' mental health has received increased attention in the last years. Recent studies point to a high incidence of anxiety, depression and distress symptoms, compromising their well-being and academic success. These difficulties continue to exceed the capacity of Higher Education Institutions (HEI) to respond. The goal of this study is to characterize the mental health of the students from University of Évora. *Method.* As part of the *Vagar(Mente)* project, a descriptive cross-sectional. Study was made with 1283 students from U. Évora. Participants responded to an online questionnaire that included a characterization comprising a sociodemographic and academic characterization, health habits and mental health indicators (e.g., MHI-5, GAD-7, PHQ-9) of the students. The questionnaire was publicized online and in person in the classrooms. *Results*. Most participants were bachelor's student (87,8%) enrolled in 1st and 2nd years (65,1%). About 19% reported having been diagnosed with a mental illness, particularly depression (9,6%) and anxiety (15,7%). In situations of need, friends (66,3%) and psychological support outside university (49,9%) are the preferred forms of

support. About 35% of the enquired had moderate to severe depressive and/or anxiety symptomatology. *Discussion.* The results reinforced the mental health difficulties experienced by the students and the need for reflecting about mental health policies in HEI.

Keywords: Mental health; Higher Education; Students; Anxiety; Depression.

1. Introdução

A saúde mental dos estudantes do ensino superior tem recebido, nos últimos anos, maior preocupação dos *stakeholders* associados a este contexto. Particularmente durante e após a pandemia de Covid-19, a extensa literatura publicada confirmou um agravamento significativo da saúde mental nos jovens adultos e em estudantes do ensino superior (Laranjeira et al., 2021; Nurunnabi et al., 2020; Oliveira et al., 2022). Ainda que os desafios colocados pela pandemia de Covid-19 tenham impulsionado este interesse pela temática, estudos mais recentes têm alertado para a elevada incidência de problemas de saúde mental significativos que continuam a afetar as comunidades estudantis, o que poderá ter impacto no seu bem-estar e no seu desempenho académico (Frazier et al., 2019; Pinho, Marques, et al., 2025). Um estudo de Laura et al. (2024) com estudantes do ensino superior português concluiu que mais de metade dos inquiridos apresentava sintomas de ansiedade (55,3%), stress (55,9%) e/ou depressão (56,3%). Outro estudo de Amaro et al. (2024) encontrou níveis ligeiros a severos de sintomas de ansiedade em 75% dos participantes e de depressão em 61,2%.

Para além das dificuldades impulsionadas pela pandemia, a maioria dos estudantes que transita para o ensino superior encontra-se numa fase desenvolvimental marcada por instabilidade, mudanças frequentes e desafios desenvolvimentais como a exploração da própria identidade, gerir novas responsabilidades e maior autonomia, manter e estabelecer relações interpessoais e tomar decisões vocacionais (Arnett, 2016). Cognitivamente, esta fase é marcada pela maturação do cérebro, em particular no que se refere ao desempenho de tarefas associadas ao córtex pré-frontal, como planeamento, resolução de problemas, a autorregulação e o controlo de impulsos (Riser et al., 2024). Por se tratar de uma fase marcada por mudanças significativas e um desenvolvimento cognitivo em curso, existem riscos acrescidos no desenvolvimento e/ou agravamento de problemas de saúde mental (Arnett et al., 2016).

Em adição aos fatores desenvolvimentais descritos, a literatura tem identificado alguns fatores de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental em estudantes do ensino superior. Alguns estudos recentes sugerem que a área de curso do estudante, pertencer ao sexo feminino, ser trabalhador-estudante e estar deslocado do seu local de residência oficial podem representar fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas de ansiedade, depressão e/ou distress (Laura et al., 2024; Moreira de Sousa et al., 2018).

Considerando os impactos significativos que a pandemia de Covid-19 teve na saúde mental dos jovens adultos e os fatores de risco associados à fase desenvolvimental em que se encontram, a Direção-Geral do Ensino Superior (DGES) desenvolveu o Programa para a Promoção da Saúde Mental no Ensino Superior (PPSMES), um programa de financiamento destinado a projetos de saúde mental e bem-estar que visassem aumentar e melhorar as respostas disponibilizadas pelas instituições de ensino superior (IES) neste campo (Gago et al., 2023). O Programa previa que as IES reestruturassem os seus serviços com base no modelo *Stepped Care*, adotando uma abordagem por etapas que permitisse dar respostas ajustadas ao nível de intensidade de cada caso e usar de forma mais eficaz os recursos disponíveis. O modelo apresentado pelo PPSMES foi estruturado em cinco etapas: (1) Promoção da Saúde, prevenção e sinalização; (2) Reações de ajustamento e adaptação; (3) Perturbações mentais comuns; (4) Identificação e intervenção em situações de risco; e (5) Perturbações mentais de gravidade e/ou risco elevados (Gago et al., 2023).

Apesar da implementação destes programas ter permitido aumentar a capacidade e diversidade de respostas disponibilizadas às comunidades académicas, os recursos disponíveis continuam a ser limitados e, nalguns casos, insuficientes para dar resposta às necessidades existentes (RESAPES, 2026). Importa, por isso, que as respostas disponibilizadas deem resposta às preferências dos estudantes e permitam ultrapassar entraves experienciados pelos estudantes para a procura de apoio psicológico e/ou emocional. Um estudo de Pinho, Engström, et al. (2025) analisou a preferência dos estudantes do ensino superior português por um conjunto de recursos de apoio psicológico e/ou emocional e concluiu existir uma preferência clara dos estudantes pelo apoio dos pares. No que se refere aos entraves à procura de apoio, o mesmo estudo indica que a incerteza sobre onde procurar ajuda, o custo da ajuda profissional e o tempo de espera para ter uma consulta são fatores importantes na hora de procurar apoio. Uma

percentagem significativa de participantes considerou também a crença de que deveriam ser capazes de resolver os seus problemas emocionais sozinhos como um entrave importante à procura de apoio. Um estudo de Hyseni Duraku et al. (2023) que incidiu sobre a mesma temática sugere que a falta de confiança nos profissionais de saúde mental e a dificuldade em partilhar as suas experiências com um profissional são igualmente barreiras significativas à procura de apoio psicológico e emocional.

Num contexto pautado pela implementação de programas para a promoção da saúde mental nas IES, monitorizar a evolução do estado de saúde mental das comunidades estudantis é essencial na identificação das principais dificuldades existentes e no desenvolvimento de respostas adaptadas às preferências e necessidades de saúde mental e bem-estar dos estudantes. Neste sentido, o objetivo deste estudo é caracterizar a saúde mental dos estudantes inscritos na Universidade de Évora durante o ano letivo 2025/2026. Este estudo enquadra-se nas atividades previstas do *Vagar(Mente) – Programa de Saúde Mental da Universidade de Évora*, um projeto financiado pela Direção-Geral do Ensino Superior através do Programa para a Promoção da Saúde Mental no Ensino Superior.

2. Métodos

2.1 Design de estudo e Participantes

Foi realizado um estudo de carácter transversal. A amostra foi constituída por 1283 estudantes inscritos na Universidade de Évora durante o ano letivo 2025/2026 e o estudo foi divulgado digitalmente – através de *mailling lists* institucionais e redes sociais de núcleos e associações de estudantes da Universidade – e presencialmente – através da divulgação e convite à participação em contexto de sala de aula.

2.2 Instrumentos de avaliação

Foi aplicado um protocolo de avaliação constituído por questões de caracterização sociodemográfica e académica e variáveis relacionadas com a saúde mental.

No que se refere à caracterização sociodemográfica, foram incluídas as variáveis: idade, sexo, existência de uma relação amorosa, nacionalidade, nível socioeconómico subjetivo e se está deslocado da sua residência oficial.

Relativamente à caracterização académica, foram incluídas as variáveis: área de curso, ciclo de estudos, ano de curso, perceção de desempenho académico, se recebe apoio financeiro para os estudos e despesas de vida, e se é trabalhador-estudante.

Em relação à saúde mental, os inquiridos foram questionados acerca do impacto que a pandemia de COVID-19 teve na sua saúde mental, se possuíam um diagnóstico de doença mental e se esse diagnóstico fora atribuído antes ou depois do início da pandemia, se tomam algum tipo de medicação para ansiedade, depressão, insónias ou outro problema psíquico e se essa medicação foi prescrita por um médico, qual a probabilidade de recorrerem a determinados recursos de apoio ao sofrimento psicológico, e que fatores impedem a procura de apoio. Os participantes foram ainda avaliados quanto à presença de sintomatologia do foro psicológico através dos instrumentos *Generalized Anxiety Disorder Assessment Scale* (GAD-7) e *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9).

O GAD-7 (Spitzer et al., 2006) é uma escala de autorresposta usada no rastreio e medição de severidade de sintomas de ansiedade. A escala é constituída por sete itens correspondentes aos principais sintomas da Perturbação de Ansiedade Generalizada descritos pelo Manual Estatístico e de Diagnóstico de Doenças Mentais (DSM; American Psychiatric Association [APA], 2013), a saber: sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou irritado/a; não conseguir parar de se preocupar ou controlar as suas preocupações; preocupar-se demasiado com diferentes assuntos; ter dificuldade em relaxar; estar inquieto a ponto de ter dificuldade em ficar sossegado/a, estar facilmente incomodável ou irritável; e sentir receio como se algo terrível pudesse acontecer. Os itens são avaliados pelo respondente quanto à frequência com que estes foram experienciados nas duas últimas semanas através de uma escala de tipo *Likert* de quatro pontos que varia de "nunca" (zero pontos) a "quase todos os dias" (três pontos). A pontuação da escala é obtida somando o valor de resposta de todos os itens, sendo que uma pontuação inferior a cinco é definida como "sem sintomatologia", entre cinco e nove como "sintomatologia ligeira", dez a 14 como "sintomatologia moderada", e igual ou superior a 15 como "sintomatologia severa". A escala foi validada para a população portuguesa por Sousa et al. (2015), tendo obtido uma consistência interna igual a 0,880. No presente estudo, obteve-se um alfa de *Cronbach* igual a 0,9071.

O PHQ-9 (Kroenke et al., 2001) é um questionário de autorresposta usado no rastreio e medição de severidade de sintomas de depressão na população adulta. A escala é constituída por nove itens consonantes com os principais sintomas de depressão descritos pela DSM (APA, 2013), a saber: sentir pouco interesse/prazer nas coisas habituais; sentir-se em baixo, deprimido ou desamparado; ter dificuldade em adormecer, dormir pouco ou dormir demasiado; sentir-se cansado ou ter pouca energia; ter alterações

de apetite significativas; sentir-se mal consigo próprio; ter dificuldade em concentrar-se em algumas tarefas quotidianas; alterações significativas na velocidade da motricidade e da fala; e ter pensamentos de que estaria melhor morto ou de se ferir a si mesmo de alguma forma. À semelhança do GAD-7, os itens são avaliados numa escala de tipo *Likert* de quatro pontos, variando entre "nunca" (zero pontos) e "quase todos os dias" (três pontos). A pontuação da escala é obtida somando o valor de resposta dos nove itens, sendo que uma pontuação inferior a cinco é enquadrada como "severidade mínima", entre cinco e nove como "severidade ligeira", entre 10 e 14 como "severidade moderada", entre 15 e 19 como "severidade moderadamente severa", e entre 20 e 27 como "severidade severa".

A versão portuguesa da escala foi validada por Monteiro et al. (2013; 2019), que obteve uma consistência interna de 0,88. No presente estudo, obteve-se um alfa de *Cronbach* igual a 0,875.

2.3 Procedimentos e análise de dados

Este estudo foi conduzido de acordo com os princípios plasmados na Declaração de Helsínquia. Os participantes receberam e concordaram com uma declaração de consentimento informado onde constavam o âmbito e objetivos de estudo, bem como da natureza voluntária da sua participação e da confidencialidade dos dados recolhidos. O protocolo de avaliação previamente descrito foi também alvo de uma avaliação de impacto de proteção de dados (AIPD), garantindo que o estudo se encontra em conformidade com as normas do Regime Geral de Proteção de Dados (RGPD).

O estudo foi divulgado de modo presencial, através do convite à participação em contexto de sala de aula, e digital, através de *mailling lists* institucionais e de redes sociais do Projeto *Vagar(Mente)* e dos núcleos e associações de estudantes da Universidade de Évora. Desta forma, o protocolo de avaliação foi administrado através de um questionário *online* disponibilizado na plataforma *Limesurvey*. A recolha de dados teve início a 10 de outubro de 2025, tendo os dados recolhidos sido analisados através de estatísticas descritivas usando o software IBM SPSS versão 31.

3. Resultados

Caracterização sociodemográfica

No que se refere à caracterização sociodemográfica, verificou-se que 80,5% dos inquiridos pertencia à faixa etária compreendida entre os 18 e os 21 anos (M = 20,98; DP

= 5,71), 68,1% era do sexo feminino, 54,5% não possuía uma relação amorosa, 82,6% identificava-se como sendo heterossexual, 91,3% era de nacionalidade portuguesa e 74,3% encontrava-se deslocado do seu local de residência oficial. As frequências relativas e absolutas referentes a estas variáveis encontram-se descritas na Tabela 1.

Tabela 1

Estatísticas sociodemográficas da amostra

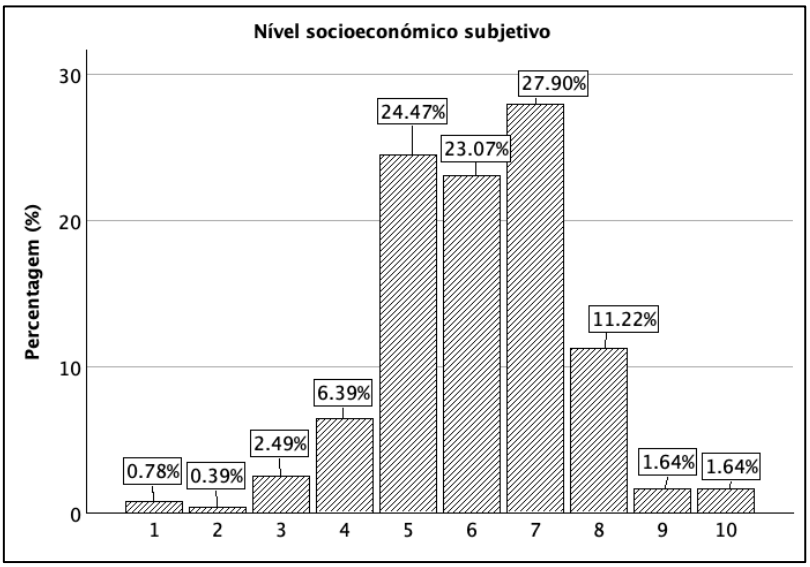
Variável	Frequência relativa (%)	Frequência absoluta (N)
Idade		
18-21 anos	80,5%	1033
22-25 anos	11,5%	148
26-30 anos	2,7%	35
+30 anos	5,2%	67
Sexo		
Feminino	68,1%	918
Masculino	32,7%	418
Outro	0,3%	4
Relação amorosa		
Sem relação	54,5%	735
Com relação, sem viverem juntos	36%	486
Com relação, a viverem juntos	8,7%	118
Outra	0,7%	10
Orientação sexual		
Heterossexual	82,6%	1060
Bissexual	10%	128
Homossexual	2,7%	35
Assexual	0,8%	10
Outro	0,9%	11
Prefere não responder	3%	39
Nacionalidade		
Portuguesa	91,3%	1172
Outra*		
Deslocado		
Sim	74,3%	953
Não	25,7%	330

**Nota:* entre os inquiridos incluem-se estudantes internacionais de nacionalidade angolana, boliviana, brasileira, cabo-verdiana, colombiana, equatoriana, espanhola, grega, guineense, italiana, moçambicana, moldava, nigeriana, holandesa, peruana, romena, timorense, turca, ucraniana e venezuelana.

No que se refere ao nível socioeconómico subjetivo, a maioria dos participantes respondeu entre cinco e sete na escala de dez pontos (M = 6,1; DP = 1,45), o que corresponde a um nível socioeconómico médio a elevado. A frequência relativa das respostas encontra-se plasmada na Figura 1.

Figura 1

Histograma do nível socioeconómico percebido da amostra



Caracterização académica

No que se refere à caracterização académica, a maioria dos participantes estava inscrita em cursos das áreas das ciências sociais e do comportamento (24,9%), saúde (19,6%), ciências da vida (11,8%), humanidades (10,4%) ou educação (10,2%). A lista completa das áreas de curso representadas na amostra e das respetivas frequências relativa e absoluta estão descritas na tabela 2.

Tabela 2

Áreas de curso representadas na amostra

	Frequência N (%)
Área de curso	
Ciências sociais e do comportamento	320 (24,9%)

Saúde (medicina, enfermagem, ciências dentárias, entre outras)	252 (19,6%)
Ciências da Vida	151 (11,8%)
Humanidades	134 (10,4%)
Educação (formação de professores/formadores e ciências da educação)	131 (10,2%)
Serviços pessoais (hotelaria e restauração, turismo, lazer, desporto, ...)	81 (6,3%)
Informática	46 (3,6%)
Ciências Veterinárias	39 (3%)
Matemática e estatística	38 (3%)
Agricultura, silvicultura e pescas	23 (1,8%)
Ciências físicas	17 (1,3%)
Ciências empresariais	14 (1,1%)
Artes	12 (0,9%)
Engenharia e técnicas afins	9 (0,7%)
Outros	16 (1,2%)

Relativamente ao ciclo de estudos e ao ano de curso, a maioria dos inquiridos estava inscrito em licenciatura (87,7%), em particular no 1º ano de curso (38,1%). A amostra inclui também estudantes de outros anos e ciclos de curso, como mestrado ou doutoramento, conforme descrito na Tabela 3.

Tabela 3

Estatísticas do ciclo de estudos e ano de curso da amostra

Ciclo de Estudos	Ano de curso						
	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano	6º ano	Total
Bacharelato / Licenciatura	489 (38,1%)	347 (27%)	257 (20%)	26 (2%)	3 (0,2%)	4 (0,4%)	1126 (87,7%)
Mestrado	92 (7,2%)	37 (2,9%)	--	--	--	--	129 (10,1%)
Doutoramento	13 (1%)	4 (0,3%)	4 (0,3%)	--	--	--	21 (1,6%)
Outros cursos	5 (0,4%)	1 (0,1%)	1 (0,1%)	--	--	--	7 (0,6%)

Total	599 (45,7%)	389 (30,3%)	262 (20,4%)	26 (2%)	3 (0,2%)	4 (0,4%)	1283 (100%)

Quando questionados sobre a perceção que têm relativamente ao seu desempenho académico, a maioria dos inquiridos classifica-o como "Bom" (n = 708; 55,2%). Já no que se refere às condições financeiras, 60,2% referiu receber apoio financeiro dos pais e 10,4% ser trabalhador-estudante. As frequências de resposta destas variáveis estão disponíveis na Tabela 4.

Tabela 4

Estatísticas relativas ao desempenho académico e apoio financeiro da amostra

Variável	Frequência N (%)
Desempenho académico	
Medíocre	62 (4,8%)
Suficiente	305 (23,8%)
Bom	708 (55,2%)
Muito bom	189 (14,7%)
Excelente	19 (1,5%)
Apoio financeiro	
Sem apoio financeiro	305 (23,8%)
Apoio dos pais	773 (60,2%)
Apoio estatal	345 (26,9%)
Apoio de bolsas não estatais	37 (2,9%)
Trabalhador-estudante	134 (10,4%)

Apoio Psicológico e Emocional e Saúde Mental

No que se refere à saúde mental, os inquiridos foram questionados acerca do impacto que a pandemia de COVID-19 teve na sua saúde mental, da existência de diagnósticos prévios de doença mental, da toma de medicação destinada a tratar problemas do foro psíquico. A maioria dos inquiridos relatou que a sua saúde mental se manteve inalterada (51,5%) ou piorou (32,3%) durante a pandemia. Quanto a diagnósticos de doença mental, 18,6% relatou já ter recebido um, dos quais a maioria

refere-se a ansiedade (15,7%) ou depressão (9,6%). Destes diagnósticos, cerca de 61% foi recebido depois do início da pandemia.

Tabela 5

Estatísticas relativas à saúde mental dos inquiridos

Variável	Frequência N (%)
Impacto da pandemia na saúde mental	
Piorou muito	108 (8,4%)
Piorou	414 (32,3%)
Manteve-se	661 (51,5%)
Melhorou	84 (6,5%)
Melhorou muito	16 (1,2%)
Diagnóstico de doença mental	
Sim	305 (23,8%)
Ansiedade	201 (15,7%)
Depressão	123 (9,6%)
Psicose	4 (0,3%)
Perturbação Alimentar	32 (2,5%)
Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)	45 (3,5%)
Perturbação Bipolar	8 (0,6%)
Perturbação Obsessivo-Compulsiva	21 (1,6%)
Não	1006 (78,4%)
Prefiro não responder	39 (3%)
Diagnóstico antes ou depois do início da pandemia	
Antes da pandemia	92 (39%)
Depois do início da pandemia	145 (61%)

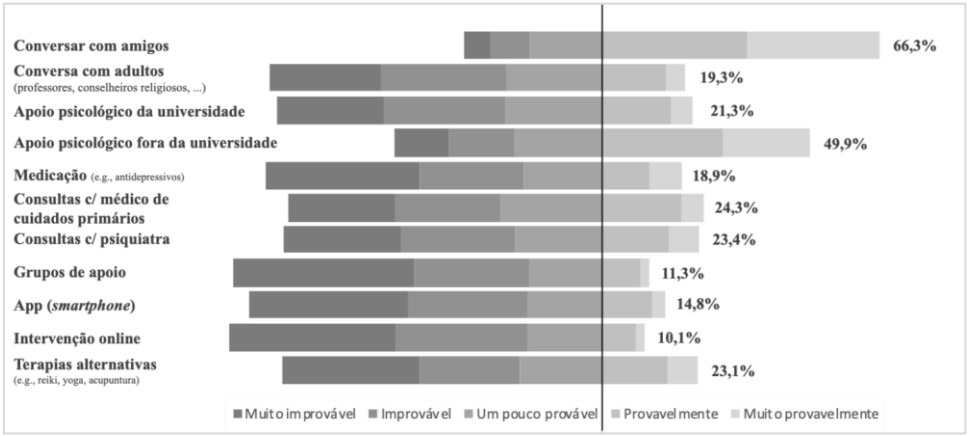
Relativamente à toma de medicação destinada a tratar problemas do foro psíquico, ainda que a maioria dos inquiridos tenha indicado não tomar qualquer medicação (80,2%), 8% indicou tomar antidepressivos (e.g., sertralina, fluoxetina, mirtazapina, paroxetina), 4,2% indicou tomar benzodiazepinas (e.g., diazepam, alprazolam, lorazepam) e 10,8% indicou tomar medicação natural (e.g., valeriana, passiflora). Entre

aqueles que indicaram tomar medicação, a maioria (77,9%) indicou que os medicamentos foram prescritos por um médico.

Os participantes foram também questionados acerca da probabilidade de recorrerem a determinadas formas de apoio emocional e/ou psicológico em caso de necessidade e da importância de entraves específicos à procura de apoio psicológico e/ou emocional. De acordo com os dados apresentados na figura 2, os participantes indicaram uma preferência expressiva pelo "conversar com amigos" (66,3%) e pelo apoio psicológico fora da universidade (49,9%), considerando ser provável ou muito provável o recurso a estas formas de apoio.

Figura 2

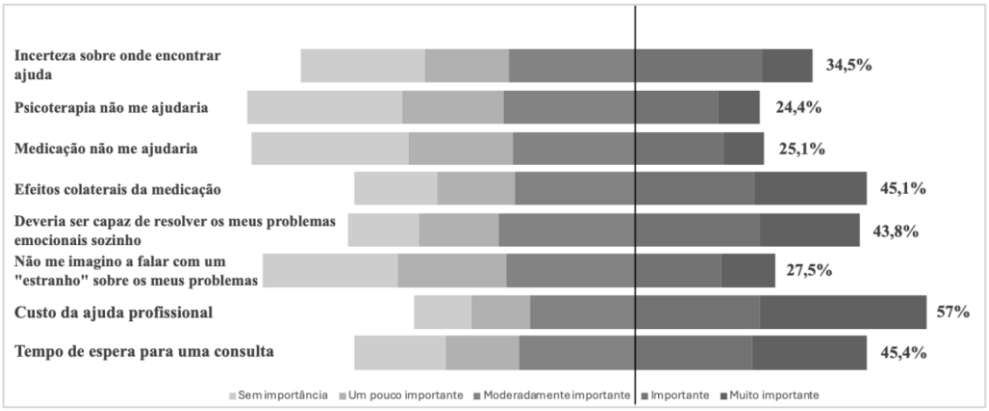
Probabilidade de recorrer a formas de apoio emocional e/ou psicológico.



No que se refere aos entraves à procura de apoio emocional e/ou psicológico, os dados apresentados na figura 3 indicam que os entraves mais importantes apontados pelos inquiridos são o custo da ajuda profissional (57%), o tempo de espera para uma consulta (45,4%), os efeitos colaterais da medicação (45,1%) e a crença de que deveria ser capaz de resolver os seus problemas emocionais sozinho (43,8%), considerando-os como entraves importantes ou muito importantes.

Figura 3

Importância dos entraves à procura de apoio emocional e/ou psicológico.



Usando os instrumentos GAD-7 e PHQ-9, avaliou-se nos inquiridos a presença e gravidade de sintomatologia de ansiedade e depressão, respetivamente. No que se refere à sintomatologia de ansiedade, verificou-se que 64,6% dos inquiridos apresentaram níveis mínimos ou leves e 35,3% apresentaram níveis moderados a severos de sintomas de ansiedade. Relativamente à sintomatologia de depressão, 65,3% dos inquiridos apresentaram níveis mínimos ou leves e 34,7% apresentou níveis moderados, moderadamente severos ou severos de sintomas de depressão. Os dados estatísticos relativos à sintomatologia de ansiedade e depressão são apresentados na tabela 6.

Tabela 6

Severidade de sintomatologia de ansiedade e depressão

Sintomatologia	Frequência N (%)
Ansiedade	
Severidade mínima	348 (27,1%)
Severidade leve	481 (37,5%)
Severidade moderada	252 (19,6%)
Severidade severa	202 (15,7%)
Depressão	
Severidade mínima	428 (33,3%)
Severidade leve	410 (32%)
Severidade moderada	247 (19,2%)
Severidade moderadamente severa	129 (10,1%)
Severidade severa	69 (5,4%)

4. Discussão

O principal objetivo deste estudo foi caracterizar a saúde mental dos estudantes inscritos na Universidade de Évora durante o ano letivo 2025/2026.

De acordo com os dados recolhidos, cerca de 41% dos inquiridos experienciaram um agravamento da sua saúde mental em consequência da pandemia de Covid-19 e 23,8% relataram já ter recebido um diagnóstico de doença mental, dos quais a maioria (61%) foi recebida depois do início da pandemia. Estes resultados estão alinhados com inúmeros estudos publicados durante e após o período pandémico que relataram um impacto significativo na saúde mental da população geral, incluindo adolescentes e jovens adultos (e.g., Laranjeira et al., 2021; Nurunnabi et al., 2020; Oliveira et al., 2022).

No que se refere aos recursos de apoio psicológico e/ou emocional, os resultados indicaram que, entre os estudantes inquiridos, verifica-se maior probabilidade de recorrerem ao apoio dos seus pares ("Conversar com amigos") e ao apoio psicológico prestado fora da universidade. Estes resultados estão parcialmente em linha com um estudo anterior de Pinho, Engström, et al. (2025) que indicava a preferência de estudantes do ensino superior português pelo apoio dos seus pares no apoio a dificuldades do foro psicológico e/ou emocional. A preferência pelo apoio psicológico prestado fora da universidade, em contraste com outras formas de apoio – inclusive o apoio psicológico prestado pelos serviços da universidade – poderá explicar-se pela ampla disponibilidade de consultas de psicologia a preços acessíveis e/ou com desconto para estudantes do ensino superior e pelas limitações subjacentes à capacidade de resposta dos serviços de saúde mental da universidade ou mesmo pelo desconhecimento dos estudantes relativamente à existência destes serviços.

Relativamente às barreiras que condicionam a procura de apoio pelos estudantes, os participantes apontaram como mais importantes o custo da ajuda profissional, o tempo de espera para ter uma consulta, os efeitos colaterais da medicação e a crença de que deveria ser capaz de resolver os problemas emocionais sozinho. Pinho et al. (2025) usou o mesmo instrumento para identificar as barreiras mais importantes à procura de apoio, separando os resultados entre estudantes que apresentaram níveis mínimos a leves de sintomas de depressão e aqueles que apresentaram níveis moderados a severos. Os resultados indicaram o custo da ajuda profissional como a barreira mais significativa para a globalidade dos participantes, seguida do tempo de espera para ter uma consulta e da crença de que deviam ser capazes de lidar com os seus problemas emocionais sozinhos

para os estudantes com sintomatologia moderada a severa, e das preocupações com os efeitos secundários da medicação, da incerteza de onde encontrar ajuda e do tempo de espera no caso dos estudantes com sintomatologia mínima ou ligeira. Estes resultados, ainda que apresentados de forma mais detalhada, aproximam-se dos resultados encontrados neste estudo.

Os resultados relativos à severidade de sintomas de ansiedade e depressão indicaram que mais de metade dos inquiridos apresentava níveis mínimos ou leves. No entanto, aqueles que apresentaram níveis de sintomatologia moderados a severos representam uma porção significativa da amostra. Estes resultados estão em linha com estudos anteriores, como os realizados por Amaro et al. (2024) e Pinho et al. (2025) com estudantes do ensino superior português e usando os mesmos instrumentos (i.e., GAD-7 e PHQ-9), que encontraram valores semelhantes de sintomatologia.

Os resultados obtidos, ainda que preliminares, permitem retirar algumas implicações teóricas e práticas relativas à saúde mental no ensino superior. Os indicadores de saúde mental analisados refletem a existência de dificuldades de saúde mental significativas experienciadas pelos estudantes do ensino superior, em particular os da Universidade de Évora. Este aspeto reforça a necessidade de se monitorizarem as dificuldades de saúde mental sentidas pelas comunidades estudantis, particularmente num contexto em que estão a ser implementados programas de promoção da saúde mental no ensino superior. A recolha metódica e sistemática de indicadores de saúde mental permite realizar o acompanhamento das dificuldades sentidas pelos estudantes e adaptar as respostas institucionais às suas necessidades e preferências, representando um elemento fundamental nas políticas de promoção da saúde mental das IES. Por outro lado, os dados relativos às preferências e barreiras à procura de apoio permitem adaptar respostas existentes e criar novas respostas que possam ser percecionadas pelos estudantes como acessíveis e relevantes para as suas necessidades, algo que poderá ser fundamental para o sucesso de qualquer medida de promoção da saúde mental a ser implementada neste contexto.

Apesar do valor das implicações, este estudo apresenta algumas limitações metodológicas que será importante colmatar. O uso de um design transversal e a realização de análises estatísticas estritamente descritivas, ainda que facilitadores da recolha e análise dos dados, limitam a identificação de fatores de risco associados ao estado de saúde mental dos estudantes. Por outro lado, o recurso exclusivo a metodologias

quantitativas poderá ter limitado a compreensão de aspetos de relevo para a saúde mental dos estudantes, como a identificações de recursos e barreiras adicionais à procura de apoio psicológico e emocional. Estudos futuros deverão dar ênfase à realização de recolhas de dados de carácter longitudinal e à inclusão de metodologias qualitativas que permitam aprofundar o conhecimento sobre as preferências e barreiras à procura de apoio.

5. Agradecimentos

Este artigo foi desenvolvido no âmbito do *Vagar(Mente)* – Programa de Saúde Mental da Universidade de Évora, financiado pelo Programa para a Promoção da Saúde Mental no Ensino Superior (PPSMES) da Direção-Geral do Ensino Superior (DGES).

6. Referências Bibliográficas

Amaro, P., Fonseca, C., Afonso, A., Jacinto, G., Gomes, L., Pereira, H., José, H., Silva, C., Lima, A., Arco, H., Nabais, J., Lopes, M., Pereira, A., Fragoeiro, I., & Pinho, L. G. (2024). Depression and Anxiety of Portuguese University Students: A Cross-Sectional Study about Prevalence and Associated Factors. *Depression and Anxiety*, 2024, 1-14. https://doi.org/10.1155/2024/5528350

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Arnett, J. J. (2016). College Students as Emerging Adults: The Developmental Implications of the College Context. *Emerging Adulthood*, 4(3), 219-222. https://doi.org/10.1177/2167696815587422

Frazier, P., Gabriel, A., Merians, A., & Lust, K. (2018). Understanding stress as an impediment to academic performance. *Journal of American College Health*, 67(6), 562-570. https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1499649

Gago, J. S., Andrade, M. G., Martins, M. J., Cunha, O. O., Soares, S., Santos, T., Macedo, M. P., Nora, R., Pereira, J. P., & Martinho, S. (2023). *Programa para a Promoção da Saúde Mental no Ensino Superior - Acessibilidade, Cooperação e Conexões para a Promoção da Saúde Mental no Ensino Superior*. https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/ppsmes_acces_2023-vf.pdf

Hyseni Duraku, Z., Davis, H., & Hamiti, E. (2023). Mental health, study skills, social support, and barriers to seeking psychological help among university students: a

call for mental health support in higher education. *Frontiers in Public Health*, 11. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1220614

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606-613. https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

Laranjeira, C., Dixe, M. A., Valentim, O., Charepe, Z., & Querido, A. (2021). Mental Health and Psychological Impact during COVID-19 Pandemic: An Online Survey of Portuguese Higher Education Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 337. https://doi.org/10.3390/ijerph19010337

Laura, C., Costa, C., Santiago, G., Graziela, R., & Maria José, C. (2024). Prevalence and risk factors for anxiety, stress and depression among higher education students in Portugal and Brazil. *Journal of Affective Disorders Reports*, 17, 100825. https://doi.org/10.1016/j.jadr.2024.100825

Martins, S. C., Machado, B., & Mauritti, R. (2024). *Inquérito às Condições Socioeconómicas e de Estudo dos Estudantes do Ensino Superior, 2023*. CIES_Iscte e Direção-Geral do Ensino Superior. https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/cies-iul_eurostudentviii_relatorio_junho2024_vf.pdf

Monteiro, S., Bártolo, A., Torres, A., Pereira, A., & Albuquerque, E. (2019). Examinando a validade de construto da versão Portuguesa do Patient Health Questionnaire-9 entre estudantes universitários. *PSICOLOGIA*, 33(2), 1–8. https://doi.org/10.17575/rpsicol.v33i2.1421

Moreira de Sousa, J., Moreira, C. A., & Telles-Correia, D. (2018). Anxiety, Depression and Academic Performance: A Study Amongst Portuguese Medical Students Versus Non-Medical Students. *Acta Médica Portuguesa*, 31(9), 454–462. https://doi.org/10.20344/amp.9996

Nurunnabi, M., Almusharraf, N., & Aldeghaither, D. (2020). Mental Health and Well-Being during the Covid-19 Pandemic in Higher Education: Evidence from G20 Countries. *Journal of Public Health Research,* 9(s1), 60-68. https://doi.org/10.4081/jphr.2020.2010

Oliveira, E. N., Vasconcelos, M. I. O., Almeida, P. C., Pereira, P. J. de A., Linhares, M. S. C., Ximenes Neto, F. R. G., & Aragão, J. M. N. (2022). Covid-19:

Repercussions on the mental health of higher education students. *Saúde Em Debate*, 46(spe1), 206–220. https://doi.org/10.1590/0103-11042022e114

Pinho, L. G., Engström, M., Silva, M. R., Fonseca, C., Lindberg, M., Jelinek, L., Börsting, J., Afonso, A., Jacinto, G., Nilsson, A., Schröder, J., & Schneider, B. C. (2025). Help-seeking preferences and barriers for mental health problems among university students in Portugal, Germany, and Sweden. *Journal of Affective Disorders*, 379, 782–792. https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.03.044

Pinho, L. G., Marques, F., Fonseca, C., Amaro, P., Silva, M. R., Afonso, A., Jacinto, G., & Pereira, A. (2025). *Monitoring the Mental Health of Portuguese University Students: Insights from three academic years* [Póster científico]. 6th CHRC Annual Summit, Évora. http://hdl.handle.net/10174/41449

RESAPES (2026). *VII Congresso da RESAPES – Promoção da Saúde Mental no Ensino Superior: Desafios Contemporâneos* [Livro de Resumos].

Sousa, T. V., Viveiros, V., Chai, M. V., Vicente, F. L., Jesus, G., Carnot, M. J., Gordo, A. C., & Ferreira, P. L. (2015). Reliability and validity of the Portuguese version of the Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) scale. *Health and Quality of Life Outcomes,* 13(1). https://doi.org/10.1186/s12955-015-0244-2

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092. https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092

A Regulação Emocional em Adultos com Deficiência Intelectual: Revisão Sistemática da Literatura

Marlene Noronha[1], Ludovina Ramos[2]

[1] Universidade da Beira Interior, Portugal

[2] Universidade da Beira Interior e Centro de Investigação em Educação e Psicologia, Universidade de Évora (CIEP-UE) , Portugal

Autor Correspondente: Marlene Noronha. E-mail: marlene.noronha@ubi.pt

Resumo

A regulação emocional (RE) é central no funcionamento psicológico e na saúde mental. Em adultos com deficiência intelectual (DI), a evidência é ainda limitada. Esta revisão sistemática analisou o papel da RE nesta população, explorando a sua relação com sintomas emocionais. A pesquisa foi realizada nas bases Web of Science, Scopus e PubMed (2020–2025), seguindo as recomendações PRISMA. Foram identificados 165 estudos, tendo 5 sido incluídos após triagem. Os estudos apresentam metodologias quantitativas, qualitativas e mistas. A qualidade foi avaliada com o JBI Critical Appraisal Checklist. Alguns estudos apontam para um possível papel mediador da regulação emocional na relação entre DI e sintomatologia emocional , com predominância de estratégias desadaptativas. Observou-se maior vulnerabilidade em indivíduos do género feminino e com maior severidade de DI. Variáveis como a intolerância à incerteza e défices metacognitivos mostraram-se relevantes. Os resultados reforçam a importância da RE como alvo de intervenção em adultos com DI. Esta revisão contribui para uma área ainda pouco explorada, com implicações para a prática em Psicologia Clínica e da Saúde. apresentado a seguir ao resumo em português, separado por uma linha de intervalo.

Palavras-chave: regulação emocional, deficiência intelectual, estratégias de regulação emocionais, revisão sistemática da literatura.

1. Introdução

A regulação emocional (RE) consiste na capacidade de monitorizar, avaliar e modificar as emoções de forma a responder adequadamente às exigências do contexto e alcançar objetivos adaptativos (Cai et al., 2018; Gross, 1998, 2024). Uma RE eficaz contribui para o bem-estar psicológico, saúde mental e adaptação social, enquanto dificuldades neste processo estão associadas a sintomatologia internalizante, nomeadamente ansiedade e depressão (Clegg & Lansdall-Welfare, 2023; Rey et al., 2017).

A deficiência intelectual (DI) caracteriza-se por limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, afetando competências conceptuais, sociais e práticas (ONU, 2006). Estas limitações podem influenciar a forma como as emoções são compreendidas, expressas e reguladas, aumentando a vulnerabilidade a dificuldades emocionais e psicopatologia (Mazefsky, 2014; Sáez-Suanes et al., 2023). Estudos sugerem que adultos com DI recorrem com maior frequência

a estratégias de regulação emocional não adaptativas, como evitamento e autoculpabilização, as quais se associam a níveis mais elevados de ansiedade e depressão (Cai et al., 2018; Sáez-Suanes et al., 2020, 2022). Adicionalmente, variáveis transdiagnósticas, como a intolerância à incerteza e défices metacognitivos, parecem desempenhar um papel relevante na regulação emocional e na manifestação de sintomas internalizantes. Indivíduos com DI que apresentam maiores dificuldades na gestão da incerteza ou na monitorização do próprio desempenho cognitivo tendem a revelar mais ansiedade e dificuldades cognitivas (Igier & Valérie, 2022; Sáez-Suanes et al., 2020).

Apesar da relevância da RE para a saúde mental e adaptação psicossocial, a investigação nesta área permanece limitada. Os estudos disponíveis recorrem frequentemente a amostras reduzidas, metodologias observacionais e instrumentos adaptados de outras populações, dificultando a generalização dos resultados (Clegg & Lansdall-Welfare, 2023; Sáez-Suanes et al., 2020, 2023). Acresce que a avaliação da RE em indivíduos com DI severa ou profunda continua a apresentar desafios metodológicos significativos devido às limitações cognitivas e comunicacionais associadas (Igier & Valérie, 2022; Mazefsky, 2015). A literatura evidencia uma escassez de revisões sistemáticas focadas na regulação emocional em indivíduos com deficiência intelectual, bem como uma limitada disponibilidade de instrumentos validados nesta população (Girgis et al., 2021)

Assim, o presente estudo teve como objetivo sistematizar a literatura relativa aos processos e estratégias de regulação emocional em adultos com deficiência intelectual, explorando a sua relação com sintomas internalizantes, desempenho cognitivo e variáveis transdiagnósticas, bem como identificar lacunas relevantes para investigação futura.

2. Métodos

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura de acordo com as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA 2020). A questão de investigação foi formulada com base no modelo SPIDER, sendo definida da seguinte forma: "Quais são os processos e estratégias de regulação emocional mais frequentemente reportados em adultos com deficiência intelectual?"

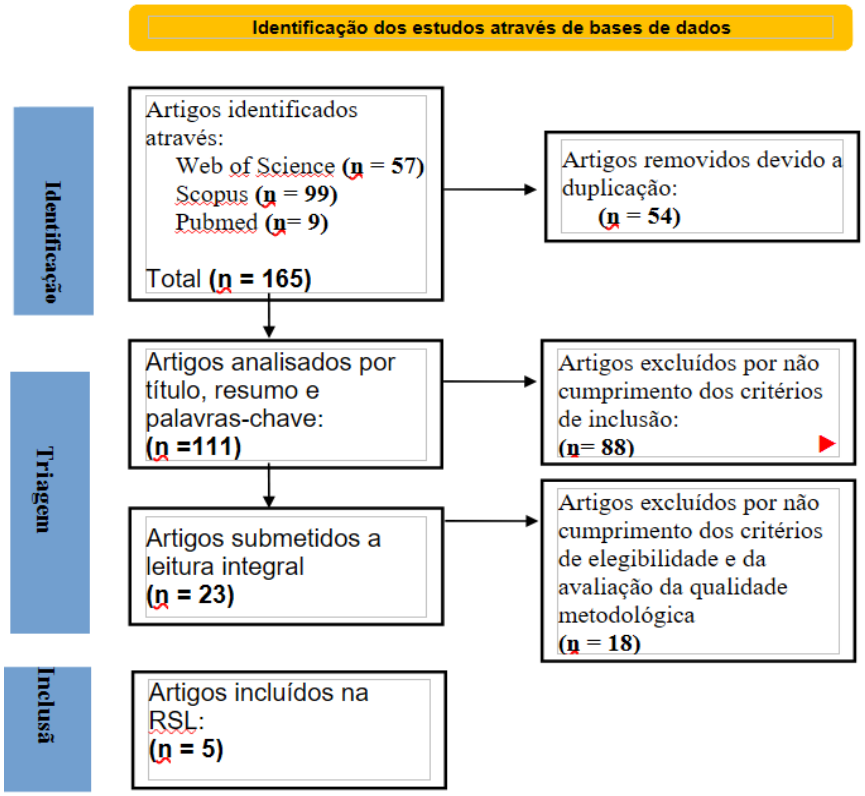
Foram incluídos estudos publicados entre 1 de janeiro de 2020 e 16 de setembro de 2025, em português, inglês ou espanhol, com texto integral disponível e sujeitos a revisão por pares. Os critérios de inclusão abrangeram estudos com participantes adultos

(≥18 anos) com diagnóstico explícito de deficiência intelectual e foco na regulação emocional. Foram considerados estudos qualitativos, quantitativos e mistos. Excluíram-se estudos com participantes menores de idade, sem dados específicos relativos à deficiência intelectual ou cujo foco principal não incidisse na regulação emocional. A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados Web of Science, Scopus e PubMed, utilizando combinações dos descritores intellectual disability e emotion regulation, bem como termos equivalentes em português e espanhol e combinações destes através de operadores booleanos (AND, OR). No caso da base de dados Web of Science utilizou-se o operador booleano ("") para evitar a separação dos termos bem como o operador booleano (*) para excluir abreviações ou palavras com outras terminações.

Foram identificados 165 artigos (57 na Web of Science, 99 na Scopus e 9 na PubMed). Após remoção de 54 duplicados, procedeu-se à análise de títulos e resumos de 111 estudos, dos quais 88 foram excluídos. Os 23 artigos restantes foram submetidos a leitura integral, resultando na exclusão de 18 estudos por incumprimento dos critérios de elegibilidade. A amostra final integrou 5 estudos. A qualidade metodológica dos estudos incluídos foi avaliada através da ferramenta JBI Critical Appraisal Checklist, permitindo analisar o risco de viés e a qualidade global da evidência.

Figura 1

Fluxograma da Identificação dos Estudos para RSL - PRISMA 2020 Flow Diagram.



3. Resultados

Foram incluídos cinco estudos publicados entre 2020 e 2025, dos quais quatro utilizaram metodologia quantitativa e uma metodologia mista. Todos os estudos incidiram sobre adultos com deficiência intelectual, frequentemente em comorbilidade com perturbação do espetro do autismo, e avaliaram a regulação emocional através de instrumentos padronizados e/ou observação comportamental.

Em termos gerais, os resultados evidenciaram uma associação consistente entre dificuldades de regulação emocional e sintomatologia internalizante, como é possível verificar na tabela 1 da página posterior, . Os estudos A2 e A4 demonstraram que a desregulação emocional desempenha um papel mediador na relação entre deficiência intelectual, perturbação do espetro do autismo e sintomas depressivos ou ansiosos. Verificou-se ainda que indivíduos do género feminino apresentavam maior vulnerabilidade à ansiedade, particularmente quando recorriam a estratégias de regulação emocional não adaptativas.

O estudo A5 reforçou estes resultados ao identificar associações significativas entre ansiedade, desregulação emocional e intolerância à incerteza, destacando esta

última como uma variável transdiagnóstica relevante. Contrariamente ao esperado, as dificuldades nas funções executivas não apresentaram uma relação significativa com os níveis de ansiedade. Relativamente às intervenções, o estudo A6 demonstrou que um programa de treino de competências sociais e emocionais produziu melhorias nas competências sociais e emocionais dos participantes, embora os ganhos tenham sido mais evidentes no domínio social do que na regulação emocional. Por fim, o estudo A7 evidenciou que estratégias desadaptativas de coping, como explosões emocionais e autocrítica, estavam associadas a pior desempenho em tarefas cognitivas e a experiências metacognitivas negativas, sugerindo que dificuldades na regulação emocional podem comprometer o funcionamento cognitivo.

Globalmente, os estudos apontam para a predominância de estratégias de regulação emocional não adaptativas em adultos com deficiência intelectual, bem como para o papel da regulação emocional na compreensão da ansiedade, depressão e desempenho cognitivo nesta população.

Tabela 1

Extração dos resultados obtidos dos artigos incluídos no estudo

Artigo	Autores/ Data	Título	Amostra	Instrumentos de medida	Principais resultados
A2	Gema P Sáez-Suanes, Domingo García-Villamisar and Araceli Del Pozo Armentia; 2023	The role of intellectual disability and emotional regulation in the autism–depression relationship	121 adultos com diagnóstico PEA e DI, com idades entre 18 e 62 anos. A idade média era 35.46 anos, sendo que 66.9% eram do género masculino. Os participantes foram recrutados de estabelecimentos de saúde de Madrid e Galiza.	- Diagnostic Behavioral Assessment for Autism Spectrum Disorder—Revised (DiBAS-R); - Leiter International Performance Scale; - Glasgow Depression Scale for People with a Learning Disability–Carer Supplement Version; - Emotional Regulation Checklist (ERC);	- Os resultados mostraram um efeito direto significativo sobre a variável mediadora desregulação emocional;
A4	Gema P Sáez-Suanes, Domingo García-Villamisar and Araceli Del Pozo Armentia; 2022	Does gender matter? Anxiety symptoms and emotion dysregulation in adults with autism and intellectual disabilities.	100 adultos com PEA e 21 com DI, com idades entre 18 a 62 anos. A idade média era 35.46 anos, sendo que 67% eram do género masculino. Os participantes foram recrutados de estabelecimentos de saúde que consistiam de casa individuais com cuidados médicos,	- Diagnostic Behavioral Assessment for Autism Spectrum Disorder – Revised (DiBAS-R); - Anxiety Scale for Adults with Autism Spectrum Disorders (ASA ASD-I); - Emotional Regulation Checklist (ERC);	- Os resultados mostraram uma associação entre a desregulação emocional e a sintomatologia ansiogena; - Os resultados mostraram uma associação positiva e significativa entre sintomas de ansiedade e sintomatologia de PEA e DI; - Foi observada uma associação positiva entre sintomas de PEA e DI e desregulação emocional; - Não foi observada um efeito significativo entre o género e a sintomatologia ansiogena;

			educacionais e de saúde mental a tempo integral.		
A5	Gema P Sáez-Suanes, Domingo García-Villamisar and Araceli Del Pozo Armentia; 2020	Emotional dysregulation and uncertainty intolerance as transdiagnostic mediators of anxiety in adults with autism spectrum disorders and intellectual disability	121 adultos com diagnóstico de PEA e DI, com idades entre 18 e 62 anos. A idade média era 34.46 anos, sendo que 67% eram do género másculo. Os participantes foram recrutados de estabelecimentos de saúde que consistiam de casa individuais com cuidados médicos, educacionais e de saúde mental a tempo integral.	- Diagnostic Behavioral Assessment for Autism Spectrum Disorder-Revised (DiBAS-R); - Autism Spectrum Disorders-Comorbidity for Adults (ASD-CA); - Anxiety Scale for Adults with Autism Spectrum Disorders (ASA-ASD-I); - Glasgow Depression Scale for People with a Learning Disability (GSD-LD) - Caregiver Supplement Version; - Children's Yale-Brown obsessive–compulsive scale, parent-report format (CY-BOCS-PR); - Dysexecutive Questionnaire of the Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (DEX); - Emotional Regulation Checklist (ERC); - Intolerance of Uncertainty Scale - Parent Version (IUS-12-P);	- Os resultados mostraram que adultos com PEA e ID com sintomas de ansiedade utilizaram com maior frequência estratégias de RE maladaptativas e intolerância à incerteza;
A6	Nerea Felgueras-Custodio, Ricardo Moreno-	Investigación en formación universitaria y habilidades socioemocion	13 participantes com idades entre os 18 e 27 anos, sendo que 77% eram do género masculino. Todos os	- Rúbrica de Avaliação de Habilidades Sociais e Emocionais; - Questionário para Consulta a Especialistas (técnica Delphi);	- Os resultados mostraram uma melhoria significativa nas habilidades sociais e emocionais após a intervenção, nomeadamente: capacidade de

	Rodríguez, José Luis López-Bastías; 2020	ales dirigida a estudiantes con discapacidad intelectual	participantes têm 33% ou mais de incapacidade e diagnóstico de DI.		expressar emoções de forma adequada, capacidade de identificar emoções e sentimentos dos outros, capacidade de estabelecer objetivos a curto prazo;
A7	Suzanne Igier e Pennequin Valérie; 2022	Roles of the metacognition and emotional systems in a categorization task for adults with moderate and severe learning disabilities.	32 adultos com idades entre 23 e 70 anos, sendo que 50% pertenciam ao género feminino. Os participantes foram recrutados de instituições em França e apresentam dificuldades de aprendizagem bem como apresentavam DI;	- Raven's Progressive Color Matrices; - Kidcope Scale; - Metacognitive Experiences Questionnaire (MEQ); - Concept Identification Scale of the Wechsler Intelligence Scale for Children IV;	- Os resultados mostraram correlações positivas significativas entre a utilização de estratégias de isolamento social com a autocrítica; - Observou-se que cerca de 15% da variância no desempenho se deveu à utilização de estratégias de regulação emocional. Comportamentos como explosões sociais foram associados com piores desempenhos e o pensamento mágico com melhores desempenhos; - Observou-se que 26% da variância da "familiaridade com a tarefa" se deveu à autocrítica, isto é, quanto maior a tendência à autocrítica, maior é a sensação de familiaridade com a tarefa.

4. Discussão

4.1. Características dos estudos incluídos

A presente revisão sistemática da literatura integra cinco estudos publicados entre janeiro de 2020 e setembro de 2025, de acordo com os critérios de elegibilidade previamente definidos. No conjunto da evidência analisada, quatro estudos (A2, A4, A5 e A7) recorreram a metodologias quantitativas, enquanto um estudo (A6) adotou um desenho metodológico misto, integrando componentes quantitativos e qualitativos.

Em termos das variáveis centrais desta revisão — deficiência intelectual (DI) e regulação emocional (RE) — observa-se uma heterogeneidade relevante nos instrumentos utilizados, refletindo a complexidade da sua operacionalização em populações clínicas. Importa salientar que, em todos os estudos incluídos, a DI surge conceptualizada como condição comórbida da perturbação do espetro do autismo (PEA), o que condiciona não apenas a seleção amostral, mas também os métodos de avaliação utilizados.

No que respeita à avaliação da DI e de características associadas, foram utilizados instrumentos como o Diagnostic Behavioral Assessment for Autism Spectrum Disorder—Revised (DiBAS-R), o Autism Spectrum Disorders - Comorbidity for Adults (ASD-CA) e a subescala Concept Identification da Wechsler Intelligence Scale for Children-IV (WISC-IV). O DiBAS-R permite a identificação e quantificação de traços associados à PEA em indivíduos com DI, enquanto o ASD-CA foi desenvolvido para avaliar comorbilidades psiquiátricas em adultos com PEA e DI profunda, um grupo particularmente vulnerável. Já a utilização da subescala da WISC-IV, apesar de frequente em contextos de avaliação cognitiva, levanta algumas limitações, nomeadamente a possibilidade de efeito de chão em populações com DI moderada e severa, bem como a ausência de evidência robusta de validação desta subescala específica em indivíduos com DI, o que condiciona a interpretação dos resultados.

Relativamente à RE, os estudos recorreram essencialmente ao Emotional Regulation Checklist (ERC) e à Rúbrica de Avaliação de Habilidades Sociais e Emocionais. O ERC avalia dimensões como autoconsciência emocional, expressão afetiva, empatia e modulação emocional, permitindo inferir a qualidade das estratégias de regulação utilizadas. Por sua vez, a rúbrica desenvolvida por Custódio e colaboradores (2020). integra dimensões mais alargadas do funcionamento socioemocional, incluindo competências como cooperação, resolução de conflitos, gestão emocional, tolerância à

frustração e gestão do stress, sendo aplicada em conjunto com observação sistemática e suportada por validação de conteúdo através da técnica Delphi.

Para além destas variáveis centrais, os estudos analisaram ainda um conjunto de construtos psicológicos relevantes, nomeadamente depressão, ansiedade, experiências metacognitivas, intolerância à incerteza, sintomas obsessivo-compulsivos, funções executivas, estratégias de coping, inteligência não verbal e raciocínio fluido. Esta diversidade reflete uma abordagem transdiagnóstica crescente na literatura, que procura compreender a interação entre processos cognitivos, emocionais e comportamentais em populações com neurodesenvolvimento atípico.

4.2. Principais resultados

De forma global, os estudos incluídos evidenciam um padrão consistente: a regulação emocional desempenha um papel central na compreensão da psicopatologia e do funcionamento adaptativo em indivíduos com PEA e DI, emergindo frequentemente como variável mediadora ou moderadora entre diferentes sintomas e processos psicológicos.

O estudo A2 analisou a relação entre sintomas depressivos, características do espetro do autismo, DI e RE. Os resultados indicaram que a desregulação emocional se associa significativamente à sintomatologia depressiva, funcionando como mediador na relação entre características do PEA e depressão. No entanto, este efeito foi observado apenas em indivíduos com DI ligeira, sugerindo que níveis mais elevados de comprometimento cognitivo podem limitar o acesso ou a utilização de estratégias de regulação emocional mais complexas. Os autores destacam ainda que esta é uma das primeiras investigações a explorar o papel moderador da DI neste modelo, embora sublinhem limitações importantes relacionadas com dificuldades de avaliação da depressão em populações com comunicação reduzida, tamanho amostral e restrições na generalização dos resultados.

No estudo A4, o foco recaiu sobre a ansiedade e a sua relação com RE, DI e género. Os resultados mostraram que níveis mais elevados de ansiedade estão associados a maior desregulação emocional, com particular expressão no género feminino. Indivíduos com PEA e DI apresentaram maior utilização de estratégias desadaptativas, como evitamento, reações impulsivas e autoculpabilização, as quais contribuíram para o aumento da sintomatologia ansiosa. O género emergiu como variável moderadora,

indicando que o impacto da desregulação emocional na ansiedade é mais acentuado em mulheres. Estes resultados sugerem uma vulnerabilidade acrescida neste subgrupo, embora as limitações amostrais, nomeadamente a assimetria de género e a elevada proporção de participantes não verbais, restrinjam a generalização dos dados.

O estudo A5 aprofundou a relação entre ansiedade e variáveis transdiagnósticas, incluindo disfunção executiva, intolerância à incerteza e RE. Os resultados demonstraram uma associação significativa entre ansiedade, desregulação emocional e intolerância à incerteza, sendo esta última a variável com maior relevância explicativa. Em contraste, a disfunção executiva não apresentou associação significativa com a ansiedade, contrariando expectativas teóricas iniciais. Adicionalmente, verificou-se que a intolerância à incerteza medeia a relação entre PEA/DI e ansiedade, enquanto estratégias desadaptativas de regulação emocional atuam como moderadoras desse mesmo percurso. Apesar da robustez conceptual, os autores referem limitações relacionadas com ausência de grupo de controlo, instrumentos baseados em relatos indiretos e dificuldades de adaptação transcultural das medidas utilizadas.

O estudo A6 centrou-se na eficácia de uma intervenção de competências sociais e emocionais em estudantes universitários com DI. Os resultados indicaram melhorias significativas nas competências sociais após a intervenção, particularmente ao nível da comunicação, cooperação e interação interpessoal. No entanto, as melhorias ao nível das competências emocionais foram mais limitadas, sugerindo maior dificuldade na perceção e expressão emocional. Globalmente, os autores destacam que a intervenção foi bem aceite e adaptada às necessidades dos participantes, promovendo resultados positivos, embora ainda insuficientes para garantir um nível plenamente adaptativo de funcionamento socioemocional. O estudo sublinha ainda impactos práticos relevantes, incluindo a inserção laboral de alguns participantes após a formação, reforçando a relevância de programas estruturados nesta população.

Por fim, o estudo A7 explorou a relação entre experiências metacognitivas, estratégias de coping e desempenho em tarefas cognitivas. Os resultados mostraram que apenas o medo de falhar antes da realização da tarefa se associou negativamente ao desempenho, sugerindo que estados emocionais antecipatórios podem comprometer a atenção e a mobilização de recursos cognitivos. Adicionalmente, estratégias desadaptativas de coping, como explosões emocionais, demonstraram impacto negativo no desempenho, enquanto estratégias adaptativas não revelaram efeitos significativos.

Verificou-se ainda que a autocrítica prediz o medo de falhar, evidenciando a influência de processos cognitivo-emocionais na antecipação do desempenho. Em termos globais, os resultados apontam para dificuldades na utilização de estratégias adaptativas de regulação emocional e coping em adultos com DI, com impacto direto no funcionamento cognitivo.

4.3. Perspetivas para investigações futuras

Os resultados desta revisão sistemática evidenciam de forma consistente o potencial das intervenções dirigidas às competências socioemocionais em indivíduos com deficiência intelectual (DI), destacando-se em particular os achados do estudo A6. Este estudo demonstrou que programas estruturados de treino de competências sociais e emocionais podem produzir melhorias significativas, sobretudo ao nível das competências sociais, sugerindo que intervenções ajustadas às capacidades cognitivas, comunicacionais e às necessidades específicas dos participantes tendem a promover maior eficácia e adesão. Estes resultados reforçam a importância de abordagens centradas na pessoa, com adaptação dos conteúdos e estratégias de intervenção ao perfil funcional dos indivíduos com DI.

Apesar destes contributos, a presente revisão evidencia que a regulação emocional (RE) continua a ser um constructo ainda insuficientemente explorado nesta população, particularmente no que respeita à sua natureza multifacetada. Embora a literatura incluída demonstre de forma consistente a associação entre dificuldades de RE e variáveis como ansiedade, depressão e intolerância à incerteza, a maioria dos estudos tende a conceptualizar a RE de forma global e pouco diferenciada. Assim, permanece pouco claro de que forma os diferentes componentes do processo de RE — como a perceção emocional, a seleção de estratégias, a implementação e a monitorização — são especificamente afetados em indivíduos com DI. Esta lacuna limita a compreensão dos mecanismos subjacentes e dificulta o desenvolvimento de intervenções mais direcionadas.

Neste sentido, autores como Samson et al. (2022) sublinham a necessidade de investigação futura mais rigorosa que permita analisar com maior precisão as diferentes fases do ciclo de regulação emocional, bem como a sua relação com a flexibilidade cognitiva nesta população. Os mesmos autores destacam ainda a ausência de estudos que discriminem de forma sistemática estas etapas em indivíduos com DI, reforçando a

necessidade de metodologias mais finas e ecologicamente válidas. Adicionalmente, é recomendada a utilização de abordagens como a avaliação ecológica momentânea, que permita monitorizar variações na utilização de estratégias de RE em função de contextos específicos, como níveis de stress e ansiedade, devidamente adaptadas às limitações cognitivas e comunicacionais destes indivíduos.

Outras perspetivas relevantes são apresentadas por Ferguson et al. (2024), que salientam a escassez de intervenções especificamente centradas na regulação emocional em pessoas com DI. Estes autores defendem a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre os processos de autorregulação, bem como a sua articulação com o funcionamento executivo e com estratégias de coping, de forma a desenvolver programas de intervenção mais integrados, significativos e ajustados ao funcionamento individual. De forma complementar, Clegg e Lansdall-Welfare (2023) reforçam que a RE continua frequentemente negligenciada nas práticas de intervenção atuais, o que limita o suporte emocional prestado a esta população. Estes autores defendem a implementação de intervenções explicitamente baseadas na regulação emocional, que não se centrem apenas no comportamento observável, mas também na experiência emocional subjetiva, promovendo literacia emocional, validação afetiva e suporte emocional consistente.

Outros contributos teóricos reforçam esta necessidade de intervenção específica e ajustada. Mazefsky (2015) destaca que as intervenções em RE devem ser adaptadas ao nível cognitivo e comunicacional dos indivíduos com DI, enquanto Caie et al. (2017) sublinham o papel protetor das estratégias adaptativas de RE na redução de sintomas de ansiedade e depressão. Adicionalmente, Dodd et al. (2005) referem a RE como um domínio crítico para o bem-estar psicológico em situações de elevada carga emocional, como o luto ou outras transições significativas, enquanto Rey et al. (2013) enfatizam a importância do desenvolvimento precoce da autorregulação emocional, dado o seu impacto duradouro no estabelecimento de relações interpessoais e na saúde mental ao longo do ciclo de vida.

No que respeita às diferenças individuais, particularmente ao nível do género, diversos autores apontam para a necessidade de investigações futuras que explorem a eventual maior vulnerabilidade de indivíduos do género feminino a dificuldades de regulação emocional e sintomatologia internalizada. Estes estudos deverão incluir medidas diretas e adaptadas de RE, comparações entre géneros, bem como o controlo da

gravidade da DI e da presença de comorbilidades, garantindo maior precisão na interpretação dos resultados (Lunsky, 2003; Rey et al., 2013; Sáez-Suanes et al., 2022).

4.4. Limitações

Apesar da relevância dos resultados, esta revisão sistemática apresenta algumas limitações. Destaca-se a heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos, nomeadamente ao nível das características das amostras e dos instrumentos de avaliação utilizados, o que dificulta a comparação e generalização dos resultados. Verifica-se também uma escassez de investigação especificamente centrada na regulação emocional em indivíduos com deficiência intelectual, sendo esta frequentemente abordada de forma indireta. Além disso, a dependência de medidas observacionais e relatos de terceiros pode introduzir viés na avaliação, e a utilização de amostras reduzidas e pouco representativas limita a validade externa dos resultados. Estas limitações evidenciam a necessidade de estudos futuros mais robustos, com metodologias mais rigorosas e instrumentos adaptados às características desta população.

4.5. Considerações finais

Esta revisão sistemática permitiu sintetizar a evidência sobre a regulação emocional em indivíduos com deficiência intelectual e a sua relação com variáveis como ansiedade, depressão, estratégias de coping, intolerância à incerteza e desempenho cognitivo. Os resultados indicam que a regulação emocional desempenha um papel central no funcionamento psicológico desta população, estando as estratégias desadaptativas associadas a maior vulnerabilidade emocional. Verificou-se ainda que fatores como a gravidade da deficiência intelectual, o género, a intolerância à incerteza e os défices metacognitivos podem influenciar estas dificuldades. A evidência reforça a importância de intervenções focadas na promoção da regulação emocional e evidencia a necessidade de mais investigação nesta área, dada a escassez de estudos e revisões sistemáticas especificamente dedicados a esta temática. Em síntese, a regulação emocional constitui uma dimensão fundamental para a compreensão e intervenção nas dificuldades emocionais e cognitivas de indivíduos com deficiência intelectual.

5. Referências bibliográficas

Cai, R. Y., Richdale, A. L., Dissanayake, C., & Uljarević, M. (2018). Brief Report: Inter-Relationship between Emotion Regulation, Intolerance of Uncertainty, Anxiety, and Depression in Youth with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(1), 316-325. https://doi.org/10.1007/s10803-017-3318-7

Clegg, J. A., & Lansdall-Welfare, R. (2023). Helping distressed people with intellectual disabilities to manage their chaotic emotions. *Research and Practice in Intellectual and Developmental Disabilities*, 10(1), 1-15. https://doi.org/10.1080/23297018.2022.2106146

Dodd, P., Dowling, S., & Hollins, S. (2005). A review of the emotional, psychiatric and behavioural responses to bereavement in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(7), 537-543. https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00702.x

Felgueras Custodio, N., Moreno-Rodríguez, R., & López-Bastías, J.-L. (2020). Investigación en formación universitaria y habilidades socioemocionales dirigida a estudiantes con discapacidad intelectual. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 7(1), 48-58. https://doi.org/10.17979/reipe.2020.7.1.5791

Ferguson, E. F., Spackman, E., Cai, R. Y., Hardan, A. Y., & Uljarević, M. (2024). Characterizing associations between emotion dysregulation, anxiety, and repetitive behaviors in autistic youth with intellectual disability. *Autism Research*, 17(9), 1810-1817. https://doi.org/10.1002/aur.3207

Girgis, M., Paparo, J., & Kneebone, I. (2021). A systematic review of emotion regulation measurement in children and adolescents diagnosed with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 46(1), 90-99. https://doi.org/10.3109/13668250.2020.1784520

Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224-237. https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.1.224

Gross, J. J., & Ford, B. Q. (2024). Emotion regulation: Past, present, future. In J. J. Gross & B. Q. Ford (Eds.), *Handbook of Emotion Regulation* (3ª ed., pp. 3-16). The Guilford Press.

Igier, S., & Valérie, P. (2022). Roles of the metacognition and emotional systems in a categorization task for adults with moderate and severe learning disabilities. *International Journal of Developmental Disabilities*, 68(3), 281-289. https://doi.org/10.1080/20473869.2020.1759952

Lunsky, Y. (2003). Depressive symptoms in intellectual disability: Does gender play a role? *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(6), 417-427. https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2003.00516.x

Mazefsky, C. A. (2015). Emotion Regulation and Emotional Distress in Autism Spectrum Disorder: Foundations and Considerations for Future Research. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(11), 3405-3408. https://doi.org/10.1007/s10803-015-2602-7

Organização das Nações Unidas. (2006). *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. https://www.un.org/portuguese/disabilities/default.asp

Rey, L., Extremera, N., Durán, A., & Ortiz-Tallo, M. (2017). Subjective quality of life of people with intellectual disabilities: The role of emotional competence on their subjective well-being. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(2), 146-156. https://doi.org/10.1111/jar.12015

Rey, L., Extremera, N., Durán, A., & Ortiz-Tallo, M. (2013). Subjective Quality of Life of People with Intellectual Disabilities: The Role of Emotional Competence on Their Subjective Well-Being. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(2), 146–156. https://doi.org/10.1111/jar.12015

Samson, A. C., Sokhn, N., Van Herwegen, J., & Dukes, D. (2022). An exploratory study on emotion regulation strategy use in individuals with Williams syndrome, autism spectrum disorder and intellectual disability. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 940872. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.940872

Sáez-Suanes, G. P., García-Villamisar, D., & Del Pozo Armentia, A. (2022). The role of intellectual disability and emotional regulation in the autism–depression relationship. *Autism*, 27(7), 1960-1967. https://doi.org/10.1177/13623613231161881

Sáez-Suanes, G. P., García-Villamisar, D., Del Pozo Armentia, A., & Dattilo, J. (2020). Emotional dysregulation and uncertainty intolerance as transdiagnostic mediators of anxiety in adults with autism spectrum disorders and intellectual disability.

Research in Developmental Disabilities, 106, 103784. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103784

Sáez-Suanes, G. P., García-Villamisar, D., & Pozo Armentia, A. D. (2023). Does the gender matter?: Anxiety symptoms and emotion dysregulation in adults with autism and intellectual disabilities. *Autism Research*, 16(1), 113-121. https://doi.org/10.1002/aur.2839

CAPÍTULO 2: Neurociência e Comportamentos Digitais

A Relação entre a Dependência do *Smartphone*, *Distress* Psicológico e a Solidão na Era Digital

Juliana Gomes[1] & Graça Esgalhado[2]

[1] Universidade da Beira Interior, Portugal
[2] RISE-Health, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Portugal

Autor Correspondente: Juliana Gomes. **E-mail:** julianagomes1904@gmail.com

Resumo

A generalização do uso de *smartphones* traz benefícios a diferentes domínios da vida do indivíduo. Contudo, o uso excessivo e descontrolado está associado a solidão e maior *distress*. Este estudo tem como objetivos: (1) analisar a dependência do *smartphone*, *distress* psicológico e solidão em função de variáveis sociodemográficas e dos padrões de utilização do *smartphone*; (2) explorar a relação entre as variáveis; e (3) avaliar o poder preditivo na dependência do *smartphone*. **Método:** Participaram 300 indivíduos, 74.3% mulheres e 25.3 homens (Midade=29.82). Utilizaram-se dois Questionários: Sociodemográfico e sobre a utilização do *smartphone*, a escala do *Smartphone Addiction Scale – Short Version*, o *Kessler Psychological Distress Scale* (K-10) e a Escala da Solidão (ULS-6). **Resultados:** A amostra apresenta níveis elevados de *distress* psicológico, e os indivíduos que utilizam *o smartphone* por mais horas diárias pontuam mais elevado na dependência do *smartphone*. Observam-se relações significativas e positivas entre dependência do *smartphone*, *distress* e solidão. **Discussão:** Os resultados enfatizam a importância das relações interpessoais para a saúde mental, e o investimento na adoção de medidas que favoreçam a redução das implicações negativas da utilização excessiva dos dispositivos móveis.

Palavras-chave: Dependência do *Smartphone; Distress Psicológico*; Solidão

Abstract

The widespread use of smartphones brings benefits to different areas of an individual's life. However, excessive and uncontrolled use is associated with loneliness and increased distress. This study aims to: (1) analyze smartphone dependence, psychological distress, and loneliness as a function of sociodemographic variables and smartphone usage patterns; (2) explore the relationship between these variables; and (3) evaluate the predictive power of smartphone dependence. **Method:** 300 individuals participated, 74.3% women and 25.3% men (Mage=29.82). Two questionnaires were used: a sociodemographic questionnaire and a smartphone usage questionnaire, the Smartphone Addiction Scale – Short Version, the Kessler Psychological Distress Scale (K-10), and the Loneliness Scale (ULS-6). **Results:** The sample presents high levels of psychological distress, and individuals who use their smartphones for more hours per day score higher on smartphone dependence. Significant and positive relationships are observed between smartphone dependence, distress, and loneliness. **Discussion:** The results emphasize the importance of interpersonal relationships for mental health, and the investment in adopting measures that favor the reduction of the negative implications of excessive use of mobile devices.

Key-Words: Smartphone addiction; Psychological distress; Loneliness

1. Introdução

Na última década, a população mundial vivenciou uma generalização de *smartphones* devido à sua utilidade (Nawaz et al., 2024), trazendo inúmeros benefícios à sociedade ao facilitar a comunicação e o entretenimento (Fauzi, 2025). Embora o *smartphone* apresente diversas vantagens, o uso excessivo e problemático levanta inúmeras preocupações (Nawaz et al., 2025). Este hábito pode evoluir para uma dependência comportamental caraterizada por uma utilização constante e descontrolada do dispositivo (James et al., 2023), tendo impacto não só a nível físico mas também cognitivo, emocional e social a longo prazo (Mohta & Halder, 2021). Diversos autores defendem que a dependência do *smartphone* apresenta padrões comportamentais semelhantes aos observados na dependência da internet, sendo caraterizada por uma utilização persistente do dispositivo, acompanhada pela perda de controlo sobre o seu uso e pelo desconforto sentido na sua ausência (Dias et al., 2019). Entre as características mais frequentemente descritas encontram-se o impacto negativo no funcionamento social, académico e ocupacional do

indivíduo, bem como fenómenos de tolerância, refletidos no aumento progressivo do tempo de utilização do *smartphone* para alcançar os efeitos desejados ou evitar sensações desagradáveis associadas à sua não utilização. Podem ainda emergir sintomas de abstinência quando o indivíduo se encontra privado ou impedido de aceder ao dispositivo, gerando manifestações físicas e psicológicas de desconforto (Griffiths, 2010; Lin et al., 2016). Embora, atualmente a dependência do *smartphone* não seja reconhecida como um diagnóstico clínico formal nos principais manuais de classificação psiquiátrica, existe um número crescente de estudos que apoia a sua concetualização como dependência comportamental devido às semelhanças com outros comportamentos compulsivos (Lin et al., 2016; Kwon et al., 2013). De facto, a literatura realça que a dependência do *smartphone* é um fenómeno complexo e multidimensional, que representa riscos e consequências para a saúde mental e social do indivíduo (Giansanti, 2025).

No que diz respeito ao *distress* psicológico, este é descrito como uma resposta do indivíduo a stressores internos e externos, associado a sintomas psicológicos, nomeadamente, a baixa autoestima, tristeza e desesperança (Ritsner et al., 2002). Esta condição refere-se a sintomas não específicos do stress e quando atinge níveis elevados de *distress* podem evoluir para perturbações mentais mais comuns, nomeadamente a ansiedade e a depressão (Viertiö et al., 2021). O *distress* psicológico associado às dependências tecnológicas, mais especificamente, do *smartphone* não pode ser compreendido apenas numa perspetiva individual, mas integrada num conjunto de fatores interpessoais. As relações sociais contribuem para o desenvolvimento do indivíduo e para a expressão da necessidade básica humana que é a comunicação, porém muitas vezes, estes comportamentos são percecionados como insuficientes (Yilmaz et al., 2023).

A solidão é caraterizada como uma experiência emocional subjetiva e desagradável (Neto & Barros, 2001) que envolve a perceção do desfasamento entre as relações sociais que o indivíduo tem e aquelas que desejaria, tanto ao nível da quantidade como da qualidade da sua rede social (Perlman & Peplau, 1984). Os indivíduos solitários podem recorrer ao *smartphone* como uma estratégia para aliviar estados emocionais negativos ou procurar compensar as necessidades psicológicas, no entanto, quando este padrão de utilização se torna frequente, intensivo e excessivo, pode aumentar o risco de desenvolvimento de dependência (Yue et al., 2022).

Considerando os aspetos supramencionados, o presente estudo tem como objetivos: (1) determinar os valores globais das variáveis em estudo; (2) analisar a Dependência do *Smartphone*, níveis de *Distress* Psicológico e a Solidão em função das variáveis sociodemográficas e em função dos comportamentos online da utilização do *smartphone;* (3) explorar a relação entre a Dependência do *Smartphone*, Solidão e *Distress* Psicológico; (4) avaliar o poder preditivo dos comportamentos online, entre o tempo de uso do *smartphone* e o número de horas diárias, da idade, do *Distress* Psicológico e da Solidão na Dependência do *Smartphone*. De forma mais específica e de acordo com a revisão da literatura, foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação: (H1) Na adultez inicial são mais elevados os níveis de *Distress* Psicológico em comparação com as outras faixas etárias; (H2) As mulheres apresentam níveis mais elevados de Dependência do *Smartphone* do que os homens; (H3) Um maior número de horas de utilização do *smartphone* está associado a níveis mais elevados de Solidão; (H4) A Dependência do *Smartphone* está associada a níveis mais elevados de Sintomatologia Ansiógena, Depressiva e Solidão; (H5) A Dependência do *Smartphone* é preditora do *Distress* Psicológico e da Solidão.

2. Métodos

2.1. Participantes

A amostra foi obtida por conveniência, sendo constituída por 300 indivíduos portugueses com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos (M=29.825; DP=12.96). A maioria dos participantes foram mulheres 74.3% e 25.3% homens, relativamente ao estado civil 49.0% encontravam-se solteiros/as, 22.0% a namorar, 17.7% casados/as, 5.7% em união de facto e 5.0% divorciados/as ou separados/as. Quanto ao nível das habilitações literárias verificou-se que 38.3% tinham ou encontravam-se a frequentar uma licenciatura, 30.7% possuíam até 12 anos de escolaridade, 27.0% tinham ou frequentavam uma pós-graduação ou mestrado, 2.3% tinham até 9 anos de escolaridade e apenas 1.3% tinham ou frequentavam um doutoramento. No que concerne à situação profissional, 45.7% eram estudantes, enquanto 32.3% eram trabalhadores por conta de outrem, 6.3% eram desempregados e 6.7% eram trabalhadores por conta própria, 6.0% eram trabalhadores estudantes, e 1.7% encontravam-se reformados ou aposentados.

No que concerne aos comportamentos online da utilização do *smartphone* dos participantes, todos possuem *smartphone*, sendo que 55.0% utilizavam há até 10 anos, 36.0% desde há 20 anos e 9.0% há mais de 21 anos. Em relação ao tempo diário de utilização ativa no *smartphone*, 26.7% dos participantes referiram passar até 2 horas por dia, 36.7% entre 2 a 4 horas, 26.3% entre 4 a 6 horas e 10.3% mais de 6 horas diárias.

2.2. Instrumentos

Esta investigação seguiu um protocolo de investigação constituído por:

(1) Questionário Sociodemográfico: elaborado com o objetivo de caraterizar e descrever a amostra, composto por questões acerca do participante, nomeadamente a idade, o género, a nacionalidade, o estado civil, as habilitações literárias e a situação profissional. (2) Questionário sobre os Comportamentos Online da Utilização do *Smartphone:* incluiu um conjunto de questões com o objetivo de caracterizar os comportamentos online dos participantes, permitindo obter uma caraterização mais detalhada dos hábitos digitais.

(3) *Smartphone Addiction Scale – Short Version* (SAS-VS): desenvolvido por Kwon et al. (2013), validada e adaptada para a população portuguesa por Água et al. (2017). Tratou-se de um instrumento de autorresposta, constituído por 10 itens e teve como objetivo avaliar o nível de dependência do *smartphone* no qual o indivíduo indicou o grau de concordância para cada afirmação, recorrendo a uma escala do tipo *Likert* de 6 pontos. A pontuação total foi obtida através da soma das respostas aos itens, sendo que valores mais elevados indicam níveis mais elevados de dependência do *smartphone* no indivíduo. No estudo original de Kwon et al. (2013), o instrumento apresentou uma consistência interna excelente, correspondendo α = .91, no presente estudo obteve-se um α=.890, o que representa uma consistência interna muito boa (DeVellis, 2012).

(4) *Kessler Psychological Distress Scale* (K-10): desenvolvido por Kessler et al. (2003) e adaptado para a versão portuguesa por Pereira et al. (2019). É composto por 10 itens que avaliaram sintomas de ansiedade (itens 2, 3, 5 e 6) e de depressão (itens 1, 4, 7, 8, 9 e 10), respondidos numa escala de *Likert* de 5 pontos, que variam entre 1 "Nunca" a 5 "Sempre", de acordo com a forma de como o indivíduo se sentiu no último mês. O instrumento apresentou um valor α = .91. Neste estudo os valores do alfa de *Cronbach* para o *Distress* Psicológico foi de .917, revelando uma consistência interna muito boa, ao passo que para a Sintomatologia Ansiógena o α=.851 e para a Sintomatologia Depressiva

o α=.896, correspondem também a uma consistência interna muito boa, segundo DeVellis (2012).

(5) Escala da Solidão (ULS-6): desenvolvida por Neto (2014), versão abreviada da *Revised UCLA Loneliness Scale* de Russell et al. (1980). A versão portuguesa obteve o valor do α = .82. Esta escala foi constituída por 6 itens de autorresposta, que avaliaram a perceção subjetiva da solidão e do isolamento social no indivíduo. Os itens foram respondidos numa escala de *Likert* que variam entre 1 "Nunca" a 4 "Sempre", sendo que pontuações mais elevadas indicaram níveis mais elevados de solidão percebida no indivíduo (Neto, 2014). Calculou-se o coeficiente de α de *Cronbach*, obtendo-se um valor de .698, sendo representativo de uma consistência interna aceitável (DeVellis, 2012).

2.3 Procedimentos

O presente estudo insere-se no protocolo "ADTI- Adições às tecnologias digitais de informação e fatores psicológicos associados" e foi aprovado pela Comissão de Ética da UBI (Processo n.º CE-UBI-Pj-2025--007-ID7059). A recolha de dados foi realizada em modalidade *online*, através de um protocolo desenvolvido na plataforma *Google Forms,* que integrou um questionário sociodemográfico, destinado à descrição e caracterização dos participantes, bem como a administração dos instrumentos anteriormente descritos. O questionário teve como critérios de inclusão idade igual ou superior a 18 anos, ser utilizador da *internet* e detentor de um *smartphone*. O processo de recolha de dados respeitou os princípios éticos fundamentais, nomeadamente, o consentimento informado, a confidencialidade, o anonimato e a participação voluntária.

2.4. Análise de Dados

Os procedimentos e análises estatísticas foram realizadas através do programa *IBM Statistics for Windows* versão 30. Foi efetuada uma análise descritiva, de natureza quantitativa, transversal e correlacional, tendo como objetivo, explorar as variáveis e as relações entre as mesmas. Para tal, recorreu-se a estatística paramétrica uma vez que a distribuição dos dados segue a curva de distribuição normal, considerando a teoria do limite central. Deste modo, utilizaram-se diferentes procedimentos estatísticos nomeadamente, análise descritiva (média, desvio padrão e frequências), análise inferencial (teste *t* e ANOVA), análise de correlações (correlação de Pearson) e foram considerados os intervalos de acordo com Marôco, (2021) e a análise preditiva (análise

de regressão linear). De forma a obter grupos de comparação, procedeu-se à transformação da variável "Idade", em 3 grupos, de acordo com critérios de natureza teórica: até aos 19 anos (adolescência), dos 20 aos 40 anos (adultez inicial) e dos 41 aos 65 (adultez intermédia) (Papalia & Feldman, 2013).

3. Resultados

Verificou-se a ausência da Dependência do *Smartphone* (*M*=22.83; *DP*=9.55) e da Solidão na amostra (*M*=13.82; *DP*=3.35) e um elevado *Distress* Psicológico (*M*=26.85; *DP*=7.48), Sintomatologia Ansiógena (*M*=10.96; *DP*=3.13) e Sintomatologia Depressiva (*M*=15.92; *DP*=5.02) (ver Tabela 1).

Tabela 1
Valores médios (± DP) das variáveis em estudo

	M	*DP*	Mínimo	Máximo
Dependência do *Smartphone (10-60)*	22.83	9.55	10	60
Distress Psicológico (10-50)	26.85	7.48	10	50
Sintomatologia Ansiógena (4-20)	10.96	3.13	4	20
Sintomatologia Depressiva (6-30)	15.92	5.02	6	30
Solidão (6-24)	13.82	3.35	6	24

3.1. Resultados da comparação das variáveis em função da idade

Verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre todas as variáveis em função dos grupos de idade. O grupo etário "Adolescência", foi quem pontuou mais face aos outros grupos. Rejeita-se a H1 "Na adultez inicial são mais elevados os níveis de *Distress* Psicológico em comparação com as outras faixas etárias", uma vez que foi na adolescência e não na adultez inicial que se obteve a pontuação mais elevada na variável *Distress* Psicológico (ver Tabela 2)

Tabela 2
Comparação das variáveis em função da idade

	Adolescência	Adultez Inicial	Adultez Intermédia	*F(df)*	*p*
	M *DP*	*M* *DP*	*M* *DP*		

Dependência do	27.44	23.55	17.16	18.509	<.001
Smartphone	9.94	9.38	6.95	(2;297)	<.001
Distress	29.90	26.91	24.40	7.311	.002
Psicológico	7.23	7.29	7.51	(2;297)	.004
Sintomatologia	12.24	10.93	10.13	6.156	.007
Ansiógena	3.25	3.05	3.00	(2;297)	
Sintomatologia	17.69	15.97	14.46	5.537	
Depressiva	4.55	5.01	5.01	(2;297)	
Solidão	14.81	13.91	12.80	5.042	
	3.16	3.49	2.76	(2;297)	

Nota. Adolescência: N=45; Adultez Inicial: N=194; Adultez Intermédia: N=61

3.2. Resultados da comparação das variáveis em função do género

Os resultados indicaram diferenças estatisticamente significativas entre o género feminino e o masculino nas variáveis "*Distress* Psicológico" t (2.57) = 297; p<.011, sendo as mulheres (M = 27.49; DP = 7.64) que evidenciaram maior *distress* do que os homens, e na variável "Sintomatologia Ansiógena" t (3.46) = 297; p <.001, as mulheres pontuaram mais face aos homens (M = 11.32; DP = 3.14) (ver Tabela 3). Tendo em conta que não se observaram diferenças estatisticamente significativas nas restantes variáveis, rejeita-se a H2 "As mulheres apresentam níveis mais elevados de Dependência do *Smartphone* do que os homens".

Tabela 3

Comparação das variáveis em função do género

Variável	*M*	*DP*	*t(df)*	*p*

Dependência do *Smartphone*				
Mulher	23.00	9.38	.49(297)	.628
Homem	22.38	10.13		
Distress Psicológico				
Mulher	27.49	7.64	2.57(297)	.011
Homem	24.96	6.71		
Sintomatologia Ansiógena				
Mulher	11.32	3.14	3.46(297)	.001
Homem	9.91	2.87		
Sintomatologia Depressiva				
Mulher	16.24	5.17	1.93(297)	.055
Homem	14.96	4.49		
Solidão				
Mulher	13.92	3.36	.92(297)	.358
Homem	13.51	3.34		

Nota. $p<.001$

3.3. Resultados da comparação das variáveis em função da média de horas que o indivíduo utiliza o smartphone de forma ativa

Verificou-se que apenas há diferenças estatisticamente significativas na variável Dependência do *Smartphone* em função do número médio de horas de utilização [F (3; 296) = 13.321; $p<.001$], sendo o grupo com mais de 6 horas de utilização quem pontuou mais elevado (M = 28.44; DP = 12.88). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para as variáveis *Distress* Psicológico e a Solidão (ver Tabela 4). Deste modo, rejeita-se a H3 "Um maior número de horas de utilização do *smartphone* está associado a níveis mais elevados de solidão".

Tabela 4

Comparação das variáveis em função da média de horas diárias usadas no smartphone.

	Até 2 horas	2 a 4 horas	4 a 6 horas	Mais de 6 horas	*F(df)*	*p*
	M *DP*	*M* *DP*	*M* *DP*	*M* *DP*		
Dependência do	19.11	21.47	26.30	28.44	13.321	<.001
Smartphone	7.03	8.64	9.47	12.88	(3;296)	.233
Distress Psicológico	25.9	26.33	28.14	27.65	1.434	.106
Sintomatologia	7.63	7.35	6.98	8.54	(3;296)	.405
Ansiógena	10.74	10.60	11.68	11.00	2.054	.699
	3.23	2.93	3.04	3.55	(3;296)	

Sintomatologia	15.29	15.79	16.47	16.65	.975
Depressiva	5.13	4.92	4.77	5.71	(3;296)
Solidão	13.44	13.99	13.87	14.00	.476
	3.13	3.17	3.61	3.88	(3;296)

3.4. Associação entre as variáveis

Verificou-se uma relação significativa, positiva e moderada (r = .295; p<.01) entre a Dependência do *Smartphone* e a Sintomatologia Ansiógena. A relação entre a Dependência do *Smartphone* e a Sintomatologia Depressiva (r = .365; p<.01), é significativa, positiva e moderada. A Solidão apresentou uma correlação positiva, significativa e moderada com a Dependência do *Smartphone* (r= .361; p<.01) (ver Tabela 5). Deste modo, confirma-se a H4 "A Dependência do *Smartphone* está associada a níveis mais elevados de Sintomatologias Ansiógena, Depressiva e Solidão".

Tabela 5
Correlações em função das variáveis em estudo

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 Idade	1							
2 Tempo de utilização do *smartphone*	.543**	1						
3 Média de horas ativas no *smartphone*	- .229**	-.058	1					
4 Dependência do *Smartphone*	- .349**	- .217**	.301**	1				
5 *Distress* Psicológico	- .176**	-.121*	.076	.370**	1			
6 Sintomatologia Ansiógena	- .156**	-.114*	.053	.295**	.875**	1		
7 Sintomatologia Depressiva	- .156**	-.115*	.073	.365**	.944**	.691**	1	
8 Solidão	-.141*	-.071	-.034	.361**	.489**	.404**	.463**	1

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

3.5. Poder preditivo das variáveis

3.5.1. Poder preditivo das variáveis sociodemográficas, do tempo de utilização, do número médio de horas diárias do smartphone, da Dependência do Smartphone no Distress Psicológico

Os resultados relativos ao *Distress* Psicológico indicaram que o Modelo I composto pelas variáveis sociodemográficas (idade, género e habilitações literárias), explicou 5.1% da variância do *Distress* Psicológico. A introdução das variáveis relativas à utilização do

smartphone (anos de utilização do *smartphone* e média de horas por dia de uso do *smartphone* de forma ativa) no Modelo II aumentou apenas ligeiramente a variância explicada para 5.3%, não se verificando uma melhoria estatisticamente significativa. No Modelo III, com a introdução da Dependência do *Smartphone*, a variância explicada aumentou para 16.2%, sendo esta mudança estatisticamente significativa. Neste modelo final, a Dependência do *Smartphone* apresentou-se como o preditor mais forte do *Distress* Psicológico, com um efeito positivo e estatisticamente significativo (ver Tabela 6). Estes resultados são consistentes com a hipótese de que níveis mais elevados de Dependência do *Smartphone* se associam a níveis mais elevados de *Distress* Psicológico (β=.365; p <.001), pelo que, confirma-se a hipótese H5 "A Dependência do *Smartphone* é preditora do *Distress* Psicológico e da Solidão".

Tabela 6
Modelo de Regressão Linear – Preditores do Distress Psicológico

	Modelo I			Modelo II			Modelo III		
	B	*SE B*	*β*	*B*	*SE B*	*β*	*B*	*SE B*	*β*
Idade	-.384	.033	-.044	-.377	.041	-.037	-.327	.039	-.010
Género	.093	.978	.16	.079	.984	.137	.024	.927	.042
Habilitações Literárias	-2.427	.508	1	-2.373	.510	-.138	-2.372	.481	-.138
Tempo de utilização do *smartphone*			-.142		.077	-.179		.072	-.174
Média de horas por dia de uso do *smartphone* de forma ativa									
Dependência do *Smartphone*									
R^2				.051			.095		.365
F para a mudança no R^2				5.297			38.042		
p				.001			<.001		

Nota. Variável Dependente: *Distress* Psicológico

3.5.2. Poder preditivo das variáveis sociodemográficas, do tempo de utilização, do número médio de horas diárias do smartphone, da Dependência do Smartphone na Solidão

Os resultados relativos à Solidão indicaram que o Modelo I constituído pelas variáveis sociodemográficas, explicou 2.2% da variância. A introdução das variáveis relativas à

utilização do *smartphone* no Modelo II aumentou a variância explicada para 2.8%, não representando uma melhoria estatisticamente significativa. Com a introdução da Dependência do *Smartphone* no Modelo III, a variância explicada aumentou para 15.9%, verificando-se uma melhoria estatisticamente significativa do modelo (ver Tabela 7). Neste modelo final, a Dependência do *Smartphone* revelou-se o preditor mais forte da Solidão. Estes resultados apoiam a hipótese de que a Dependência do *Smartphone* é preditora da Solidão (β=.401; p<.001), apresentando um efeito positivo, moderado a elevado e estatisticamente significativo, pelo que, confirma-se a hipótese H5 "A Dependência do *Smartphone* é preditora do *Distress* Psicológico e da Solidão".

Tabela 7
Modelo de Regressão Linear – Preditores da Solidão

	Modelo I			Modelo II			Modelo III		
	B	*SE B*	*β*	*B*	*SE B*	*β*	*B*	*SE B*	*β*
Idade	-.035	.015	-.13	-.042	.019	-.160	-.015	.018	-.058
Género	.364	.452	5	.400	.234	-.036	.402	.218	-.052
Habilitações Literárias	-.083	.234	-.04	-.099	.083	-.025	-.077	.079	-.019
Tempo de utilização do *smartphone*			7	-.008		-.016	-.023	.021	-.044
Média de horas por dia de uso do *smartphone* de forma ativa			-.02	-.104		-.075	-.236		-.172
Dependência do *Smartphone*			1						
R^2	.022						.140		.401
F para a mudança no R^2	2.210			.028			.159		
p	.087			.793			44.968		
				.454			<.001		

Variável Dependente: Solidão

4. Discussão

O presente estudo pretende analisar a dependência do *smartphone* enquanto fenómeno da atualidade e perceber como é que impacta as relações sociais e a saúde mental dos portugueses. Nesta amostra observa-se a ausência de dependência do *smartphone* e de solidão e valores elevados de *distress* psicológico.

A Hipótese 1, "Na adultez inicial são mais elevados os níveis de *Distress* Psicológico em comparação com as outras faixas etárias", não é suportada, uma vez que o grupo etário "Adolescência" apresenta valores mais elevados e significativos de *distress* psicológico

em comparação com as outras faixas etárias. De facto, a adolescência representa um período de mudanças desenvolvimentais marcadas pela transição entre a infância e a fase adulta, nomeadamente, ao nível das alterações neurológicas e sociais (Dahl et al., 2018). Isto poderá dever-se ao aumento da sensibilidade à avaliação dos pares e às experiências interpessoais, bem como ao facto de ainda estarem em desenvolvimento as competências de regulação emocional. Neste contexto, os adolescentes tendem a recorrer aos dispositivos como estratégia de *coping* desadaptativa, em ambientes onde podem ficar sozinhos numa tentativa de regularem emoções negativas (Kabadayi, 2024). Por outro lado, os jovens adultos enfrentam elevados níveis de exigência, face às mudanças profissionais, pessoais e académicas, marcadas pela pressão social e incertezas em relação ao futuro (Alhassan et al., 2025). Neste âmbito, Auerbach et al. (2016) destacam a entrada no ensino superior como um período marcado por elevada prevalência de perturbações mentais relacionadas às dificuldades de adaptação a uma nova instituição de ensino, bem como a novos colegas.

Também é rejeitada a Hipótese 2, "As mulheres apresentam níveis mais elevados de Dependência do S*martphone* do que o homem", uma vez que nesta amostra não se observa dependência do *smartphone,* e apesar das mulheres apresentarem uma média ligeiramente superior à dos homens, as diferenças não são estatisticamente significativas. A literatura apresenta resultados divergentes relativamente às diferenças de género. Efetivamente, diversos estudos apontam para níveis mais elevados de dependência nas mulheres, devido a uma maior utilização de aplicações que envolvem a vertente da comunicação, das redes sociais e da multimédia (Zencirci et al., 2018), o que poderá estar relacionado ao uso do *smartphone* enquanto estratégia de regulação emocional, contribuindo, deste modo, para padrões de utilização mais frequentes e potencialmente problemáticos (Busch & McCarthy, 202; Elhai & Contractor, 2018). Outros autores revelam que os homens apresentam maior dependência do *smartphone* decorrente da utilização de aplicações de jogos online (Sarman & Çiftci, 2024). Esta ideia é ainda mais apoiada pelo facto de que, segundo Chen et al. (2017), os tipos de motivação poderem ser divergentes, verificando-se que as mulheres tendem a apresentar motivações mais intrínsecas ligadas à interação social e à regulação emocional, enquanto nos homens as motivações têm um caráter extrínseco e de natureza funcional.

A Hipótese 3 é rejeitada, pois postula que "Um maior número de horas de utilização do *smartphone* está associado a níveis mais elevados de Solidão", e no presente estudo não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre diferentes horas de utilização e a solidão. Os participantes da amostra parecem não apresentar uma associação entre o uso do *smartphone* e a solidão, sendo que estes resultados não são corroborados por outras pesquisas que mostram associações entre o uso de ecrãs e a solidão, particularmente em relação às redes sociais e aos jogos online. David et al., (2018) e Lawrence et al. (2022) relatam que menos tempo de ecrã favorece amizades de melhor qualidade, o que pode favorecer uma diminuição da solidão.

Os resultados do presente estudo confirmam a Hipótese 4, "A Dependência do *Smartphone* está associada a níveis mais elevados de Sintomatologia Depressiva e Sintomatologia Ansiógena", tendo sido observada uma relação significativa, positiva e moderada. Estes achados são consistentes com a literatura que demonstra associações robustas entre a dependência e a sintomatologia (Ghazali et al., 2026). O uso problemático do *smartphone,* que contribui para o desenvolvimento da dependência do *smartphone,* pode ser descrito como um "comportamento de segurança" utilizado como evitamento de estados emocionais negativos e na regulação emocional de curto-prazo (Gorday & Bardeen, 2022). Contudo, esta estratégia parece revelar-se disfuncional a longo-prazo, uma vez que não permite a resolução das dificuldades e reforça o padrão de evitamento e de manutenção do *distress* psicológico (Elhai et al., 2017). O *smartphone* parece ainda assumir uma função compensatória ao nível emocional e social, em sujeitos que evidenciam maiores sentimentos de solidão.

Nesta investigação verifica-se que a Dependência do *Smartphone*, a par das variáveis sociodemográficas e cumulativamente com as variáveis do comportamento online do *smartphone*, são preditores significativos do *Distress* Psicológico e da Solidão, confirmando-se a Hipótese 5 "A Dependência do *Smartphone* é preditora do *Distress* Psicológico e da Solidão". Estes resultados corroboram a literatura que tem demonstrado uma associação consistente entre a dependência do *smartphone* e diferentes indicadores de mal-estar psicológico (Ou-Yang et al., 2023). De facto, embora o uso de dispositivos digitais possa, inicialmente, funcionar como uma forma de compensação social, quando utilizados de forma excessiva e descontrolada tende a contribuir para um maior

isolamento interpessoal e, consequentemente, para uma menor qualidade das interações sociais (Kabadayi, 2024; Pera, 2020).

No geral, os nossos resultados apoiam a literatura, e reforçam a importância se conhecer como e quanto se utiliza o *smartphone* e quais as implicações do seu uso. No entanto, identificam-se algumas limitações que devem ser consideradas de forma a serem colmatas em estudos futuros. O facto de haver uma heterogeneidade da amostra relativamente ao género, com elevada predominância no género feminino e o facto de ser constituída maioritariamente por estudantes do ensino superior, limita a representatividade da amostra e dificulta a generalização dos resultados para outras faixas etárias e níveis de escolaridade. Além disso, a realização de estudos longitudinais permitiria uma compreensão mais aprofundada da evolução das variáveis em estudo ao longo do tempo, ultrapassando as limitações inerentes aos estudos transversais. Outra limitação a ter em conta, prende-se com a extensão do protocolo de investigação utilizado, isto é, o número de instrumentos e consequente quantidade de questões que podem ter contribuído para fadiga dos participantes, influenciando a qualidade das respostas, tornando estas menos refletivas ou mais suscetíveis ao viés de desejabilidade social.

Os resultados do presente estudo reforçam a importância de medidas preventivas e de promoção da saúde direcionadas para adoção de hábitos digitais saudáveis e para a redução dos fatores de risco associados ao uso excessivo de *smartphones*. Neste sentido, a integração de ações de literacia em saúde digital nas políticas institucionais promotoras de saúde mental, bem como nos contextos escolares e universitários, poderá constituir uma estratégia para aumentar a consciencialização acerca dos impactos físicos, psicológicos e académicos decorrentes do uso inadequado destes dispositivos. Também a implementação de intervenções orientadas para a promoção da regulação emocional e de competências socioemocionais, articuladas com a prática regular de atividade física, poderá favorecer a adoção de estratégias de coping mais adaptativas, reduzindo o risco de utilização problemática do *smartphone* e dos efeitos adversos associados, como o aumento da ansiedade e da frustração perante a impossibilidade de acesso imediato ao dispositivo.

A problemática em estudo torna-se cada vez mais relevante pelo impacto na saúde mental dos jovens e adultos portugueses. Deste modo justifica-se a presente investigação assim como a continuidade da mesma, para possibilitar à Psicologia Clínica e da Saúde

não só propor medidas políticas e sociais, como a adoção fundamentada de medidas preventivas e interventivas em diferentes contextos de desenvolvimento.

5.6 Referências Bibliográficas

Água, J., Patrão, I., & Leal, I. (2017). SAS-SV: Estudo da validação da escala de dependência do smartphone numa amostra da população portuguesa. In *Atas do II Congresso Ibérico de Psicologia Clínica e da Saúde* (pp. 100-111). ISPA - Instituto Universitário.

Alhassan, M. A., Al-Otaibi, E. M., Bin Ofaysan, M. S., Alarjani, K. H., Alzuhairi, M. O., Alarfaj, N. S., Al-murayt, F. S., Alotaibi, B. M., Alanazi, K. F., Alfawaz, A. M., & Musa, A. (2025). Smartphone addiction and its psychosocial correlates among university students. *Cureus*. https://doi.org/10.7759/cureus.91165

Auerbach, R. P., Alonso, J., Axinn, W. G., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Green, J. G., Hwang, I., Kessler, R. C., Liu, H., Mortier, P., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., Benjet, C., Caldas-de-Almeida, J. M., Demyttenaere, K., … Bruffaerts, R. (2016). Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, *46*(14), 2955–2970. https://doi.org/10.1017/S0033291716001665

Busch, P. A., & McCarthy, S. (2021). Antecedents and consequences of problematic smartphone use: A systematic literature review of an emerging research area. *Computers in Human Behavior*, *114*. https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106414

Chen, C., Zhang, K. Z. K., Gong, X., Zhao, S. J., Lee, M. K. O., & Liang, L. (2017). Examining the effects of motives and gender differences on smartphone addiction. *Computers in Human Behavior*, *75*, 891–902. https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.07.002

Dahl, R. E., Allen, N. B., Wilbrecht, L., & Suleiman, A. B. (2018). Importance of investing in adolescence from a developmental science perspective. *Nature*, *554*(7693), 441–450. https://doi.org/10.1038/nature25770

David, M. E., Roberts, J. A., & Christenson, B. (2018). Too much of a good thing: Investigating the association between actual smartphone use and individual well-being. *International Journal of Human–Computer Interaction*, *34*(3), 265–275. https://doi.org/10.1080/10447318.2017.1349250

DeVellis, R. F. (2012). *Scale development: Theory and applications* (3rd ed.). SAGE Publications.

Dias, P., Gonçalves, S., Cadime, I., & Choliz, M. (2019). Adaptação do teste de dependência do telemóvel para adolescentes e jovens portugueses. *Psicologia Saúde & Doenças*, *20*. https://doi.org/10.15309/19psd200302

Elhai, J. D., & Contractor, A. A. (2018). Examining latent classes of smartphone users: Relations with psychopathology and problematic smartphone use. *Computers in Human Behavior*, *82*, 159–166. https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.01.010

Elhai, J. D., Dvorak, R. D., Levine, J. C., & Hall, B. J. (2017). Problematic smartphone use: A conceptual overview and systematic review of relations with anxiety and depression psychopathology. *Journal of Affective Disorders*, *207*, 251–259. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.030

Fauzi, M. A. (2025). Smartphone addiction among children, adolescents and teenagers: Mapping emerging and future direction. *Entertainment Computing*, *55*. https://doi.org/10.1016/j.entcom.2025.101025

Ghazali, S. E., Subramaniam, P., Al-Shahrani, H. F., Rajikan, R., Wahab, N. A. A., Saad, Q. H. M., & Wahab, S. (2026). Associations between smartphone addiction, anxiety, depression, and academic performance among university students. *Scientific Reports*. https://doi.org/10.1038/s41598-026-47811-0

Giansanti, D. (2025). Smartphone addiction in youth: A narrative review of systematic evidence and emerging strategies. *Psychiatry International*, *6*(4), 118. https://doi.org/10.3390/psychiatryint6040118

Gorday, J. Y., & Bardeen, J. R. (2022). Problematic smartphone use influences the relationship between experiential avoidance and anxiety. *Cyberpsychology,*

Behavior, and Social Networking, *25*(1), 72–76. https://doi.org/10.1089/cyber.2021.0062

Griffiths, M. D. (2010). The role of context in online gaming excess and addiction: Some case study evidence. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *8*(1), 119–125. https://doi.org/10.1007/s11469-009-9229-x

James, R. J. E., Dixon, G., Dragomir, M.-G., Thirlwell, E., & Hitcham, L. (2023). Understanding the construction of 'behavior' in smartphone addiction: A scoping review. *Addictive Behaviors*, *137*. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107503

Kabadayi, F. (2024). Smartphone addiction, depression, distress, eustress, loneliness, and sleep deprivation in adolescents: A latent profile and network analysis approach. *BMC Psychology*, *12*(1), 608. https://doi.org/10.1186/s40359-024-02117-6

Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., Howes, M. J., Normand, S.-L. T., Manderscheid, R. W., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry, 60*(2), 184–189. https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.2.184

Kwon, M., Kim, D.-J., Cho, H., & Yang, S. (2013). The Smartphone Addiction Scale: Development and validation of a short version for adolescents. *PLOS ONE*, *8*(12). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0083558

Lawrence, D., Hunter, S. C., Cunneen, R., Houghton, S. J., Zadow, C., Rosenberg, M., Wood, L., & Shilton, T. (2022). Reciprocal relationships between trajectories of loneliness and screen media use during adolescence. *Journal of Child and Family Studies*, *31*(5), 1306–1317. https://doi.org/10.1007/s10826-021-02066-3

Lin, Y.-H., Chiang, C.-L., Lin, P.-H., Chang, L.-R., Ko, C.-H., Lee, Y.-H., & Lin, S.-H. (2016). Proposed diagnostic criteria for smartphone addiction. *PLOS ONE*, *11*(11). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0163010

Marôco, J. (2021). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (8ª ed.). ReportNumber.

Mohta, R., & Halder, S. (2021). A comparative study on cognitive, emotional, and social functioning in adolescents with and without smartphone addiction. *Journal of*

Indian Association for Child and Adolescent Mental Health, *17*(4), 44–65. https://doi.org/10.1177/0973134220210404

Nawaz, S., Bhowmik, J., Linden, T., & Mitchell, M. (2024). Validation of a modified problematic use of mobile phones scale to examine problematic smartphone use and dependence. *Heliyon*, *10*(2). https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e24832

Nawaz, S., Mitchell, M., Linden, T., & Bhowmik, J. (2025). Exploring smartphone usage patterns and perceived dependency: A cross-sectional study in Australia. *Acta Psychologica*, *257*. https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2025.105100

Neto, F. (2014). Psychometric analysis of the short-form UCLA Loneliness Scale (ULS-6) in older adults. *European Journal of Ageing, 11*(4), 313–319. https://doi.org/10.1007/s10433-014 0312-1

Neto, F., & Barros, J. (2001). Solidão em diferentes níveis etários. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*, *3*, 71–88. https://doi.org/10.22456/2316-2171.4670

Ou-Yang, Q., Liu, Q., Song, P.-Y., Wang, J.-W., & Yang, S. (2023). The association between academic achievement, psychological distress, and smartphone addiction: A cross-sectional study among medical students. *Psychology, Health & Medicine*, *28*(5), 1201–1214. https://doi.org/10.1080/13548506.2022.2148697

Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano* (12ª ed.). McGraw-Hill.

Pera, A. (2020). The psychology of addictive smartphone behavior in young adults: Problematic use, social anxiety, and depressive stress. *Frontiers in Psychiatry*, *11*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.573473

Pereira, A., Oliveira, C. A., Bártolo, A., Monteiro, S., Vagos, P., & Jardim, J. (2019). Reliability and factor structure of the 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) among Portuguese adults. *Ciência & Saúde Coletiva, 24*, 729–736. https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.06322017

Perlman, D., & Peplau, L. A. (1984). Loneliness research: A survey of empirical findings. In L. A. Peplau & S. Goldston (Eds.), *Preventing the harmful consequences of severe and persistent loneliness* (pp. 13-46). U.S Government Printing Office.

Ritsner, M., Modai, I., & Ponizovsky, A. (2002). Assessing psychological distress in psychiatric patients: Validation of the Talbieh Brief Distress Inventory. *Comprehensive Psychiatry*, *43*(3), 229–234. https://doi.org/10.1053/comp.2002.30800

Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social* Psychology, 39(3), 472–480. https://doi.org/10.1037//0022-3514.39.3.472

Sarman, A., & Çiftci, N. (2024). Relationship between smartphone addiction, loneliness, and depression in adolescents: A correlational structural equation modeling study. *Journal of Pediatric Nursing*, *76*, 150–159. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.02.019

Viertiö, S., Kiviruusu, O., Piirtola, M., Kaprio, J., Korhonen, T., Marttunen, M., & Suvisaari, J. (2021). Factors contributing to psychological distress in the working population, with a special reference to gender difference. *BMC Public Health*, *21*(1), 611. https://doi.org/10.1186/s12889-021-10560-y

Yilmaz, F. G. K., Avci, U., & Yilmaz, R. (2023). The role of loneliness and aggression on smartphone addiction among university students. *Current Psychology*, *42*(21), 17909–17917. https://doi.org/10.1007/s12144-022-03018-w

Yue, H., Yue, X., Zhang, X., Liu, B., & Bao, H. (2022). Exploring the relationship between social exclusion and smartphone addiction: The mediating roles of loneliness and self-control. *Frontiers in Psychology*, *13*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.945631

Zencirci, S. A., Aygar, H., Göktaş, S., Önsüz, M. F., Alaiye, M., & Metintaş, S. (2018). Evaluation of smartphone addiction and related factors among university students. *International Journal of Research in Medical Sciences*, *6*(7), 2210–2216. https://doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20182805

Comportamentos online e adições às novas tecnologias

Inês Rodrigues[1], Graça Esgalhado[1,2], Sandra Ferreira[1,3]

[1] Universidade da Beira Interior, Portugal
[2] RISE-Health, Faculdade de Ciências da Saúde, UBI, Covilhã, Portugal
[3] Departamento de Matemática e Centro de Matemática e Aplicação, UBI, Covilhã, Portugal
Autor Correspondente: Inês Rodrigues. **E-mail:** ines.f.rodrigues@ubi.pt

Resumo

O surgimento das novas tecnologias digitais de informação tem permitido aos seus utilizadores um maior acesso à internet, a comunicação à distância e o aprofundamento do conhecimento através de pesquisas online. A par destes benefícios, apresentam-se desvantagens como a adição à internet, a dependência do *smartphone*, a nomofobia e aumento do *distress* psicológico. Assim, revela-se importante compreender o uso das novas tecnologias e adições associadas. **Método:** Após a aceitação do parecer de Comissão de Ética, efetuou-se a recolha dos dados online. 305 indivíduos, dos 18 aos 85 anos (M= 30.82; DP= 14.44) responderam ao questionário sociodemográfico, às Escalas de Adição à Internet (IAT), de Adição ao *Smartphone* – versão reduzida (SAS-SV), de *Distress* Psicológico de *Kessler* de 10 itens (K10) e ao Questionário de Nomofobia (NMP-Q-PT). **Resultados:** Verificou-se presença de adição à internet e *distress* psicológico elevados e ausência de dependência do *smartphone* e de nomofobia. Os mais novos, o género feminino e quem tinha como formação o ensino obrigatório obtiveram pontuações mais elevadas em todas as variáveis quando comparados com os outros grupos. **Discussão:** Os resultados obtidos enfatizam a importância da implementação de medidas preventivas e de intervenção precoce nas escolas e com os pais, para a diminuição da implicação negativa das novas tecnologias nos seus utilizadores.

Palavras-chave: Adição à internet; Dependência do *smartphone*; Nomofobia; Saúde mental.

Abstract

The emergence of new digital information technologies has enabled users to gain greater access to the internet, communicate remotely, and deepen their knowledge through online research. Alongside these benefits, disadvantages have also emerged, such as internet addiction, smartphone dependence, nomophobia, and increased psychological distress. Therefore, it is important to understand the use of new technologies and the addictions associated with them. **Method:** Following approval from the Ethics Committee, data were collected online. A total of 305 individuals, aged between 18 and 85 years (M = 30.82; SD = 14.44), completed a sociodemographic questionnaire, the Internet Addiction Test (IAT), the Smartphone Addiction Scale – Short Version (SAS-SV), the Kessler Psychological Distress Scale (K10), and the Nomophobia Questionnaire (NMP-Q-PT). **Results:** High levels of internet addiction and psychological distress were found, while no evidence of smartphone dependence or nomophobia was identified. Younger participants, females, and individuals whose highest level of education was compulsory schooling obtained higher scores across all variables when compared to the other groups. **Discussion:** The results highlight the importance of implementing preventive measures and early intervention strategies in schools and with parents in order to reduce the negative impact of new technologies on their users.

Keywords: Internet addiction; Smartphone dependence; Nomophobia; Mental health.

1. Introdução

O acesso às novas tecnologias digitais de informação é cada vez maior, tornando-se uma parte fundamental na vida dos indivíduos (Saraf et al., 2024). Em 2023, verificou-se que 67% da população mundial e 86% da população portuguesa tinham acesso à internet, o que, em Portugal, corresponde a cerca de 8 milhões de pessoas (The World Bank, 2023). O surgimento destas novas tecnologias trouxe diversos benefícios aos seus utilizadores (Raina & Bhatt, 2021). Com a internet, a comunicação tornou-se mais fácil, mesmo que à distância, permitiu a troca e debate de ideias e o aprofundamento de conhecimentos através de pesquisas online (Jun, 2017). O *smartphone* permite o acesso à internet de forma mais facilitada (Aguilera-Manrique et al., 2018), permite enviar e receber mensagens, efetuar chamadas telefónicas e aceder a jogos online (Cho et al., 2017). Contudo, estes benefícios coexistem com riscos importantes, nomeadamente consequências ao nível social, físico e psicológico (Durak, 2018). O uso excessivo da

internet pode levar à sua adição (Jun, 2017), associada a sintomas de agitação psicomotora, ansiedade, depressão, hostilidade e perda de controlo sobre os comportamentos (Ko et al., 2006). A dependência do *smartphone* é caracterizada pela incapacidade do indivíduo em ter um funcionamento normal (Lin et al., 2014), sentindo uma vontade incontrolável de o utilizar (Anggraini et al., 2021). Esta dependência está associada a sintomas de intolerância, necessidade compulsiva de manter o dispositivo por perto (Dias et al., 2019), fazer um uso frequente e excessivo e agitação (Ratan et al., 2021). Este uso excessivo contribui para o surgimento da nomofobia (Finotti et al., 2019), que consiste no medo involuntário de não ter acesso ao *smartphone* ou de não conseguir comunicar pelo seu dispositivo móvel (Yildirim & Correia, 2015), estando associado a sintomas de desconforto, ansiedade (Yildirim & Correia, 2015) e o medo irracional (King et al., 2014). A saúde mental, que se refere ao bem-estar emocional, social e psicológico e à capacidade do indivíduo de conseguir equilibrar os seus desejos e aspirações, pode ser afetada pela adição à internet, dependência do *smartphone* e pela nomofobia (Raina & Bhatt, 2021), apresentando a sintomatologia depressiva e a sintomatologia ansiógena como as mais comuns (Ferreira et al., 2018).

Nesta sequência, este estudo surge com o intuito de aprofundar o temas das novas tecnologias, em Portugal. Apesar de já se verificar a existência de algumas pesquisas, é necessário investigar outras variáveis e diferentes faixas etárias, principalmente as mais jovens que, com as rápidas mudanças do mundo, se apresentam como mais vulneráveis.

Nesta linha, pretende-se observar o uso das novas tecnologias e analisar a adição à internet, a dependência do *smartphone*, a nomofobia e a saúde mental dos seus utilizadores. Definem-se, assim, os seguintes objetivos: (1) avaliar os níveis globais das variáveis em estudo, (2) comparar as variáveis do estudo em função das variáveis sociodemográficas, (3) avaliar o grau de associação entre as variáveis de adição à internet, dependência do *smartphone*, nomofobia e saúde mental e (4) determinar o efeito preditivo das variáveis sociodemográficas, do comportamento online, da adição à internet e da dependência do *smartphone* sobre a saúde mental.

De acordo com a revisão da literatura formulam-se as seguintes hipóteses:

H1 – Indivíduos mais novos apresentam níveis mais elevados de nomofobia do que indivíduos mais velhos;

H2 – As mulheres apresentam mais dependência do *smartphone* do que os homens;

H3 – Os homens apresentam mais adição à internet do que as mulheres;

H4 – As mulheres apresentam mais sintomatologia depressiva do que os homens;

H5 – Os homens apresentam mais sintomatologia ansiógena do que as mulheres;

H6 – Indivíduos menos escolarizados apresentam mais adição à internet do que os mais escolarizados;

H7 – Existe uma associação positiva entre dependência do *smartphone* e nomofobia;

H8 – A adição à internet e dependência do *smartphone* são preditores da sintomatologia depressiva e ansiógena.

2. Método

2.1. Participantes

A amostra foi obtida por conveniência e constituída por 305 sujeitos portugueses (N=305). Dos participantes, 75.3% eram mulheres e 24.7% eram homens, com idades compreendidas entre os 18 e os 85 anos, com uma média de idade de 30.82 (*DP*=14.44). Os participantes vinculados correspondiam a 45.5% e os não vinculados a 54.4%. 32.9% tinham o ensino obrigatório e 67.1% tinham o ensino superior. Relativamente aos comportamentos online, 33.4% dos participantes tiveram acesso à internet até terem 10 anos, 53.1% tiveram acesso entre os 11 e os 20 anos, 11.5% tiveram acesso entre os 21 e os 40 anos e 2.0% tiveram acesso a partir dos 41 anos. Em relação à média de horas que passavam online, 54.2% utilizava a internet mais de 4 horas por dia durante a semana e 57.4% aos fins de semana. Em relação à utilização do *smartphone*, 27.9% utilizava o *smartphone* até 2 horas por dia, 61.7% entre 2 a 6 horas e 10.5% mais de 6 horas por dia.

2.2.Instrumentos

De acordo com as variáveis em estudo, na recolha de informação foi utilizado um questionário sociodemográfico e relativo ao comportamento online e 4 instrumentos: (1) *Internet Addiction Test* (IAT) (Young, 1998; Pontes et al., 2014), que avalia o grau de adição à internet (AI), classificando o seu envolvimento e o comportamento aditivo (nível baixo, moderado ou severo). O ponto de corte para o diagnóstico da AI ainda não foi clinicamente validado, contudo, sugeriu-se: 0-30 pontos (intervalo normal), 31-49 pontos

(adição à internet ligeira), 50-79 pontos (Adição à internet moderada) e 80-100 pontos (adição à internet grave). Para obter a pontuação total, somam-se os valores, verificando-se que quanto maior a pontuação, maior o nível de adição à internet. Na sua versão original foi obtida uma consistência interna de .90 (Pontes et al., 2014), (2) *Smartphone Addiction Scale – Short Version* (SAS-SV) (Kwon et al., 2013; Água et al., 2017), que avalia o nível de dependência do *smartphone* através da autorresposta. A pontuação obtida indica que quanto mais elevada for a pontuação, maior é o nível de autoconsciência do utilizar em relação à dependência do *smartphone*. A consistência interna obtida foi de .91 (Kwon et al., 2013), (3) *Nomophobia Questionnaire* (NMP-Q-PT) (Yildrim & Correira, 2015; Galhardo et al., 2020), que consiste numa escala de autorresposta, que avalia o grau de medo ou ansiedade de estar sem *smartphone*, avaliando as seguintes dimensões: (1) "incapacidade de comunicar", (2) "perder a conectividade", (3) "não conseguir aceder a informação" e (4) "desistir da convivência". A pontuação da escala é entre 20 a 140 pontos e verifica-se que pontuações mais elevadas indicam sintomas de nomofobia severos. A consistência interna obtida foi de .95 (Galhardo et al., 2020) e (4) *10-item Kessler Psychological Distress Scale (K-10) (*Kessler et al., 2003; Pereira et al., 2019), que consiste numa escala breve de autorresposta para avaliar o *distress* psicológico envolvendo sintomas psicológicos não especificados associados à ansiedade e depressão. A pontuação total da escala é entre 10 a 50 pontos e Andrews & Slade (2001) sugeriram a seguinte forma de cotação: 10 a 15 pontos (*distress* baixo), 16 a 21 pontos (*distress* moderado), 22 a 29 pontos (*distress* elevado) e 30 a 50 pontos (*distress* muito elevado). Valores mais elevados indicam níveis elevados de *distress* e indivíduos que pontuem acima de 22 pontos apresentam risco de perturbação mental. O valor de *alpha* obtido foi de .91 (Pereira et al., 2019).

2.3.Procedimentos

Após a emissão do parecer da Comissão de Ética da UBI (Processo n.º CE-UBI-Pj-2025--007-ID7059), procedeu-se à disseminação online do protocolo, elaborado no *Google Forms*, de 13 de março a 2 de abril de 2025. O protocolo foi dirigido a indivíduos com mais de 18 anos, utilizadores da internet e que possuíam um *smartphone*. Os princípios éticos foram respeitados, destacando-se o consentimento informado, a confidencialidade, o anonimato e o princípio do voluntariado.

2.4.Análise Estatística/Dados

As análises estatísticas foram realizadas através do programa estatístico *IBM SPSS Statistics* para *Windows* versão 30. O seguinte estudo é de natureza quantitativa, descritiva, correlacional e transversal, de forma a descrever e verificar como é que as variáveis se relacionam e, para isso, foram realizados os seguintes testes e análises: análise descritiva (média, desvio padrão e frequências), análise inferencial (teste *t* e ANOVA), análise de correlação (através da correlação de *Pearson*) e a análise preditiva (através da análise linear de regressão).

Na análise dos resultados, foram constituídos 4 grupos em função da idade: dos 18 aos 19 (adolescência), dos 20 aos 40 (adultez inicial) dos 41 aos 65 (adultez intermédia) e mais de 66 (adultez tardia), de acordo com a taxonomia proposta por Papalia e Feldman (2013). Em função do estado civil criaram-se dois grupos: vinculados e não vinculados, assim como para as habilitações literárias: ensino obrigatório (até 12º ano de escolaridade) e ensino superior. Foram também categorizadas as variáveis "A partir de que idade teve acesso à internet?", "Há quanto tempo utiliza as redes sociais?", "Há quanto tempo possui o seu telemóvel/*smartphone*?" e "Em média, quantas horas por dia utiliza o seu telemóvel/*smartphone* de forma ativa?".

3. Resultados

Pontuações médias das variáveis

Neste estudo, de acordo com os resultados médios, observou-se ausência de adição à internet (*M*=34.34; *DP*=12.38), dependência do *smartphone* (*M*=22.61; *DP*=9.59) e nomofobia (*M*=61.18; *DP*=25.15) e presença de *distress* psicológico (*M*=26.89; *DP*=7.66). No entanto, através dos pontos de corte de cada instrumento, identificados pelos autores, verificou-se que 60.9% evidenciou adição à internet e 92.5% revelou *distress* psicológico, sendo que, destes, 37.7% apresentou um *distress* psicológico muito elevado.

Sensibilidade dos instrumentos

Relativamente aos valores do *alpha* obtidos no presente estudo, verificou-se uma consistência interna excelente para a adição à internet (α=.91), a nomofobia (α=0.89), o *distress* psicológico (α=.92) e as dimensões da nomofobia "Não conseguir aceder a informação" (α=.90) e "Incapacidade de comunicar" (α=.96), e uma consistência interna

muito boa para a dependência do *smartphone* (α=.89), as dimensões da nomofobia "Desistir da convivência" (α=.87) e "Perder a conectividade" (α=.83) e as dimensões do *distress* psicológico "Sintomatologia depressiva" (α=.89) e "Sintomatologia ansiógena" (α=.85).

Resultados da comparação das variáveis em função da idade

Na Tabela 1 estão representadas as variáveis em função da idade, apresentando diferenças estatisticamente significativas. Verificou-se que o grupo etário "Adolescência" pontuou mais, quando comparado com os outros grupos. Esta análise permite confirmar a H1 "Indivíduos mais novos apresentam níveis mais elevados de nomofobia do que indivíduos mais velhos".

Tabela 1
Comparação das variáveis em função da idade

	Adolescência		Adultez Inicial		Adultez Intermédia		Adultez Tardia		*F (df)*	*p*
	M	*DP*	*M*	*DP*	*M*	*DP*	*M*	*DP*		
Adição à internet	42.57	12.53	35.83	11.26	25.27	8.83	21.14	12.74	26.525 (3;301)	<.001
Dependência do *smartphone*	27.39	10.04	23.54	9.41	16.91	6.93	16.54	7.24	13.962 (3;301)	<.001
Nomofobia	75.53	25.43	61.74	24.09	50.55	23.04	48.41	25.31	9.858 (3;301)	<.001
Distress psicológico	30.03	7.47	26.98	7.29	24.76	7.93	23.50	9.93	4.717 (3;301)	.003
Não conseguir aceder a informação	14.98	5.95	12.97	6.05	10.59	5.57	8.63	6.04	6.041 (3;301)	<.001
Desistir da convivência	17.39	7.33	13.94	6.98	10.95	5.88	10.63	5.78	8.185 (3;301)	<.001
Incapacidade de comunicar	29.73	9.54	24.07	10.84	19.42	10.51	19.16	10.99	8.541 (3;301)	<.001
Perder a conectividade	13.44	6.51	10.76	5.29	9.59	4.71	10.0	5.95	4.539 (3;301)	.004
Sintomatologia depressiva	17.78	4.66	16.03	5.00	14.50	5.04	14.0	6.04	4.090 (3;301)	.007
Sintomatologia ansiógena	12.25	3.29	10.95	3.02	10.26	3.12	9.50	4.17	4.107 (3;301)	.007

Adolescência = N44; Adultez Inicial = N193; Adultez Intermédia = N60; Adultez Tardia = N8

Resultados da comparação das variáveis em função do género

Através da análise da Tabela 2, observam-se diferenças estatisticamente significativas entre o género feminino e masculino nas variáveis "Nomofobia" t (2.433) = 302; p = .016, no "*Distress* psicológico" t (2.598) = 302; p = .010, no "Desistir da convivência" t (2.624) = 302; p = .009, na "Incapacidade de comunicar" t (3.910) = 302; p<.001 e na "Sintomatologia ansiógena" t (3.459) = 302; p<.001. As mulheres apresentaram pontuações mais elevadas, exceto para "Perder a conectividade". Deste modo, a H2 "As mulheres apresentam mais dependência do *smartphone* do que os homens" não se confirma, e também se rejeitam a H3 "Os homens apresentam mais adição à internet do que as mulheres", a H4 "As mulheres apresentam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva do que os homens" e a H5 "Os homens apresentam mais sintomatologia ansiógena do que as mulheres".

Tabela 2
Comparação das variáveis em função do género

	Feminino		Masculino		*t (df)*	*p*
	M	*DP*	*M*	*DP*		
Adição à internet	34.32	12.76	34.12	11.07	.121 (302)	.904
Dependência do *smartphone*	22.73	9.38	22.23	10.30	.390 (302)	.697
Nomofobia	63.11	25.25	55.03	24.05	2.433 (302)	.016
Distress psicológico	27.54	7.84	24.91	6.80	2.598 (302)	.010
Não conseguir aceder a informação	12.71	6.17	12.44	5.80	.333 (302)	.740
Desistir da convivência	14.32	7.12	11.89	6.42	2.624 (302)	.009
Incapacidade de comunicar	25.23	10.80	19.63	10.60	3.910 (302)	<.001
Perder a conectividade	10.85	5.42	11.06	5.75	-.287 (302)	.774
Sintomatologia depressiva	16.22	5.21	15.02	4.53	1.774 (302)	.077
Sintomatologia ansiógena	11.32	3.20	9.88	2.83	3.459 (302)	<.001

Resultados da comparação das variáveis em função das habilitações literárias

Conforme se pode observar na Tabela 3, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as médias em função das habilitações literárias. Assim, a H6 "Indivíduos menos escolarizados apresentam mais adição à internet do que os mais escolarizados" é rejeitada.

Tabela 3
Comparação das variáveis em função das habilitações literárias

	Ensino obrigatório		Ensino superior		*t (df)*	*p*
	M	*DP*	*M*	*DP*		
Adição à internet	34.29	13.45	34.37	11.88	-.054 (302)	.957
Dependência do *smartphone*	22.74	9.75	22.56	9.55	.156 (302)	.876
Nomofobia	61.58	25.79	61.11	24.89	.154 (302)	.878
Distress psicológico	27.49	7.84	26.56	7.55	.999 (302)	.318
Não conseguir aceder a informação	12.72	6.28	12.68	6.01	.049 (302)	.961
Desistir da convivência	13.59	6.93	13.88	7.11	-.342 (302)	.733
Incapacidade de comunicar	23.92	11.25	23.85	10.89	.057 (302)	.955
Perder a conectividade	11.35	5.69	10.69	5.39	.975 (302)	.330
Sintomatologia depressiva	16.53	5.04	15.60	5.05	1.494 (302)	.136
Sintomatologia ansiógena	10.97	3.27	10.95	3.12	.034 (302)	.973

Resultados da comparação das variáveis em função do comportamento online

Em relação ao comportamento online, verificou-se que, quem utiliza as redes sociais há menos tempo, pontuou mais elevado, apresentando diferenças estatisticamente significativas na escala "Adição à internet" [F (2;302) = 7.853; p<.001], na "Dependência do *smartphone*" [F (2;302) = 6.082; p = .003] e na "Nomofobia" [F (2;302) = 4.516; p = .012]. Verificou-se, também, que quem utiliza o *smartphone* por mais horas diárias pontuou mais elevado quando comparado com os outros grupos, exceto nas variáveis "Nomofobia" (M = 67.93; DP = 26.26), "Incapacidade de comunicar" (M = 26.82; DP =

10.84) e "Sintomatologia ansiógena" (M = 11.43; DP = 3.09). Foi possível observar diferenças estatisticamente significativas nas variáveis "Adição à internet" [F (3;301) = 12.147; p<.001], "Dependência do *smartphone*" [F (3:301) = 12.454; p<.001], "Nomofobia" [F (3;301) = 5.344; p = .001], "Não conseguir aceder a informação" [F (3;301) = 4.972; p = .002], "Desistir da convivência" [F (3;301) = 3.799; p = .011", "Incapacidade de comunicar" [F (3;301) = 3.350; p = .019] e "Perder a conectividade" [F (3;301) = 6.924; p<.001].

Associação entre adição à internet, dependência do smartphone, nomofobia e saúde mental, e dimensões

Na Tabela 4, verificou-se que a relação entre a dependência do *smartphone* e nomofobia é significativa, positiva e moderada (r = .670**; p<.001), confirmando-se a H7 "Existe uma associação positiva entre dependência do *smartphone* e nomofobia". A relação entre adição à internet e dependência do *smartphone* é significativa, positiva e forte (r = .725**; p<.001), a relação entre a adição à internet e nomofobia é significativa, positiva e moderada (r = .557**; p<.001) e a relação entre o *distress* psicológico e a adição à internet, a dependência do *smartphone* e a nomofobia é significativa, positiva e fraca. A sintomatologia ansiógena e a sintomatologia depressiva têm uma relação significativa, positiva e fraca com todas as variáveis ligadas ao online.

Tabela 4
Correlações entre as variáveis em estudo

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 Adição à internet	1									
2 Dependência do *smartphone*	.725**	1								
3 Nomofobia	.557**	.670**	1							
4 *Distress* psicológico	.324**	.365**	.325**	1						
5 Não conseguir aceder a informação	.539**	.570**	.803**	.258**	1					
6 Desistir da convivência	.551**	.663**	.907**	.313**	.694**	1				
7 Incapacidade de comunicar	.368**	.467**	.875**	.282**	.535**	.710**	1			
8 Perder a conectividade	.509**	.658**	.774**	.235**	.605**	.680**	.501**	1		

9 Sintomatologia depressiva	.325**	,367**	.282**	.958**	.239**	.280**	.227**	.214**	1	
10 Sintomatologia ansiógena	.264**	.296**	.335**	.887**	.243**	.310**	.320**	.226**	.716**	1

** p<.01

Poder preditivo da adição à internet, dependência do smartphone, nomofobia e saúde mental e variáveis sociodemográficas

A Tabela 5, relativa à sintomatologia depressiva, indica que o Modelo III, com as variáveis sociodemográficas, os comportamentos online, a adição à internet e a dependência ao *smartphone*, explicou 16.2% da variância da sintomatologia depressiva. A dependência do *smartphone* revela-se o preditor mais forte da sintomatologia depressiva (β = .280; p <.001), com um efeito positivo, fraco a moderado, e estatisticamente significativo.

Tabela 5

Modelo de Regressão Linear - Preditores da sintomatologia depressiva

	Modelo I			Modelo II			Modelo III		
	S	*SE B*	*β*	*S*	*SE B*	*β*	*S*	*SE B*	*β*
Idade	-.053	.020	-.152	-.030	.034	-.087	-.001	.032	-.002
Género	-1.131	.665	-.097	-1.028	.676	-.088	-1.077	.636	-.092
Habilitações literárias	-.828	.612	-.077	-.761	.617	-.071	-.908	.582	-.084
Idade de acesso à internet				.005	.572	.001	-236	.540	.033
Utiliza as redes sociais				-.391	.584	-.044	-.224	.550	-.025
Possui o seu *smartphone*				-.396	.512	-.052	-.131	.484	-.017
Horas por dia que utiliza o *smartphone* de forma ativa				.311	.314	.060	-.181	.305	-.035
Adição à internet							.054	.034	.133
Dependência do *smartphone*							.148	.042	.280
R^2	.040			.047			.162		
F para a mudança no R^2	4.182			2.079			6.279		
p	.006			.046			<.001		

Nota. Variável Dependente: Sintomatologia depressiva

A Tabela 6, relativa à sintomatologia ansiógena, indica que o Modelo III, com as variáveis sociodemográficas, os comportamentos online, a adição à internet e a dependência do *smartphone* explicou 13.8% da variância da sintomatologia ansiógena.

A dependência do *smartphone* revela-se o preditor mais forte da sintomatologia ansiógena *(β* = .225; *p*<.001), com um efeito positivo, fraco, e estatisticamente significativo. De acordo com os resultados obtidos, confirma-se a H8 "A adição à internet e a dependência do *smartphone* são preditores da sintomatologia depressiva e ansiógena".

Tabela 6
Modelo de Regressão Linear - Preditores da sintomatologia ansiógena

	Modelo I			Modelo II			Modelo III		
	S	*SE B*	*β*	*S*	*SE B*	*β*	*S*	*SE B*	*β*
Idade	-.034	.012	-.155	-.046	.021	-.210	-.031	.021	-.144
Género	-1.390	.411	-.189	-1.328	.419	-.181	-1.352	.404	-.184
Habilitações literárias	.022	.379	.003	.025	.382	.004	-.047	-.369	-.007
Idade de acesso à internet				.383	.355	.085	.498	.343	.111
Utiliza as redes sociais				.033	.362	.006	.116	.349	.021
Possui o seu *smartphone*				.024	.317	.005	.155	.307	.033
Horas por dia que utiliza o *smartphone* de forma ativa				.101	.194	.031	-.142	.194	-.044
Adição à internet							.026	.022	.100
Dependência do *smartphone*							.074	.026	.225
R^2	.062			.066			.138		
F para a mudança no R^2	6.551			2.994			5.205		
p	<.001			<.005			<.001		

Nota. Variável dependente: Sintomatologia ansiógena

4. Discussão

Nesta investigação observa-se presença de adição à internet, considerando os pontos de corte sugeridos por Young (1998), ausência de dependência do *smartphone* e de nomofobia e presença de níveis de *distress* psicológicos elevados (sintomatologia depressiva e sintomatologia ansiógena), o que é coincidente com os indicadores do estado da saúde mental no mundo (Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, 2025).

Os resultados obtidos evidenciam que são os mais novos que tiveram acesso à internet mais cedo, que utilizam as redes sociais há menos tempo, que possuem *smartphone* há menos tempo e que utilizam o *smartphone* por mais horas diárias. Nesta linha, De Sola et al. (2016) afirmam que os indivíduos que tiveram acesso ao *smartphone* mais cedo apresentam uma dependência do mesmo, sendo estes os participantes que pontuam mais elevado na dependência do *smartphone*, na adição à internet e na nomofobia. Neste sentido, a Hipótese 1 "Indivíduos mais novos apresentam níveis mais elevados de nomofobia do que indivíduos mais velhos" é confirmada. A nomofobia é mais usual entre jovens e adolescentes (Anshari et al., 2019), encontrando-se associada a outras adições também decorrentes do uso de tecnologias (Kim, 2013). Isto pode dever-se ao facto de ser necessária a sua utilização de uma forma continuada ao longo do seu processo de aprendizagem e, por outro lado, verem as tecnologias como um elemento facilitador na partilha de interesses dos jovens, tal como para desenvolver a sua identidade, uma vez que se encontram numa fase desenvolvimental (Borca et al., 2015).

A Hipótese 2, "As mulheres apresentam mais dependência do *smartphone* do que os homens", não pode ser confirmada ou infirmada, dado que nesta amostra não se observa dependência do *smartphone*. De acordo com vários estudos, o género feminino apresenta níveis mais elevados de dependência do *smartphone* do que o masculino (Cimadevilla et al., 2019), e utiliza-o mais, uma vez que o seu objetivo é a comunicação e a interação social. Pelo contrário, o género masculino privilegia mais a internet uma vez que o seu objetivo é aceder a jogos online (Bianchi & Phillips, 2005), o que explica níveis mais elevados de adição à internet (Ferreira et al., 2018).

A Hipótese 3, "Os homens apresentam mais adição à internet do que as mulheres", é rejeitada, uma vez que as mulheres obtêm uma pontuação ligeiramente mais elevada para a adição à internet, apesar de as diferenças entre as médias não serem estatisticamente significativas. Relativamente ao uso da internet, estudos sugerem que as mulheres a utilizam sobretudo para comunicarem, enquanto os homens, apresentando mais adição à internet, usam-na sobretudo para lazer, numa busca por diversão e por ocupar os tempos livres (Pereira et al., 2021).

No que se refere aos níveis de *distress* desta amostra, em função do género, verifica-se que são as mulheres que evidenciam mais *distress* psicológico do que os homens, com diferenças estatisticamente significativas entre os valores médios. Não se observam

diferenças estatisticamente significativas entre géneros em relação à sintomatologia depressiva, pelo que não se confirma a Hipótese 4, "As mulheres apresentam mais sintomatologia depressiva do que os homens", e rejeita-se a Hipótese 5, "Os homens apresentam mais sintomatologia ansiógena do que as mulheres". Outros estudos sugerem que o género masculino apresenta níveis mais elevados de ansiedade e perda de controlo comportamental, enquanto o género feminino apresenta níveis mais elevados de depressão e insatisfação com a vida (Raina & Bhatt, 2021), o que não se confirma neste estudo. Estas evidências podem dever-se aos papéis que são impostos pela sociedade, onde as mulheres são encorajadas a mostrar os seus sentimentos e a optar por estratégias mais emocionais e os homens são encorajados a agir com agressividade e a esconder os seus sentimentos (Raina & Bhatt, 2021).

A Hipótese 6 "Indivíduos menos escolarizados apresentam mais adição à internet do que os mais escolarizados" é rejeitada, verificando-se que são os participantes com o ensino superior que pontuam mais alto. Este resultado não corrobora os de Tumeleiro et al. (2018), que observam que indivíduos com menor nível de escolaridade apresentam mais adição à internet, por não estarem tão a par dos riscos associados ao seu uso. No entanto, na atual pesquisa, o facto dos participantes com nível de escolaridade mais elevado apresentarem valores médios mais altos, pode sugerir que não só utilizam outros dispositivos para aceder à internet, como utilizam estratégias de autorregulação na utilização do online. Para além disso, pode sugerir que ambos os grupos se encontrem informados sobre os riscos de um uso excessivo das tecnologias.

A Hipótese 7 "Existe uma associação positiva entre dependência do *smartphone* e nomofobia" é confirmada. Estes resultados sustentam os de Galhardo et al. (2020) que afirmam que quanto mais se utiliza o *smartphone*, maior é o nível de nomofobia, permitindo reforçar evidências de outros estudos que sugerem implicações da associação entre estas duas variáveis: os sintomas e comportamentos dos indivíduos com nomofobia surgem pelo facto dos utilizadores não estarem em contacto com o *smartphone* e não fazerem uma utilização frequente e prolongada do dispositivo. Para além disso, verifica-se que apresentam problemas de concentração nas suas tarefas da vida diária e, durante a noite, apresentam uma baixa qualidade de sono uma vez que estão constantemente a verificar o dispositivo (Rosen et al., 2016). A relação entre adição à internet e dependência do *smartphone* é significativa, positiva e forte, corroborando os resultados de Raina &

Bhatt (2021). Verifica-se uma relação entre a adição à internet e nomofobia significativa, positiva e moderada, resultados que são consistentes com a literatura As adições e dependências trazem problemas físicos aos seus utilizadores, mas também problemas ao nível da saúde mental, como a sintomatologia psicopatológica, principalmente a depressão e a ansiedade (Ferreira et al., 2018). Se por si só, cada uma destas adições tem implicações negativas para o indivíduo, a associação entre as variáveis poderá não apenas potenciar essas dificuldade, como aumentar os fatores de risco para o seu surgimento. A relação entre o *distress* psicológico e a adição à internet, dependência do *smartphone* e nomofobia, é significativa, positiva e fraca. Estes resultados confirmam os de outros estudos, que mostram uma relação significativa entre adição à internet, dependência do *smartphone* e nomofobia com a sintomatologia depressiva e sintomatologia ansiógena (Akin & Iskender, 2011) e entre nomofobia e a ansiedade (Rodríguez-Garcia et al., 2020). Estas relações positivas e significativas podem ser explicadas pelos danos causados pela utilização em excesso da internet e do *smartphone*, uma vez que pode conduzir a problemas sociais, solidão, um desempenho académico baixo (Malinauskas & Malinauskiene, 2019) e também a uma reduzida qualidade de sono, aumentando a sintomatologia depressiva e ansiógena.

Nesta investigação, observa-se que a adição à internet e a dependência do *smartphone*, em conjunto com as variáveis sociodemográficas e as variáveis do comportamento online, são preditores significativos da sintomatologia depressiva e ansiógena, confirmando-se a Hipótese 8 "A adição à internet e a dependência do *smartphone* são preditores da sintomatologia depressiva e ansiógena". Choi et al. (2015) e Jin et al. (2020) referem que a adição à internet e a dependência do *smartphone* estão associados a estados psicológicos negativos como a sintomatologia depressiva e a sintomatologia ansiógena. Esta relação pode dever-se ao facto de que os utilizadores que passam um tempo excessivo na internet e no *smartphone* fazem-no para poderem expressar e externalizar os seus problemas ou para reduzir o humor negativo (Choi et al., 2015).

Ao longo da investigação, foram identificadas algumas limitações que podem ser colmatadas em estudos futuros. A primeira limitação deveu-se ao tamanho e heterogeneidade da amostra, uma vez que os participantes são maioritariamente do género feminino, estudantes do ensino superior e com idades jovens. Assim, sugere-se estender-se a amostra, de forma a obter resultados mais homogéneos. Outra limitação consistiu na

recolha de dados via online, uma vez que pode ter chegado a mais indivíduos que estão mais familiarizados com as tecnologias. Outro fator diz respeito à extensão do protocolo (composto por um conjunto alargado de variáveis relativas ao comportamento online e instrumentos), o que pode ter conduzido à frustração dos participantes durante a sua realização e a uma resposta pouco ponderada. Deste modo, estudos futuros podem resolver estas limitações fazendo uma nova organização do protocolo e aprofundar outras variáveis, como a situação profissional dos participantes, uma vez que o *homeworking* é cada vez mais implementado, mas pode apresentar consequências ao nível da solidão e *distress* psicológico.

Neste estudo, verifica-se uma amostra com adição à internet, sem dependência do *smartphone* e/ou nomofobia e com *distress* psicológico elevado. Os resultados evidenciam que indivíduos mais novos, quem teve acesso à internet, redes sociais e/ou *smartphone* mais cedo, quem faz uma utilização excessiva do *smartphone* durante o dia, género feminino e quem possui só o ensino obrigatório apresentam mais adição à internet, dependência do *smartphone*, nomofobia e *distress* psicológico. Assim, pode justificar-se o reforço de medidas preventivas tanto a nível escolar como laboral. Ao nível escolar, algumas medidas já foram implementadas em alguns países da Europa, como a proibição dos *smartphones* nas escolas e o barramento das redes sociais (Chrisafis, 2025). Em Portugal, as escolas têm autonomia para decidir as regras em relação ao uso dos *smartphones* (República Portuguesa, 2024). Estas proibições têm como objetivo o combate ao *cyberbullying*, promover as interações sociais e o exercício físico e também melhorar a concentração dos alunos, promovendo a saúde mental. Para além disso, a criação e implementação de programas de prevenção e intervenção sobre os riscos das novas tecnologias tanto com os alunos, mas também com os pais, educando à utilização correta destas ferramentas. Ao nível laboral, as tecnologias permitem a modalidade de trabalho remoto (*homeworking*), promovendo o aumento da produtividade e satisfação e a redução de custos da empresa e dos trabalhadores. No entanto, traz consequências que prejudicam o indivíduo tanto a nível pessoal como social, surgindo a necessidade de implementar medidas que visem a manutenção do vínculo do trabalhador com a organização (Rocha & Amador, 2018), o combate à solidão e sedentarismo e a definição de políticas onde a exigência do teletrabalho não exceda as exigências impostas presencialmente.

5. Referências bibliográficas

Água, J., Patrão, I., & Leal, I. (2017). *SAS-SV: Estudo da validação da escala de dependência do smartphone numa amostra da população portuguesa*, 100–111.. In *Atas do II Congresso Ibérico de Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: ISPA – Instituto Universitário.

Aguilera-Manrique, G., Márquez-Hernández, V. V., Alcaraz-Córdoba, T., Granados-Gámez, G., Gutiérrez-Puertas, V., & Gutiérrez-Puertas, L. (2018). The relationship between nomophobia and the distraction associated with smartphone use among nursing students in their clinical practicum. *PLOS ONE*, *13*(8). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202953

Akin, A., & Iskender, M. (2011). Internet addiction and depression, anxiety and stress. *International online journal of educational sciences*, *3*(1), 138–148.

Anggraini, D., Nuryanto, M. K., & Nugrahayu, E. Y. (2021). Hubungan antara internet addiction dengan depresi pada siswa SMA Negeri 3 Samarinda pengguna smartphone: Relationship between internet addiction and depression in SMA Negeri 3 Samarinda students smartphone users. *Jurnal Sains Dan Kesehatan*, *3*(4), 506–511. https://doi.org/10.25026/jsk.v3i4.439

Anshari, M., Alas, Y., & Sulaiman, E. (2019). Smartphone addictions and nomophobia among youth. *Vulnerable Children and Youth Studies*, *14*(3), 242–247. https://doi.org/10.1080/17450128.2019.1614709

Bianchi, A., & Phillips, J. G. (2005). Psychological predictors of problem mobile phone use. *Cyberpsychology & behavior*, *8*(1), 39–51. https://doi.org/10.1089/cpb.2005.8.39

Borca, G., Bina, M., Keller, P. S., Gilbert, L. R., & Begotti, T. (2015). Internet use and developmental tasks: Adolescents' point of view. *Computers in Human Behavior*, *52*, 49–58. https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.05.029

Bragazzi, N. L., & Puente, G. D. (2014). A proposal for including nomophobia in the new DSM-V. *Psychology Research and Behavior Management, 7,* 155–160. https://doi.org/10.2147/PRBM. S41386

Cho, H. Y., Kim, D. J., & Park, J. W. (2017). Stress and adult smartphone addiction: Mediation by self-control, neuroticism, and extraversion. *Stress and Health*, *33*(5), 624–630. https://doi.org/10.1002/smi.2749

Choi, S. W., Kim, D. J., Choi, J. S., Ahn, H., Choi, E. J., Song, W. Y., Kim, S., & Youn, H. (2015). Comparison of risk and protective factors associated with smartphone addiction and Internet addiction. *Journal of behavioral addictions*, *4*(4), 308–314. https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.043

Chrisafis, A. (2025). *France to tighten mobile phone ban in middle schools*. The Guardian. Acedido em [20/06/2025]. https://www.theguardian.com/world/2025/apr/10/france-mobile-phone-ban-middle-schools

Cimadevilla, R., Jenaro, C., & Flores, N. (2019). Impacto del abuso de internet y del móvil en la salud psicológica en una muestra española de estudantes de secundaria. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *28*(4), 339–347. 10.24205/03276716.2019.1133

De-Sola, J. G., Fonseca, F. R., & Rubio, G. (2016). Cell-phone addiction: A review. *Frontiers in psychiatry*, *7*(175). https://doi.org/10.3389/fpsyt.2016.00175

Dias, P., Gonçalves, S., Cadime, I., & Chóliz, M. (2019). Adaptação do teste de dependência do telemóvel para adolescentes e jovens portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças, 20*(3), 569–580. http://doi.org/10.15309/19psd200302

Durak, H. Y. (2018). Investigation of nomophobia and smartphone addiction predictors among adolescents in Turkey: Demographic variables and academic performance. *The Social Science Journal, 56*(4), 492–517. http://doi.org/10.1016/j. soscij.2018.09.003

Ferreira, L. A., Relva, I. C., & Fernandes, O. M. (2018). Adição à Internet: Relação com a sintomatologia psicopatológica. *PsychTech & Health Journal, 1*(2), 24–37. https://doi.org/10.26580/PTHJ.art7.2018

Finotti, M. B., Barros, J. M. M., Toledo, A. L. S., Farias, F. S., Ferreira, J. K. S., Mata, A. T. H., Dutra, I. M., Pravato, G. T., Berbert, L. M. B., & Rocha, A. A. (2019).

Correlação entre a dependência do smartphone na adolescência e alguns transtornos psiquiátricos – revisão de literatura. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, 25*(2), 128–134.

Galhardo, A., Loureiro, D., Raimundo, E., Massano-Cardoso, I., & Cunha, M. (2020). Assessing nomophobia: Validation study of the European Portuguese version of the Nomophobia Questionnaire. *Community Mental Health Journal*, *56*(8), 1521–1530. https://doi.org/10.1007/s10597-020-00600-z

Jin, Y. J., Suh, B., & Gweon, G. (2020). Is smartphone addiction different from Internet addiction? comparison of addiction-risk factors among adolescents. *Behaviour & Information Technology*, *39*(5), 578–593. https://doi.org/10.1080/0144929X.2019.1604805

Jun, W. (2017). An analysis work on correlation of internet addiction and school age groups. *Cluster Computing*, *20*(1), 879–882. https://doi.org/10.1007/s10586-016-0693-3

Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., Howes, M. J., Normand, S. L. T., Manderscheid, R. W., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of general psychiatry, 60*(2), 184–189. 10.1001/archpsyc.60.2.184

Kim, H. (2013). Exercise rehabilitation for smartphone addiction. *Journal of Exercise Rehabilitation, 9*(6), 500–505.

King, A. L. S., Valenca, A. M., Silva, A. C. O., Baczynski, T., Carvalho, M. R., & Nardi, A. E. (2013). Nomophobia: Dependency on virtual environments or social phobia?. *Computers in human behavior*, *29*(1), 140–144. https://doi.org/10.1016/j.chb.2012.07.025

King, A. L. S., Valença, A. M., Silva, A. C., Sancassiani, F., Machado, S., & Nardi, A. E. (2014). "Nomophobia": Impact of cell phone use interfering with symptoms and emotions of individuals with panic disorder compared with a control group. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 10*, 28–35. 10.2174/1745017901410010028

Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, C. C., Chen, S. H., Wu, K., & Yen, C. F. (2006). Tridimensional personality of adolescents with internet addiction and substance use experience. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *51*(14), 887–894. https://doi.org/10.1177/070674370605101404

Kwon, M., Kim, D. J., Cho, H., & Yang, S. (2013). The Smartphone Addiction Scale: Development and validation of a short version for adolescents. *PLOS ONE, 8(12), Article e83558. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0083558*

Lin, Y. H., Chang, L. R., Lee, Y. H., Tseng, H. W., Kuo, T. B. J., & Chen, S. H. (2014). Development and validation of the Smartphone Addiction Inventory (SPAI). *PLOS ONE*, *9*(6). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0098312

Malinauskas, R., & Malinauskiene, V. (2019). A meta-analysis of psychological interventions for Internet/smartphone addiction among adolescents. *Journal of behavioral addictions*, *8*(4), 613–624. https://doi.org/10.1556/2006.8.2019.72

Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano: O estudo do desenvolvimento humano – Teoria e pesquisa* (12ª ed.). McGraw-Hill.

Pereira, A., Oliveira, C. A., Bártolo, A., Monteiro, S., Vagos, P., & Jardim, J. (2019). Reliability and factor structure of the 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) among Portuguese adults. *Ciência & Saúde Coletiva, 24*(3), 729–736. https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.06322017

Pereira, H., Fehér, G., Tibold, A., Esgalhado, G., Costa, V., & Monteiro, S. (2021). The impact of internet addiction and job satisfaction on mental health symptoms among a sample of Portuguese workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(13). https://doi.org/10.3390/ijerph18136943

Pontes, H. M., Patrão, I. M., & Griffiths, M. D. (2014). Portuguese validation of the Internet Addiction Test: An empirical study. *Journal of Behavioral Addiction, 3*(2), 107–114. https://doi.org/10.1556/jba.3.2014.2.4

Raina, G., & Bhatt, S. (2021). Effect of internet addiction on mental health of adolescent boys and girls. *Indian Journal of Mental Health*, *8(2)*, 218–30. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1243619

Ratan, Z. A., Parrish, A. M., Zaman, S. B., Alotaibi, M. S., & Hosseinzadeh, H. (2021). Smartphone addiction and associated health outcomes in adult populations: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(22). https://doi.org/10.3390/ijerph182212257

República Portuguesa. (2024, 13 de setembro). *Recomendações às escolas sobre uso de smartphones*. Acedido em [20/06/2025]. https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v==BQAAAB%2BLCAAAAAAABAAzNDE2MgIA5VegJgUAAAA=

Rocha, C. T. M., & Amador, F. S. (2018). *O teletrabalho: Conceituação e questões para análise*. Cadernos Ebape.br, 16(1). https://doi.org/10.1590/1679-395154516

Rodríguez-García, A. M., Moreno-Guerrero, A. J., & Belmonte, J. L. (2020). Nomophobia: An individual's growing fear of being without a smartphone – a systematic literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(2). https://doi.org/10.3390/ijerph17020580

Rosen, L., Carrier, L. M., Miller, A., Rokkum, J., & Ruiz, A. (2016). Sleeping with technology: Cognitive, affective, and technology usage predictors of sleep problems among college students. *Sleep health*, *2*(1), 49–56. https://doi.org/10.1016/j.sleh.2015.11.003

Saraf, D., Gaikward, P., & Singh, J. (2024). The interplay of internet addiction and self-esteem: An in-depth exploration. *Indian Journal of Health and Well-being, 15*(2), 258–263. https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/2011503

SPPSM – Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental. (2025). *Perturbação mental em números*. Informemente. Acedido a [20/06/2025]. https://www.sppsm.org/informemente/perturbacao-mental-em-numeros/

Tumeleiro, L. F., Costa, A. B., Halmenschlager, G. D., Garlet, M., & Schmitt, J. (2018). Dependência de internet: Um estudo com jovens do último ano do ensino médio. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, *11*(2), 279–293. https://doi.org/10.36298/gerais2019110207•

World Bank Group. (2024). *Individuals using the Internet (% of population).* Acedido em [01/02/2025]. https://data.worldbank.org/indicator/IT.NET.USER.ZS

Yildirim, C., & Correia A. P. (2015). Exploring the dimensions of nomophobia: Development and validation of a self-reported questionnaire. *Computers in Human Behavior, 49*, 130- 137. https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.02.059

Young, K. S. (1998). Caught in the net: How to recognize the signs of internet addiction and a winning strategy for recovery. *John Wiley& Sons*

Entropia Espectral de Fontes EEG na Doença de Alzheimer: Localização com sLORETA e Classificação por Machine Learning

Carlos Aznárez Gómez [1,2], María Agudo Juan [4], David Wöbbeking [2,3], Daniel Cordeiro[1,2], Rubén Pérez-Elvira[1,2,3]

[1] Universidade Pontificia de Salamanca, Espanha
[2] Computational and Translational Neuroscience Lab, Espanha
[3] NEPSA rehabilitación Neurológica, Espanha
[4] INCYL, Instituto de Neurociencias de Castilla y León, Espanha

Autor Correspondente: Carlos Aznárez Gómez. **E-mail:** caznarezgo@upsa.es

Resumo

Introdução: A doença de Alzheimer ainda carece de marcadores neurofisiológicos não invasivos validados para uso clínico de rotina. O EEG em repouso é uma ferramenta acessível e de alta resolução temporal, mas a sua análise tradicional oferece informações limitadas sobre a origem anatómica das alterações. Através da localização de fontes com sLORETA, este trabalho analisa a classificação por meio de Machine Learning (ML) baseado na entropia espectral de doentes com DA e controlos saudáveis (CS) em todo o cérebro e avalia se as diferenças são suficientes para treinar modelos de machine learning de classificação binária supervisionada. **Método:** Utilizou-se dados de EEG em repouso

de 65 participantes (36 DA, 29 CS). O sLORETA exportou valores de amplitude espectral para 6.239 voxels e 108 ROIs em seis bandas de frequência. Para a classificação binária supervisionada, calculou-se um índice de entropia espectral inter-banda por ROI, treinando cinco modelos de ML com validação cruzada. **Resultados:** Os cinco classificadores treinados com base na entropia espectral inter-banda por ROI apresentaram desempenhos variáveis. O MLP foi o modelo mais equilibrado, obtendo a maior precisão no teste (accuracy = 76,5%; precisão = 77,8%; recall = 77,8%; F1 = 0,778). O Gradient Boosting alcançou o maior recall (88,9%), embora com menor precisão (66,7%). O Random Forest obteve a maior precisão média na validação cruzada (70,7% ± 8,6%), mas não generalizou bem no teste (58,8%), tal como o SVM (CV = 70,2%; teste = 47,1%), o que reflete a instabilidade esperada em amostras pequenas. **Discussão:** A amplitude espectral do EEG ao nível da fonte mostra diferenças significativas e anatomicamente específicas na DA, localizadas principalmente na rede por defeito. A agregação em ROIs aumentou a sensibilidade, revelando efeitos na alfa não detetáveis ao nível do voxel. A entropia espectral apoiou uma classificação exploratória acima do acaso. É necessária replicação em amostras maiores antes da sua aplicação clínica.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer; eletroencefalografia; sLORETA; entropia espectral; aprendizagem automática.

Abstract

Introduction: Alzheimer's disease still lacks validated non-invasive neurophysiological markers for routine clinical use. Resting-state EEG is an accessible tool with high temporal resolution, but its traditional analysis provides limited information about the anatomical origin of the alterations. Using source localization with sLORETA, this study analyses Machine Learning (ML) classification based on the spectral entropy of patients with AD and healthy controls (HC) across the whole brain and assesses whether the differences are sufficient to train supervised binary classification models. **Method:** Resting-state EEG data from 65 participants (36 AD, 29 HC) were used. sLORETA exported spectral amplitude values for 6,239 voxels and 108 ROIs across six frequency bands. For supervised binary classification, an inter-band spectral entropy index was computed per ROI, training five ML models with cross-validation. **Results:** The five classifiers trained on the inter-band spectral entropy per ROI showed variable

performance. The MLP was the most balanced model, achieving the highest test accuracy (accuracy = 76.5%; precision = 77.8%; recall = 77.8%; F1 = 0.778). Gradient Boosting reached the highest recall (88.9%), although with lower precision (66.7%). Random Forest obtained the highest mean cross-validation accuracy (70.7% ± 8.6%) but did not generalize well on the test set (58.8%), as was the case for the SVM (CV = 70.2%; test = 47.1%), reflecting the instability expected in small samples. **Discussion:** Source-level EEG spectral amplitude shows significant and anatomically specific differences in AD, located mainly in the default mode network. ROI aggregation increased sensitivity, revealing alpha-band effects not detectable at the voxel level. Spectral entropy supported an exploratory classification above chance. Replication in larger samples is needed before clinical application.

Key-Words: Alzheimer's disease; electroencephalography; sLORETA; spectral entropy; machine learning.

1. Introdução

A doença de Alzheimer (DA) é a causa mais frequente de demência, e o seu peso continua a aumentar. Estima-se em cerca de 55 milhões o número de pessoas afetadas em 2023, com projeções a apontar para 139 milhões em 2050 (World Health Organization, 2023). O diagnóstico continua essencialmente clínico, embora biomarcadores como PET ou LCR possam aumentar a especificidade em contextos especializados ou de investigação (McKhann et al., 2011). Nenhum é prático para rastreio.

O eletroencefalograma (EEG) em repouso oferece uma alternativa. Regista a atividade espontânea com resolução temporal de milissegundos, é acessível e custa uma fração do que custa a fMRI (Cassani et al., 2018). A assinatura da DA no EEG conhece-se há décadas: o *power* desloca-se para as frequências lentas, sobe em delta e theta e cai nas bandas rápidas, sobretudo no alfa posterior (Jeong, 2004). A par desse *slowing,* a atividade de fundo torna-se mais regular e menos complexa (Hornero et al., 2009; Abásolo et al., 2006). Há um problema, contudo. Cada elétrodo recolhe a soma de muitas fontes corticais, e a partir do escalpe custa dizer de onde vem cada alteração.

A localização de fontes responde a essa pergunta. Métodos como o sLORETA reconstroem a densidade de corrente cortical a partir do EEG de superfície e projetam-na para um espaço anatómico tridimensional (Pascual-Marqui, 2002; Pascual-Marqui et al.,

1994). Aplicada à DA, a abordagem aponta sempre para a mesma direção: as alterações concentram-se em regiões posteriores da *default mode network* (precúneo, cíngulo posterior, áreas parietais) justamente onde o hipometabolismo e a deposição de amiloide surgem mais cedo (Greicius et al., 2004; Buckner et al., 2005). Babiloni et al. (2016), combinando EEG e PET, mostraram que os ritmos de fonte em repouso acompanham esse hipometabolismo.

Sobre estas medidas tem-se aplicado, cada vez mais, machine learning. Trambaiolli et al. (2011) separaram doentes e controlos com SVM a partir de qEEG; Tzimourta et al. (2019) mostraram que índices de entropia do EEG acompanham o MMSE, com os melhores modelos em regiões posteriores; e revisões recentes confirmam o EEG como via não invasiva para o problema (Nair et al., 2023). O que falta, muitas vezes, é interpretabilidade. Um classificador que rende bem mas cujos pesos nada dizem sobre o cérebro pouco acrescenta à clínica.

Este trabalho parte daí. Sobre o dataset público de Miltiadous et al. (2023), localizámos as fontes do EEG em repouso com sLORETA e reduzimos o espectro de cada uma das 108 ROIs a um único número, a entropia espectral, que mede como o *power* se reparte entre bandas (Shannon, 1948). A ideia é dupla: caracterizar onde diferem doentes e controlos ao nível da fonte, e testar se essa entropia chega para treinar um classificador binário com sentido anatómico. Quatro hipóteses guiaram a análise:

- (H1) existem diferenças de amplitude espectral entre grupos;
- (H2) essas diferenças predominam em regiões posteriores;
- (H3) os efeitos máximos localizam-se na *default mode network* (cíngulo posterior, BA29/30);
- (H4) a classificação por machine learning é viável ao nível de ROI.

2. Métodos

2.1.Amostra e dados

Os dados provêm do conjunto público ds004504, descrito por Miltiadous et al. (2023) e distribuído em formato BIDS no OpenNeuro. Trabalhámos com 65 participantes: 36 com DA e 29 controlos saudáveis (CS). O grupo com DA tinha em média 66,4 anos (DP = 7,9) e um MMSE de 17,8 (DP = 4,5); os controlos, 67,9 anos (DP = 5,4) e um MMSE de 30,0 (DP = 0,0). A distribuição por sexo era desigual: 66,7% de mulheres na DA e

37,9% nos controlos. Os grupos diagnósticos foram tomados tal como disponibilizados no dataset público ds004504. A Tabela 1 resume estes dados.

Tabela 1
Características da amostra por grupo

Variável	DA	CS
n	36	29
Idade, M (DP)	66,4 (7,9)	67,9 (5,4)
MMSE, M (DP)	17,8 (4,5)	30 (0,0)
Sexo, mulheres/homens (n)	24/12	11/18
Sexo, mulheres (%)	66,7 %	37,9%

Nota. DA= doença de Alzheimer; CS= controlos saudáveis; MMSE= Mini-Mental State Examination; M=média; DP= desvio-padrão.

2.2. Aquisição e pré-processamento

O EEG foi registado em repouso, de olhos fechados, com um equipamento Nihon Kohden e 19 elétrodos colocados segundo o sistema 10-20. A frequência de amostragem foi de 500 Hz e cada registo durou cerca de 10 minutos. O pré-processamento, feito pelos autores do dataset, combinou *Artifact Subspace Reconstruction* (ASR), análise de componentes independentes (ICA) e re-referenciação à média dos elétrodos A1-A2 (Miltiadous et al., 2023). Estes procedimentos foram realizados no ecossistema EEGLAB/ICA, descrito por Delorme e Makeig (2004). Analisámos seis bandas: delta (1–4 Hz), theta (4–8 Hz), alfa (8–12 Hz), beta (15–20 Hz), beta-alta (20–30 Hz) e gama (38–42 Hz).

2.3.Localização de fontes com sLORETA

A passagem do escalpe ao córtex fez-se com sLORETA (Pascual-Marqui, 2002; Pascual-Marqui et al., 1994). A partir dos 19 elétrodos, o método resolve o problema inverso e estima a densidade de corrente em 6.239 voxels do córtex no modelo MNI152, depois agrupados em 108 ROIs anatómicas. O sLORETA tem localização com erro nulo para fontes pontuais, e a sua correspondência com a fMRI está documentada (Vitacco et al., 2002; Mulert et al., 2004). De cada voxel e de cada ROI saiu um valor de amplitude espectral por banda. E aqui há que precisar: o valor exportado é a amplitude absoluta da fonte (densidade de corrente), e não a sua proporção dentro do espectro.

2.4.Entropia espectral inter-banda

Para condensar o perfil espectral de cada região usámos a entropia espectral (Shannon, 1948), uma medida vinda da teoria da informação que aqui se aplica ROI a ROI. O cálculo é simples. Tomam-se as amplitudes nas seis bandas, normalizam-se para somar 1, o que dá uma distribuição de probabilidade p, e aplica-se a fórmula de Shannon:

$$\mathbf{SE} = -\sum(\boldsymbol{p_i} * \log \mathbf{2}\ (\boldsymbol{pi}))$$

Quando a energia se concentra numa ou duas bandas, a entropia é baixa; à medida que o espectro se aplana, sobe. Cada sujeito ficou assim descrito por 108 valores de SE, um por ROI. E note-se a diferença face às comparações de amplitude: ao normalizar, a entropia mede a forma do espectro, a sua proporção, e não a magnitude.

2.5.Análise estatística

As comparações entre grupos fizeram-se sobre a amplitude espectral, em cada banda. Ao nível do voxel usámos testes de permutação (1.000 permutações); para cada ROI e cada banda, testes-t para amostras independentes, sempre com correção FDR de Benjamini-Hochberg (1995) e tamanho de efeito pelo d de Cohen (1988). A entropia espectral por ROI reservou-se para a classificação.

2.6.Classificação por Machine Learning

A classificação assentou nos 108 valores de entropia, não nas amplitudes brutas. Dividimos a amostra em treino (75%, n = 48) e teste independente (25%, n = 17), com partição estratificada e semente fixa (random_state = 42). Dentro de um pipeline, os valores em falta foram imputados e estandardizados com *StandardScaler,* reajustado em cada *fold* para não haver fuga de informação para o teste. Os hiperparâmetros otimizaram-se por *GridSearchCV* com validação cruzada estratificada de 5 folds. Testámos cinco classificadores*, K-Nearest Neighbors*, *Random Forest* (Breiman, 2001), *Gradient Boosting, Support Vector Machine* (Cortes & Vapnik, 1995) e um perceptrão multicamada (MLP), todos em *scikit-learn* (Pedregosa et al., 2011). Como garantias adicionais, corremos uma validação *leave-one-out* e um teste de estabilidade com injeção de ruído gaussiano crescente.

Ao nível do voxel a classificação não era viável. Com 6.239 variáveis para 48 sujeitos de treino, o rácio p/n ronda os 130, e os cinco modelos colapsaram para a classe maioritária (52,9%). Daí a opção pelas 108 ROIs.

3. Resultados

3.1. Nível do voxel

Das seis bandas, cinco mostraram voxels com diferenças significativas após as 1.000 permutações e a correção FDR (Tabela 2). O padrão separa-se de forma limpa pela velocidade do ritmo. Nas bandas lentas, todos os voxels significativos apontam na mesma direção, CS > DA: 3.042 em delta (48,8% do córtex; |d| = 0,91) e 2.265 em theta (36,3%; |d| = 0,94). Nas rápidas o sinal inverte-se e passa a ser a DA a apresentar maior amplitude, 1.533 voxels em beta (24,6%), 84 em beta-alta (1,3%) e 251 em gama (4,0%), com efeitos bastante mais modestos (|d| entre 0,29 e 0,58). O alfa não rendeu um único voxel significativo.

Tabela 2
Comparações ao nível do voxel por banda de frequência.

Banda	Voxels sig.	%	Direção	|d| médio
Delta (1-4 Hz)	3042	48,8	CS > DA	0,91
Theta (4-8 Hz)	2265	36,3	CS > DA	0,94
Alfa (8-12 Hz)	-	-	n.s.	-
Beta (15-20 Hz)	1533	24,6	DA > CS	0,53
Beta-alta (20-30 Hz)	84	1,3	DA > CS	0,58
Gama (38-42 Hz)	251	4,0	DA > CS	0,29

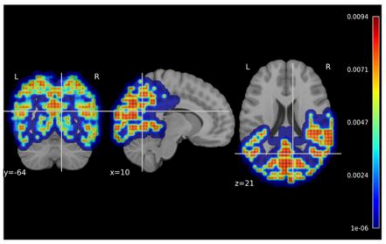
Nota. Testes de permutação (1000) com correção FDR de Benjamini-Hochberg. n.s. = não significativo.

As diferenças nas bandas lentas não se espalham ao acaso. Concentram-se em regiões posteriores, precúneo, cúneo, cíngulo posterior, giro lingual e fusiforme, e inclinam-se para o hemisfério direito (57,3% dos voxels em delta, 61,0% em theta). Os aumentos nas bandas rápidas seguem outra geografia: distribuem-se por regiões frontais e pelo cíngulo anterior, com a beta a inclinar-se para a esquerda (79,4% dos voxels) e a beta-alta e a gama para a direita. A Figura 1 mostra esta distribuição nos mapas isofield de delta, theta e beta.

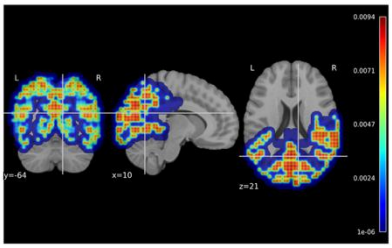
Figura 1

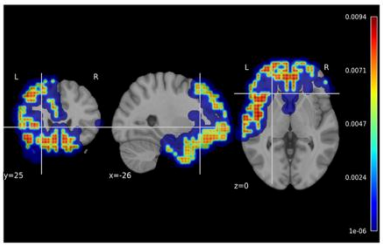
Mapas Isofield das diferenças de amplitude espectral entre grupos

Delta (1-4 Hz) - CS > DA



Theta (4-8 Hz) - CS > DA





Beta (15-20 Hz) - DA> CS

Nota. Da esquerda para a direita: delta, theta e beta. Nas bandas lentas predomina CS > DA em córtex posterior; na beta, o aumento em DA concentra-se em regiões frontais.

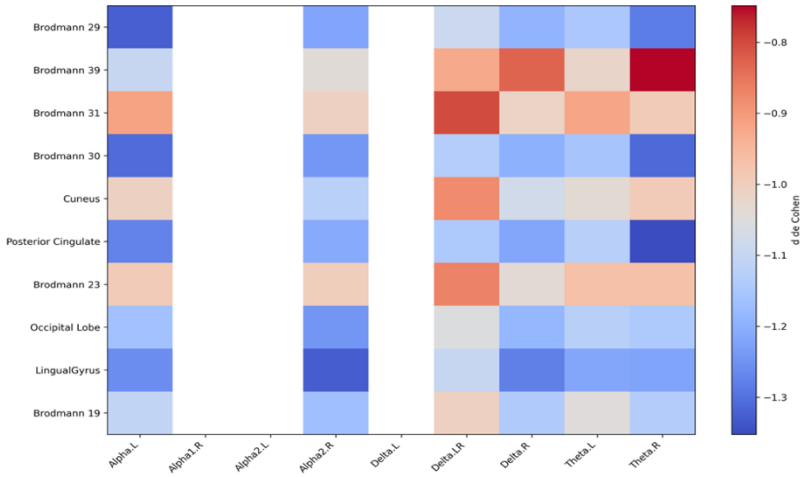
3.2. Nível de ROI

Ao passar dos voxels para as 108 ROIs, a sensibilidade muda. Apareceram 225 comparações ROI×banda significativas, e a grande maioria, 188, isto é, 83,6%, volta a apontar CS > DA. O que chama a atenção é onde caem: todas se distribuem por bandas lentas e alfa (75 em delta, 61 em theta, 89 em alfa), e beta, beta-alta e gama deixam de sobreviver à correção. A agregação espacial realça as reduções posteriores lentas e de alfa; os aumentos rápidos que se viam ao nível do voxel diluem-se.

O caso do alfa é o mais claro. Ao nível do voxel não havia nada. Em ROI, 89 regiões significativas. Agrupar voxels numa região reduz a variância entre sujeitos e deixa ver um efeito que a análise voxel a voxel não capta.

Figura 2

Tamanhos de efeito (d de Cohen) nas ROIs com diferenças significativas.



Nota. Tons azuis correspondem a efeitos mais fortes e tons avermelhados a efeitos mais fracos.

Os efeitos mais fortes concentram-se na *default mode network*, e são todos CS > DA: theta no cíngulo posterior direito (d = −1,352), alfa nas áreas de Brodmann 29 e 30 esquerdas (−1,325 e −1,308) e theta nessas mesmas áreas à direita (−1,310 e −1,282). A Figura 2 resume os tamanhos de efeito por ROI e banda.

3.3. Classificação por Machine learning

Treinámos os cinco classificadores sobre as 108 entropias e avaliámo-los no teste independente de 17 sujeitos (Tabela 3). O MLP foi o que melhor equilibrou os dois lados: 76,5% de *accuracy*, precisão e recall de 0,778, F1 de 0,778 e uma AUC de 0,83, com 13 dos 17 casos bem classificados. O Gradient Boosting chegou ao recall mais alto, 88,9%, à custa da precisão (66,7%) e de uma accuracy de 70,6%.

Random Forest e SVM contam outra história. Os dois lideraram na validação cruzada (70,7% e 70,2%) e caíram no teste para 58,8% e 47,1%, a instabilidade que se espera com 48 sujeitos de treino. A Figura 3 compara as quatro métricas nos cinco modelos.

Tabela 3

Desempenho dos cinco classificadores no teste independente.

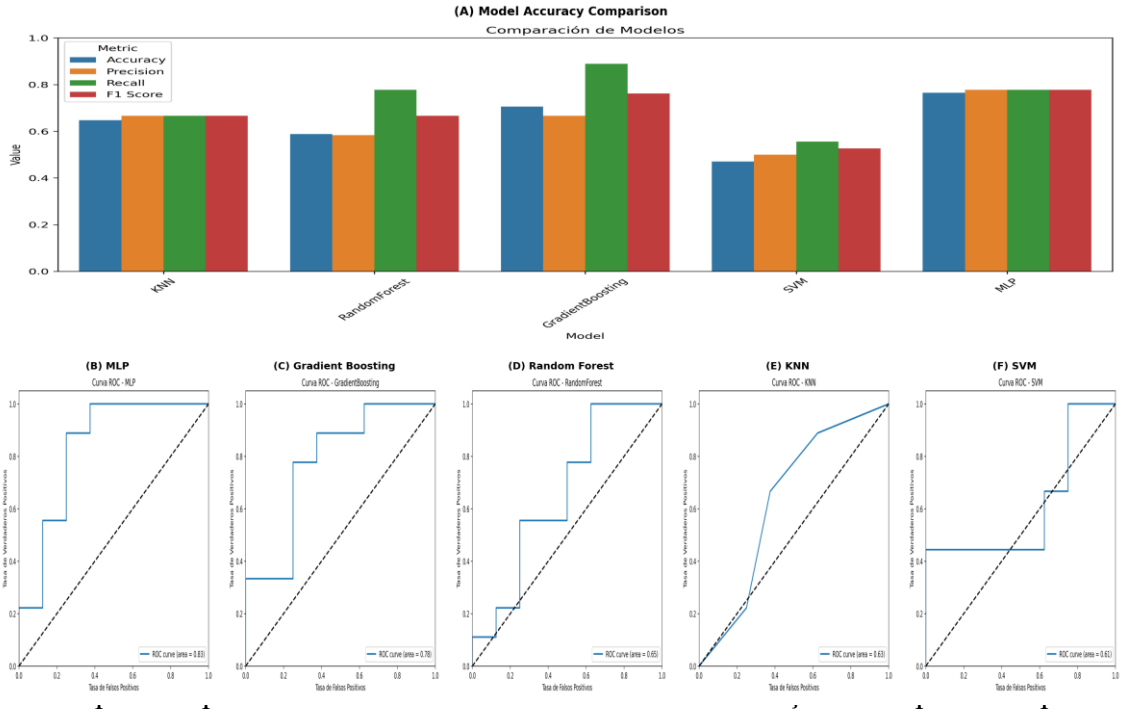
Modelo	Accuracy	Precisão	Recall	F1-Score
KNN	64,7 %	0,667	0,667	0,667

Random_Forest	58,8 %	0,583	0,778	0,667
Gradient_Boosting	70,6 %	0,667	**0,889**	0,762
SVM	47,1 %	0,500	0,556	0,526
MLP	**76,5 %**	**0,778**	0,778	**0,778**

Nota. Os valores a negrito assinalam o melhor resultado em cada métrica.

Figura 3

Desempenho dos cinco classificadores: curvas ROC (em baixo) e comparação das métricas por modelo (em cima).



entre grupos (H1), predominam em regiões posteriores (H2), os efeitos máximos caem na *default mode network* (H3) e a classificação por machine learning ao nível de ROI funciona acima do acaso (H4). Vale a pena olhar para cada uma com calma, porque o sentido das diferenças não é o que à partida se esperaria.

O ponto mais delicado está na direção das bandas lentas. A literatura clássica descreve na DA um slowing do espectro, com a proporção de delta e theta a subir (Jeong, 2004). Os nossos voxels lentos vão ao contrário: são os controlos a mostrar mais amplitude do que os doentes. A contradição é aparente. As comparações por banda são de amplitude absoluta de fonte, e o slowing clássico fala de potência relativa, da forma do espectro; medem coisas diferentes. O que os dados captam em delta e theta é uma redução global da amplitude no córtex posterior dos doentes, na mesma rede onde a neuroimagem mostra

hipometabolismo precoce (Greicius et al., 2004; Buckner et al., 2005). Aqui cabe uma ressalva sobre o sinal. Embora Babiloni et al. (2016) tenham encontrado em DA um aumento das fontes delta, e não uma redução, situaram-no precisamente nas regiões hipometabólicas do padrão PALZ; a convergência com o nosso trabalho é, então, anatómica e fisiopatológica, não direcional. No alfa, de resto, os sentidos coincidem: também eles relatam menor atividade de fontes de alfa baixo em DA. A entropia espectral, calculada sobre a distribuição normalizada, capta a parte proporcional que a amplitude absoluta deixa de fora.

Nas bandas rápidas o aumento em DA aparece à frente, no córtex frontal e no cíngulo anterior. Este deslocamento anterior costuma ler-se como uma perda da organização posterior típica do repouso de olhos fechados (Huang et al., 2000). A redução de complexidade descrita por Hornero et al. (2009) e Abásolo et al. (2006) aponta para uma dinâmica EEG mais regular na DA, medida sobretudo por entropia de amostra e outras medidas não lineares. A entropia espectral que usamos aqui deve ler-se como um índice complementar da distribuição inter-banda. De facto, Abásolo et al. (2006) aplicaram uma entropia espectral ao EEG de escalpe e não encontraram diferenças entre grupos; a definição não é idêntica à nossa, e a análise por fonte e por ROI acrescenta resolução espacial, o que pode explicar que aqui o efeito apareça.

A agregação em ROIs mudou o que se via. No voxel, o alfa não dava nada; depois de agrupar, são 89 as regiões alfa significativas, várias com efeitos grandes (|d| acima de 1,3) na default mode network. Faz sentido estatístico: juntar voxels numa região reduz a variância entre sujeitos e alivia o peso das comparações múltiplas, e um efeito que estava diluído passa a detetar-se. Esta sensibilidade do alfa e do theta posteriores vai ao encontro de Tzimourta et al. (2019), que viram índices de entropia do EEG a acompanhar o MMSE em regiões posteriores.

No plano da classificação, a entropia por ROI chegou para separar doentes e controlos acima do acaso, com o MLP a atingir 76,5% de accuracy e uma AUC de 0,83. Mais do que o número, interessa que as variáveis sejam interpretáveis: cada uma é a entropia de uma região anatómica concreta, e isso liga o classificador à neurobiologia. É algo que escasseia em muitos modelos de aprendizagem profunda, assentes em representações menos transparentes (Nair et al., 2023). Vai, isso sim, ao encontro de trabalhos como o de Trambaiolli et al. (2011), que classificaram DA com SVM a partir de coerências e

picos espectrais, características de leitura fisiológica direta. O teste de ruído ajuda a confiar no resultado, já que a accuracy desce devagar à medida que o sinal se degrada. As quedas de Random Forest e SVM entre validação cruzada e teste lembram, ao mesmo tempo, que com 48 sujeitos de treino qualquer estimativa é frágil.

4.1. Limitações

O estudo tem limites que pesam na leitura. A amostra é pequena, sobretudo no teste (n = 17), e isso explica boa parte da instabilidade dos modelos. Há também um desequilíbrio de sexo: 66,7% de mulheres na DA contra 37,9% nos controlos, sem controlo estatístico, num quadro em que a própria doença é mais frequente em mulheres (Nair et al., 2023), o que faz do sexo um possível fator de confusão. Os controlos, ainda por cima, são clinicamente impecáveis (MMSE de 30 em todos), sem a zona cinzenta que existe na prática. E o desenho é transversal, pelo que nada se pode afirmar sobre a progressão pré-clínica. A entropia espectral aqui descrita continua a ser um índice exploratório, não um marcador validado.

4.2. Conclusões e direções futuras

Daqui saem alguns caminhos. Replicar em coortes independentes e maiores, com classes mais equilibradas. Incluir o sexo como covariável. Estender a análise a mais de duas classes, aproveitando a demência frontotemporal que o dataset já traz. E validar de forma prospetiva, com seguimento longitudinal. Para a Psicologia Clínica e da Saúde, o que fica é uma prova de conceito: a partir de um EEG de rotina, barato e não invasivo, conseguem-se índices eletrofisiológicos com morada anatómica, úteis para pensar a deteção da doença de Alzheimer.

5. Referências

Abásolo, D., Hornero, R., Espino, P., Álvarez, D., & Poza, J. (2006). Entropy analysis of the EEG background activity in Alzheimer's disease patients. *Physiological Measurement, 27*(3), 241–253. https://doi.org/10.1088/0967-3334/27/3/003

Babiloni, C., Del Percio, C., Caroli, A., Salvatore, E., Nicolai, E., Marzano, N., Lizio, R., Cavedo, E., Landau, S., Chen, K., Jagust, W., Reiman, E., Tedeschi, G., Montella, P., De Stefano, M., Gesualdo, L., Frisoni, G. B., & Soricelli, A. (2016). Cortical

sources of resting state EEG rhythms are related to brain hypometabolism in subjects with Alzheimer's disease: An EEG-PET study. *Neurobiology of Aging, 48*, 122–134. https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2016.08.021

Benjamini, Y., & Hochberg, Y. (1995). Controlling the false discovery rate: A practical and powerful approach to multiple testing. *Journal of the Royal Statistical Society: Series B (Methodological), 57*(1), 289–300. https://doi.org/10.1111/j.2517-6161.1995.tb02031.x

Breiman, L. (2001). Random forests. *Machine Learning, 45*(1), 5–32. https://doi.org/10.1023/A:1010933404324

Buckner, R. L., Snyder, A. Z., Shannon, B. J., LaRossa, G., Sachs, R., Fotenos, A. F., Sheline, Y. I., Klunk, W. E., Mathis, C. A., Morris, J. C., & Mintun, M. A. (2005). Molecular, structural, and functional characterization of Alzheimer's disease: Evidence for a relationship between default activity, amyloid, and memory. *The Journal of Neuroscience, 25*(34), 7709–7717. https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.2177-05.2005

Cassani, R., Estarellas, M., San-Martin, R., Fraga, F. J., & Falk, T. H. (2018). Systematic review on resting-state EEG for Alzheimer's disease diagnosis and progression assessment. *Disease Markers, 2018*, 5174815. https://doi.org/10.1155/2018/5174815

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Lawrence Erlbaum Associates.

Cortes, C., & Vapnik, V. (1995). Support-vector networks. *Machine Learning, 20*(3), 273–297. https://doi.org/10.1007/BF00994018

Delorme, A., & Makeig, S. (2004). EEGLAB: An open source toolbox for analysis of single-trial EEG dynamics including independent component analysis. *Journal of Neuroscience Methods, 134*(1), 9–21. https://doi.org/10.1016/j.jneumeth.2003.10.009

Greicius, M. D., Srivastava, G., Reiss, A. L., & Menon, V. (2004). Default-mode network activity distinguishes Alzheimer's disease from healthy aging: Evidence from

functional MRI. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 101*(13), 4637–4642. https://doi.org/10.1073/pnas.0308627101

Hornero, R., Abásolo, D., Escudero, J., & Gómez, C. (2009). Nonlinear analysis of electroencephalogram and magnetoencephalogram recordings in patients with Alzheimer's disease. *Philosophical Transactions of the Royal Society A, 367*(1887), 317–336. https://doi.org/10.1098/rsta.2008.0197

Huang, C., Wahlund, L.-O., Dierks, T., Julin, P., Winblad, B., & Jelic, V. (2000). Discrimination of Alzheimer's disease and mild cognitive impairment by equivalent EEG sources: A cross-sectional and longitudinal study. *Clinical Neurophysiology, 111*, 1961–1967. https://doi.org/10.1016/S1388-2457(00)00454-5

Jeong, J. (2004). EEG dynamics in patients with Alzheimer's disease. *Clinical Neurophysiology, 115*(7), 1490–1505. https://doi.org/10.1016/j.clinph.2004.01.001

McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack, C. R., Jr., Kawas, C. H., Klunk, W. E., Koroshetz, W. J., Manly, J. J., Mayeux, R., Mohs, R. C., Morris, J. C., Rossor, M. N., Scheltens, P., Carrillo, M. C., Thies, B., Weintraub, S., & Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia, 7*(3), 263–269. https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.005

Miltiadous, A., Tzimourta, K. D., Afrantou, T., Ioannidis, P., Grigoriadis, N., Tsalikakis, D. G., Angelidis, P., Tsipouras, M. G., Glavas, E., Giannakeas, N., & Tzallas, A. T. (2023). A dataset of scalp EEG recordings of Alzheimer's disease, frontotemporal dementia and healthy subjects from routine EEG. *Data, 8*(6), Article 95. https://doi.org/10.3390/data8060095

Mulert, C., Jäger, L., Schmitt, R., Bussfeld, P., Pogarell, O., Möller, H.-J., Juckel, G., & Hegerl, U. (2004). Integration of fMRI and simultaneous EEG: Towards a comprehensive understanding of localization and time-course of brain activity in

target detection. *NeuroImage, 22*(1), 83–94. https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2003.10.051

Nair, B. B., Sreeja, P. S., & Panackal, J. J. (2023). Alzheimer's disease diagnosis using machine learning: A review. *International Journal of Engineering Trends and Technology, 71*(3), 120–129. https://doi.org/10.14445/22315381/IJETT-V71I3P213

Pascual-Marqui, R. D. (2002). Standardized low-resolution brain electromagnetic tomography (sLORETA): Technical details. *Methods and Findings in Experimental and Clinical Pharmacology, 24*(Suppl. D), 5–12.

Pascual-Marqui, R. D., Michel, C. M., & Lehmann, D. (1994). Low resolution electromagnetic tomography: A new method for localizing electrical activity in the brain. *International Journal of Psychophysiology, 18*(1), 49–65. https://doi.org/10.1016/0167-8760(84)90014-X

Pedregosa, F., Varoquaux, G., Gramfort, A., Michel, V., Thirion, B., Grisel, O., Blondel, M., Prettenhofer, P., Weiss, R., Dubourg, V., Vanderplas, J., Passos, A., Cournapeau, D., Brucher, M., Perrot, M., & Duchesnay, É. (2011). Scikit-learn: Machine learning in Python. *Journal of Machine Learning Research, 12*, 2825–2830.

Shannon, C. E. (1948). A mathematical theory of communication. *The Bell System Technical Journal, 27*(3), 379–423. https://doi.org/10.1002/j.1538-7305.1948.tb01338.x

Trambaiolli, L. R., Lorena, A. C., Fraga, F. J., Kanda, P. A. M., Anghinah, R., & Nitrini, R. (2011). Improving Alzheimer's disease diagnosis with machine learning techniques. *Clinical EEG and Neuroscience, 42*(3), 160–165. https://doi.org/10.1177/155005941104200304

Tzimourta, K. D., Afrantou, T., Ioannidis, P., Karatzikou, M., Tzallas, A. T., Giannakeas, N., Astrakas, L. G., Angelidis, P., Glavas, E., Grigoriadis, N., Tsalikakis, D. G., & Tsipouras, M. G. (2019). Analysis of electroencephalographic signals

complexity regarding Alzheimer's disease. *Computers & Electrical Engineering, 76*, 198–212. https://doi.org/10.1016/j.compeleceng.2019.03.018

Vitacco, D., Brandeis, D., Pascual-Marqui, R., & Martin, E. (2002). Correspondence of event-related potential tomography and functional magnetic resonance imaging during language processing. *Human Brain Mapping, 17*(1), 4–12. https://doi.org/10.1002/hbm.10038

World Health Organization. (2023). *Dementia*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia

Falhas cognitivas e sintomas psicopatológicos: civis vs. militares portugueses

Carla Sofia Nascimento [1,2], João Ferreira [1], Paulo Rodrigues [1,2], Emanuel Silva [1], Joana Duarte Santos[1], Tomás Silvério [1,]

[1] Universidade da Beira Interior, Portugal
[2] PT RISE-Health, Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade da Beira Interior, Portugal

Autor Correspondente: Carla Sofia Nascimento. **E-mail:** csln@ubi.pt

Resumo

Introdução: As falhas cognitivas têm sido associadas a sintomas internalizantes e externalizantes. Contudo, são escassos os estudos que examinam as suas contribuições simultâneas ou comparam contextos socioprofissionais distintos, como o civil e o militar. Pretende-se, analisar a associação entre estes sintomas psicopatológicos e falhas cognitivas, testar diferenças entre civis e militares nestes sintomas, e avaliar a contribuição única de cada dimensão sintomática na predição das falhas cognitivas. **Método:** Participaram 71 adultos portugueses do sexo masculino (30 civis, 41 militares; Midade = 22.9 anos). Preencheram o Questionário de Falhas Cognitivas, o SRQ-20 (sintomas internalizantes) e a ASRS-18 (proxy de sintomas externalizantes). **Resultados:**

As falhas cognitivas correlacionaram-se positiva e significativamente com sintomas psicopatológicos. Não se verificaram diferenças entre grupos nos sintomas internalizantes. Contrariamente ao esperado, os militares apresentaram pontuações superiores nos sintomas externalizantes. A regressão revelou que ambos os sintomas contribuem única e significativamente para as falhas cognitivas. Discussão/Conclusão: Os sintomas psicopatológicos são correlatos transdiagnósticos das falhas cognitivas, cada um com contribuição única. O contexto militar associa-se a níveis mais elevados de sintomas externalizantes reportados, sugerindo normalização contextual. Os resultados alertam para a necessidade de avaliação psicológica contextualizada em populações militares.

Palavras-chave: falhas cognitivas; sintomas internalizantes; sintomas externalizantes; civis; militares.

1. Introdução

As falhas cognitivas referem-se a pequenas, mas disruptivas, falhas de atenção, memória e raciocínio, como esquecer tarefas rotineiras, perder objetos ou agir de forma impulsiva (Broadbent et al., 1982; Guevarra et al., 2024). Embora normalmente inofensivas, estas falhas podem prejudicar o funcionamento diário, reduzir a produtividade e aumentar o stress percebido (Cheyne et al., 2006; Goodhew & Edwards, 2024). Os modelos contemporâneos veem as falhas cognitivas não como erros aleatórios, mas como manifestações de diferenças individuais na regulação da atenção, controlo executivo e suscetibilidade à distração (Goodhew & Edwards, 2024; Rast et al., 2008; Reason, 1990).

Os sintomas internalizantes e externalizantes emergem, na literatura, como correlatos importantes das falhas cognitivas. Baseando-se no quadro da psicopatologia hierárquica, as dimensões de internalização e externalização dos sintomas representam dois espectros amplamente validados que influenciam a saúde mental (Carragher et al., 2015). Os sintomas internalizantes, nos quais se incluem os sintomas de ansiedade e de humor depressivo, caracterizam-se por angústia dirigida internamente, bem como pelo aumento da atenção autocentrada (Orme et al., 2025; Sabbah & Northoff, 2025). Estes processos podem comprometer a memória de trabalho, o controlo atencional e a eficiência do

processamento, aumentando assim a suscetibilidade à ocorrência de falhas cognitivas (Hitchcott et al., 2017; Zlatar et al., 2014).

Em contraste, os sintomas externalizantes incluem desregulação comportamental, impulsividade e dificuldades em manter a atenção sustentada (Rosenthal et al., 2023). Estas características sobrepõem-se conceptualmente aos mecanismos centrais subjacentes às falhas cognitivas, como o controlo inibitório deficitário e o aumento da resposta automática (Willcutt et al., 2012). Indivíduos com tendência a apresentar um número mais elevado de sintomas externalizantes evidenciam, frequentemente, défices generalizados ao nível das funções executivas, o que se pode traduzir em falhas cognitivas mais frequentes (Kondracki et al., 2021).

Alguns estudos têm vindo a apresentar ligações entre ambas as dimensões sintomáticas e as falhas cognitivas (Blanken et al., 2017). No entanto, são poucos os estudos que examinaram as suas contribuições preditivas simultâneas em amostras de indivíduos adultos (Roye et al., 2022). A maior parte da investigação tem-se focado em grupos clínicos (e.g., Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, Depressão) ou analisa apenas um domínio sintomático de cada vez, tornando difícil determinar se os sintomas internalizantes e externalizantes explicam de forma única a variabilidade nas falhas cognitivas (Finley et al., 2024; Uiterwijk et al., 2022).

A presente investigação procura colmatar esta lacuna, mas fá-lo com um desenho experimental que incluiu duas populações. Para além de examinar as associações entre sintomas e falhas cognitivas numa amostra de adultos, este estudo combina dois contextos distintos: o civil e o militar. Esta comparação é teoricamente relevante porque a população militar está exposta a stressores únicos e crónicos, como é o caso da privação de sono, exposição a situações de risco e hierarquia rígida, que podem modular a expressão dos sintomas psicológicos e o seu impacto no funcionamento cognitivo quotidiano (Korinek et al., 2024). Adicionalmente, existem barreiras culturais e estigma associado à procura de ajuda psicológica no contexto militar, o que pode influenciar a forma como os sintomas são reportados, criando potenciais diferenças nos padrões de associação entre as variáveis quando comparados com a população civil (Randles & Finnegan, 2022).

Ao contrastar dados de amostras civis e militares, este estudo permite não só testar a robustez das relações previamente estabelecidas na literatura, mas também explorar o

efeito do contexto socioprofissional. Esta abordagem responde à necessidade de compreender se os modelos preditivos validados em contextos comunitários se replicam em populações de alta exigência, contribuindo para uma visão mais ecológica e matizada da interface entre a psicopatologia e a cognição quotidiana.

Com base na literatura revista, definiram-se as seguintes hipóteses de investigação: (H1) Prevê-se que, na amostra total (civis e militares), tanto os sintomas internalizantes como os externalizantes se associem positiva e significativamente à frequência de falhas cognitivas; (H2) Preveem-se que a população civil apresente pontuações médias superiores à população militar nos resultados do instrumento de medida de sintomas internalizantes; (H3) Preveem-se que a população civil apresente pontuações médias superiores à população militar no que diz respeito aos resultados obtidos no instrumento de medida de sintomas externalizantes; (H4) Prevê-se que, na amostra total, os sintomas internalizantes e externalizantes contribuam de forma significativa para a predição da frequência de falhas cognitivas, quando analisados simultaneamente num modelo de regressão linear múltipla.

2. Metodologia

Participantes: Uma amostra constituída por 71 adultos portugueses, dos quais 30 são civis e 41 são militares. A elegibilidade exigia que os participantes tivessem 18 ou mais anos, nacionalidade portuguesa e do sexo masculino. Os participantes na amostra geral tinham idades compreendidas entre 18 e 37 anos (M=22.9, SD= 3.8). O grupo de participantes civis tinha idades entre 18 e 37 anos (M = 23.2 , SD = 4.3). O grupo de participantes militares tinha idades entre 18 e 29 anos (M = 22.7, SD = 3.3). Todos os participantes deram consentimento informado, e o estudo foi aprovado pelo Comité de Ética da Universidade da Beira Interior (ref: CE-UBI-Pj-2022-022-ID1251).

2.1 Instrumentos

Variáveis Sociodemográficas. A equipa de investigação elaborou um questionário sociodemográfico com o qual se recolheu informação sobre idade.

As falhas cognitivas foram avaliada através de uma tradução para portugês do Questionário de Falhas Cognitivas (CFQ) (Broadbent et al., 1982). O CFQ é composto por 25 itens que descrevem falhas comuns na perceção, memória e função motora (por

exemplo, "Falha em notar os sinais na estrada?"). Os itens são avaliados numa escala de Likert de 5 pontos, com pontuações totais que variam de 0 a 100, onde pontuações mais altas indicam falhas cognitivas mais frequentes. Ainda não existe uma versão validada para a população portuguesa, contudo a escala demonstrou excelente fiabilidade em estudos anteriores (Cronbach $\alpha \approx .90$). Neste estudo, o coeficiente de consistência interna foi $\alpha \approx .89$, indicando uma boa consistência interna da escala na amostra analisada.

O Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) foi utilizado como medida de rastreio para sofrimento psicológico não psicótico, captando principalmente sintomas internalizantes (por exemplo, ansiedade, humor depressivo e queixas somáticas) (OMS, 1980). A escala é composta por 20 itens dicotómicos (sim/não). Foi utilizada a pontuação total (intervalo 0–20), com pontuações mais elevadas a indicarem uma maior sintomatologia internalizante. O SRQ-20 tem demonstrado boa consistência interna ($\alpha > .80$) (Santos et al., 2016). Neste estudo, o coeficiente de consistência interna foi $\alpha = .82$, indicando uma boa consistência interna da escala na amostra analisada.

Para avaliar os sintomas externalizantes, aplicámos a Escala de Adult Self-Report Scale de 18 itens (ASRS-18) (Kessler et al., 2005). Ainda que este instrumento, originalmente, tenha sido concebido para rastrear sintomas de Perturbação de Défice de Atenção/Hiperatividade (PHDA) em adultos, os seus itens abordam características centrais do espectro externalizante, como impulsividade, desregulação comportamental e dificuldades de atenção (por exemplo, "Com que frequência tem dificuldade em esperar a sua vez em situações em que é necessário fazer turnos?"). As respostas são dadas numa escala de frequência de 5 pontos. A pontuação total foi usada como medida proxy da sintomatologia externalizante, uma abordagem apoiada pela sobreposição conceptual entre comportamentos relacionados com PHDA e a dimensão externalizante (Carragher et al., 2015). Neste estudo, o coeficiente de consistência interna foi $\alpha = .93$, revelando uma excelente consistência interna da escala.

2.2 Procedimentos

Os participantes civis foram recrutados através de canais online (por exemplo, redes sociais, listas institucionais de disseminação de questionários) e os participantes militares foram recrutados por meios idênticos, mas internos ao exército português. O inquérito foi alojado no Google Forms e apresentava a informação do estudo, o consentimento

informado e todos os instrumentos numa ordem fixa (questionário sociodemográfico, QFC, SRQ-20 e ASRS-18). A participação era voluntária e anónima.

2.3 Análise de Dados

A preparação e limpeza dos dados brutos e foi realizada no Excel. Os dados foram analisados usando o JASP 0.95.3. O pressuposto da normalidade foi verificado através do teste de Kolmogorov-Smirnov para as três variáveis contínuas incluídas nas análises de correlação (falhas cognitivas, sintomas externalizantes e sintomas internalizantes). Os resultados indicaram que para as falhas cognitivas (D = 0.09, p = .68) e para os sintomas externalizantes (D = 0.11, p = ,34) não surgem desvios significativos da normalidade. Para os sintomas internalizantes, verificou-se um desvio significativo (D = 0.2, p = ,009). Apesar desta violação, a dimensão da amostra (N = 71) permite invocar o Teorema do Limite Central, que garante a aproximação da distribuição amostral das médias à normalidade para amostras de dimensão igual ou superior a 30 (Field, 2018). Assim, o recurso a testes paramétricos é metodologicamente justificado.

3. Resultados

Na amostra total (N = 71), a média das falhas cognitivas foi de M = 30.21 (DP = 12.25), os sintomas externalizantes apresentaram uma média de M = 32.52 (DP = 11.78), enquanto os sintomas internalizantes apresentaram uma média de M = 3.94 (DP = 3.63). Quando analisamos estas mesmas variáveis no grupo de participantes militares (n = 41), verificamos que a média das falhas cognitivas foi de M = 27.34 (DP = 13.22), a média dos sintomas externalizantes foi de M = 37.49 (DP = 12.15), enquanto os sintomas internalizantes apresentaram uma média de M = 3.46 (DP = 3.78). No que diz respeito aos participantes civis (n = 30), as médias obtidas foram de M = 34.13 (DP = 9.64) para as falhas cognitivas, M = 25.73 (DP = 7.00) para os sintomas externalizantes e de M = 4.60 (DP = 3.37) para os sintomas internalizantes.

Foram realizadas análises de correlação de Pearson para examinar as associações entre as variáveis. Na amostra total de 71 participantes, verificaram-se correlações positivas e estatisticamente significativas entre a frequência de falhas cognitivas e ambos os sintomas psicopatológicos: externalizantes (r = 0.36, p = .002) e internalizantes (r = 0.43 p < .001).

Para testar a hipótese de que os civis apresentariam pontuações médias superiores aos militares nos sintomas internalizantes, realizou-se um teste t de Student para amostras independentes, dado que o teste de Levene indicou homogeneidade das variâncias (F = 0.83, p = .365). Não se verificou uma diferença estatisticamente significativa entre civis (M = 4.60; DP = 3.37) e militares (M = 3.46; DP = 3.78), $t(69) = 1.31$, p = .194, *d de Cohen* = 0.32, IC 95% [-0.16, 0.79]. A hipótese H2 não foi suportada.

Para testar a hipótese de que os civis apresentariam pontuações médias superiores aos militares nos sintomas externalizantes, realizou-se um teste t de Welch para amostras independentes, dada a violação do pressuposto da homogeneidade das variâncias (teste de Levene: F = 3.99, p = .050). Contrariamente ao previsto, os militares apresentaram pontuações médias significativamente superiores (M = 37.49; DP = 12.15) comparativamente aos civis (M = 25.73; DP = 7.00), $t(65.84) = -5.14$, $p < .001$, *d de Cohen* = -1.19, IC 95% [-1.69, -0.67]. A hipótese H3 foi rejeitada.

A hipótese H4 previa que os sintomas internalizantes e externalizantes contribuiriam de forma única e significativa para a predição das falhas cognitivas quando analisados simultaneamente, conduziu-se uma análise de regressão linear múltipla, com o método enter. As falhas cognitivas (QFC_Total) foram definidas como variável dependente, e os sintomas internalizantes (SQR_Total) e externalizantes (ASRS_Total) como preditores.

O modelo de regressão revelou-se estatisticamente significativo, $F(2, 68) = 10.37$, $p < .001$, explicando 23.4% da variância das falhas cognitivas (R^2 ajustado = 0.211). O erro padrão da estimativa foi de 10.88.

Os coeficientes de regressão (apresentados na Tabela 1) indicam que ambos os tipos de sintomas contribuem de forma única e significativa para a predição das falhas cognitivas, controlando o efeito um do outro, suportando assim a H4. Especificamente, o aumento de uma unidade nos sintomas externalizantes associa-se a um acréscimo de 0.252 pontos nas falhas cognitivas (β = 0.242, p = .036), enquanto o aumento de uma unidade nos sintomas internalizantes associa-se a um acréscimo de 1.155 pontos nas falhas cognitivas (β = 0.342, p = .004). O diagnóstico de colinearidade revelou valores baixos de correlação entre os preditores (fator de inflação da variância < 1.5), indicando ausência de multicolinearidade problemática.

Tabela 7

Coeficientes da Regressão Linear Múltipla para a Predição das Falhas Cognitivas (N = 71)

Preditores	*B*	*EP*	*β*	*t*	*p*	IC 95% (B)
(Intercepto)	17.46	3.82	—	4.57	< .001	[9.84, 25.08]
Sintomas Externalizantes (ASRS)	0.25	0.12	0.24	2.14	.036	[0.02, 0.49]
Sintomas Internalizantes (SQR)	1.16	0.38	0.34	3.02	.004	[0.39, 1.92]

Nota. R^2 ajustado = 0.211; $F(2, 68) = 10.37$, $p < .001$.

4. Discussão

O presente estudo teve como objetivo analisar a associação entre sintomas internalizantes e externalizantes e a frequência de falhas cognitivas em adultos, bem como explorar diferenças nestas relações entre populações civil e militar.

A primeira hipótese previa que, na amostra total, tanto os sintomas internalizantes como os externalizantes se associariam positiva e significativamente à frequência de falhas cognitivas. Esta hipótese foi suportada. As correlações obtidas (r = 0.43 para internalizantes; r = 0.36 para externalizantes) são moderadas e estatisticamente significativas, alinhando-se com a literatura que documenta estas associações em amostras comunitárias (Blanken et al., 2017; Hitchcott et al., 2017).

A magnitude das correlações merece, contudo, uma nota interpretativa. Embora significativas, os coeficientes indicam que cerca de 75% a 80% da variância das falhas cognitivas permanece não explicada por estas dimensões sintomáticas isoladamente. Este padrão é consistente com a conceptualização das falhas cognitivas como fenómeno multideterminado, influenciado também por fatores como a fadiga, a privação de sono, a carga cognitiva e diferenças individuais na regulação atencional (Goodhew & Edwards, 2024).

A segunda hipótese previa que os civis apresentariam pontuações médias superiores aos militares nos sintomas internalizantes, fundamentando-se na expectativa de que o estigma no contexto militar conduziria à subnotificação . Esta hipótese foi rejeitada, uma vez que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

A ausência de diferença pode ser interpretada de duas formas, não mutuamente exclusivas.

Primeiro, é possível que o estigma e a desejabilidade social, embora presentes, não sejam suficientemente pronunciados para suprimir o autorelato de sintomas internalizantes ligeiros a moderados numa amostra não clínica como a do presente estudo. Os participantes militares podem ter respondido com franqueza comparável à dos civis, especialmente num contexto de resposta anónima e online (Prinz, et. al, 2025). Segundo, pode estar em curso um efeito de cancelamento entre dois processos opostos. Ou seja, por um lado, a exposição a stressores crónicos no contexto militar (privação de sono, hierarquia rígida, entre outros) tenderia a elevar os níveis de sintomas internalizantes (Flood & Keegan, 2022) . Por outro lado, o estigma tenderia a suprimir o autorelato desses sintomas (Prinz, et. al, 2025). A ausência de diferença observada poderia, assim, refletir o equilíbrio entre estas duas forças antagónicas. Independentemente da interpretação, o resultado sugere que, para níveis não clínicos de sintomatologia internalizante, o contexto militar não se traduz em perfis de autorrelato distintos dos civis.

A terceira hipótese previa que os civis apresentariam pontuações médias superiores aos militares nos sintomas externalizantes, seguindo a mesma lógica de subnotificação induzida pelo estigma. Esta hipótese foi rejeitada, os militares apresentaram pontuações significativamente superiores aos civis, com uma magnitude de efeito elevada (*d de Cohen* = -1.19). Este achado constitui o resultado mais surpreendente do estudo, exigindo uma análise cuidadosa.

A elevação dos sintomas externalizantes em militares pode ser explicada por três vias complementares. Uma primeira via pode estar associada à normalização contextual. Comportamentos característicos externalizantes, como impulsividade, dificuldade em esperar e alguma agitação psicomotora, podem ser não apenas tolerados, mas funcionalmente adaptativos em contextos operacionais (National Research Council [NRC], 2014). Um militar que responde rapidamente a uma ameaça, que age rapidamente ou que demonstra dificuldade em permanecer inativo está, em muitos cenários, a exibir comportamentos valorizados. Consequentemente, estes sintomas podem não ser percebidos como problemáticos, levando a um autorrelato dos mesmos mais elevado e menos inibido. Uma segunda possibilidade de análise destes resultados pode estar relacionada com o efeito de seleção. É possível que indivíduos com sintomas

externalizantes mais pronunciados sejam atraídos para carreiras militares, nas quais estes sintomas/traços encontram maior legitimidade e oportunidades de expressão (Jackson, et al., 2012). Uma terceira forma de explicar estes resultados pode ser pelo efeito de socialização. O treino militar e a exposição prolongada a uma cultura organizacional que valoriza a ação rápida, a decisão sob pressão e a tolerância à incerteza podem exacerbar ou consolidar sintomas/traços externalizantes preexistentes (Jackson, et al., 2012). Estudos longitudinais seriam necessários para distinguir entre seleção e socialização.

Do ponto de vista da avaliação psicológica, este resultado alerta para o risco de falsos positivos no rastreio de perturbações do espectro externalizante (particularmente PHDA) em populações militares. Uma pontuação elevada na ASRS-18 não deve ser automaticamente interpretada como indicadora de psicopatologia sem uma entrevista clínica que explore a funcionalidade, o sofrimento associado e o contexto em que os comportamentos ocorrem. O mesmo comportamento pode ser disfuncional num civil e adaptativo num militar.

A análise das estatísticas descritivas revelou que os participantes civis apresentaram uma média de falhas cognitivas (M = 34.13; DP = 9.64) superior à dos militares (M = 27.34; DP = 13.22). Este padrão é, aparentemente, contraditório com o facto de os militares terem reportado níveis significativamente mais elevados de sintomas externalizantes ,os quais parecem associar-se positivamente a falhas cognitivas. Várias interpretações são possíveis, para explicar estes dados, ainda que todas elas se revestem de uma análise exploratória

Estes últimos dados podem ser explicados, numa primeira análise pelo próprio contexto militar. Este contexto é caracterizado por rotinas estruturadas, hierarquia clara, horários rígidos e sistemas de verificação o que pode atenuar a expressão comportamental dos sintomas externalizantes (Caspar, et al.,2020). Um indivíduo com traços impulsivos pode cometer menos falhas quotidianas se viver num ambiente que constantemente o lembra das tarefas, verifica o seu cumprimento e impõe consequências para o erro. Nesta perspetiva, o contexto funcionaria como um compensador externo para défices de controlo inibitório.

Por outro lado, pode existir um viés de resposta diferencial entre grupos. Os militares podem ser menos propensos a admitir falhas cognitivas (esquecimentos, distrações, perda

de objetos) por razões de desejabilidade social (Fear, et al., 2012). Ou seja, admitir incompetência quotidiana pode ser mais ameaçador para a identidade militar do que admitir sintomas externalizantes, que, como discutido anteriormente podem ser percebidos como adaptativos no contexto operacional.

Importa salientar que esta diferença nas falhas cognitivas não foi submetida a teste estatístico no âmbito das hipóteses principais, uma vez que não estava prevista no desenho do estudo. Não se pode, portanto, excluir que a diferença observada seja devida a um erro amostral ou a características não controladas das amostras (e.g., diferenças na idade, escolaridade ou tempo de serviço). Estudos futuros deverão examinar diretamente esta dissociação aparente, preferencialmente com amostras maiores e desenhos longitudinais.

A quarta e última hipótese previa que, na amostra total, os sintomas internalizantes e externalizantes contribuiriam de forma única e significativa para a predição da frequência de falhas cognitivas quando analisados simultaneamente num modelo de regressão linear múltipla. Esta hipótese foi suportada por um modelo de regressão estatisticamente significativo, explicando 21.1% da variância das falhas cognitivas (R^2 ajustado). Mais importante, ambos os preditores mantiveram efeitos significativos quando controlados um pelo outro, tanto os sintomas internalizantes ($\beta = 0.342$, $p = .004$) como os sintomas externalizantes ($\beta = 0.242$, $p = .036$).

Estes resultados revelam-se importantes pois, por um lado demonstram que as falhas cognitivas não são um epifenómeno exclusivo de um único espectro psicopatológico (Abramovitch, et al.,2021). Pelo contrário, constituem um correlato transdiagnóstico, sensível a diferentes formas de desregulação psicológica, quer esta se manifeste predominantemente como angústia internalizada (ruminação, preocupação, atenção autocentrada) quer como descontrolo externalizado (impulsividade, desregulação comportamental) (Abramovitch, et al.,2021). Por outro lado, a significância simultânea de ambos os preditores sugere que os mecanismos subjacentes às falhas cognitivas podem ser parcialmente distintos. Nos sintomas internalizantes, o comprometimento cognitivo quotidiano parece operar por meio de recursos atencionais, pela ruminação e pela hipervigilância (Orme et al., 2025; Sabbah & Northoff, 2025). Nos sintomas externalizantes, o mecanismo predominante parece ser o défice de controlo inibitório e a dificuldade em manter representações mentais estáveis na presença de distratores (Willcutt et al., 2012).

A ausência de multicolinearidade problemática (fator de inflação da variância < 1.5) confirma que os dois tipos de sintomas, embora correlacionados (r = 0.35), medem constructos suficientemente distintos para justificar a sua inclusão simultânea como preditores.

Os resultados sugerem que as falhas cognitivas, embora frequentemente consideradas inconvenientes triviais, podem servir como indicadores comportamentais significativos das dificuldades subjacentes no controlo de impulsos e na atenção sustentada, características centrais do espectro externalizante. Esta perceção tem potenciais implicações para a avaliação psicológica, indicando que perguntas rotineiras sobre falhas cognitivas podem complementar o rastreio tradicional dos sintomas externalizantes.

No contexto militar, os resultados alertam ainda para a necessidade de avaliação psicológica contextualizada. Pontuações elevadas em instrumentos de rastreio de sintomas externalizantes não devem ser automaticamente interpretadas como indicadores de psicopatologia sem uma entrevista clínica que explore a funcionalidade, o sofrimento associado e o contexto ocupacional. Na prática clínica geral, os resultados reforçam a importância de avaliar falhas cognitivas como um sintoma transdiagnóstico, independentemente do quadro psicopatológico primário. Intervenções direcionadas ao controlo executivo e à autorregulação, por exemplo, técnicas cognitivo-comportamentais, *mindfulness* e treino de competências cognitivas, podem oferecer vias promissoras para melhorar o funcionamento cognitivo quotidiano, especialmente em indivíduos com tendências elevadas de externalização (Carballo-Marquez et al., 2025; Liebherr et al., 2024; Smith et al., 2019).

Não obstante estas contribuições, devem ser consideradas várias limitações. O desenho transversal impede inferências causais, não permitindo determinar direcionalidade ou precedência temporal entre os constructos. A dependência exclusiva de medidas de autorrelato, embora adequada para avaliar falhas cognitivas subjetivas, introduz potenciais vieses relacionados com a autoperceção, a desejabilidade social e a precisão do relato dos sintomas. A utilização da ASRS-18 como proxy para os sintomas externalizantes constitui uma limitação metodológica, embora este instrumento capture características-chave como impulsividade e desatenção, centrais ao espectro externalizante, em investigações futuras devem-se incorporar medidas mais amplas do comportamento externalizante (e.g., agressividade, comportamento antissocial, uso de

substâncias). Uma outra limitação prende-se com o facto de o estudo ter sido realizado exclusivamente com indivíduos do sexo masculino, o que limita a generalização dos resultados para a população feminina. Adicionalmente, não foram recolhidos dados que indicassem há quanto tempo os participantes militares ingressaram na carreira, impossibilitando a análise de efeitos de tempo de serviço ou a distinção entre efeitos de seleção e socialização. Embora o Questionário de Falhas Cognitivas (CFQ) seja amplamente utilizado e tenha revelado boa consistência interna na presente amostra (α = .89), a ausência de uma versão validada para a população portuguesa constitui uma ressalva importante. Por fim, o recrutamento através de canais online pode ter introduzido viés de autosseleção, sendo plausível que indivíduos com maior consciência ou preocupação com a sua sintomatologia tenham sido mais propensos a participar.

Estudos futuros deverão empregar desenhos longitudinais para clarificar as relações temporais entre as dimensões sintomáticas e as falhas cognitivas, permitindo distinguir, por exemplo, entre efeitos de seleção e socialização no contexto militar. Adicionalmente, a incorporação de tarefas cognitivas objetivas, de avaliação ecológica momentânea e de medidas de potenciais mediadores – como qualidade do sono, stress percebido e funções executivas baseadas no desempenho – ajudará a elucidar os mecanismos que ligam os sintomas psicológicos ao funcionamento cognitivo quotidiano. Seria ainda relevante replicar o estudo com amostras mais diversas, incluindo mulheres e diferentes patentes militares, bem como utilizar instrumentos especificamente construídos para avaliar o espectro externalizante para além da ASRS-18.

Este estudo demonstrou que os sintomas internalizantes e externalizantes contribuem de forma única e independente para a frequência de falhas cognitivas em adultos, suportando uma conceptualização transdiagnóstica destas últimas. Os resultados revelaram ainda que os militares reportam níveis significativamente mais elevados de sintomas externalizantes do que os civis – um achado contraintuitivo que desafia assunções simplistas sobre o impacto do estigma no autorrelato – e que, descritivamente, os civis apresentam maior frequência de falhas cognitivas, uma dissociação aparente que merece investigação futura. Ao delinear o papel específico de cada dimensão sintomática, este trabalho contribui para uma compreensão mais aprofundada de como os sintomas psicológicos se manifestam ao nível do funcionamento cognitivo quotidiano, reforçando

a importância de considerar o contexto socioprofissional na avaliação e intervenção psicológica.

5. Agradecimentos

Os autores expressam o seu sincero agradecimento ao Centro de Psicologia Aplicada do Exército (CPAE) pelo apoio institucional e colaboração na divulgação do protocolo de investigação e no apoio ao processo de recolha de dados.

6. Referências Bibliográficas

Abramovitch, A., Short, T., & Schweiger, A. (2021). The C factor: Cognitive dysfunction as a transdiagnostic dimension in psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 86, 102007.https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102007

Blanken, L. M. E., White, T., Mous, S. E., Basten, M., Muetzel, R. L., Jaddoe, V. W. V., Wals, M., van der Ende, J., Verhulst, F. C., & Tiemeier, H. (2017). Cognitive functioning in children with internalising, externalising and dysregulation problems: A population-based study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *26*(4), 445–456. https://doi.org/10.1007/s00787-016-0903-9

Broadbent, D. E., Cooper, P. F., FitzGerald, P., & Parkes, K. R. (1982). The Cognitive Failures Questionnaire (CFQ) and its correlates. *British Journal of Clinical Psychology*, 21(1), 1–16. https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1982.tb01421.x

Carballo-Marquez, A., Ampatzoglou, A., Rojas-Rincón, J., Garcia-Casanovas, A., Garolera, M., Fernández-Capo, M., & Porras-Garcia, B. (2025). Improving emotion regulation, internalizing symptoms and cognitive functions in adolescents at risk of executive dysfunction—A controlled pilot VR study. *Applied Sciences*, *15*(3), 1223. https://doi.org/10.3390/app15031223

Carragher, N., Krueger, R. F., Eaton, N. R., & Slade, T. (2015). Disorders without borders: Current and future directions in the meta-structure of mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 50*(3), 339–350. https://doi.org/10.1007/s00127-014-1004-z

Caspar, E. A., Lo Bue, S., Magalhães, G., Haggard, P., & Cleeremans, A. (2020). The effect of military training on the sense of agency and outcome processing. *Nature Communications*, 11(1), 1–10. https://doi.org/10.1038/s41467-020-18152-x

Cheyne, J. A., Carriere, J. S. A., & Smilek, D. (2006). Absent-mindedness: Lapses of conscious awareness and everyday cognitive failures. *Consciousness and Cognition, 15*(3), 578–592. https://doi.org/10.1016/j.concog.2005.11.009

Fear, N. T., Seddon, R., Jones, N., Greenberg, N., & Wessely, S. (2012). Does anonymity increase the reporting of mental health symptoms? *BMC Public Health*, 12(1), 797. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-797

Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. SAGE

Finley, J.-C. A., Robinson, A. D., VanLandingham, H. B., Ulrich, D. M., Phillips, M. S., & Soble, J. R. (2024). Internalizing and somatic symptoms influence the discrepancy between subjective and objective cognitive difficulties in adults with ADHD who have valid and invalid test scores. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *30*(8), 728–737. https://doi.org/10.1017/S1355617724000365

Flood, A., & Keegan, R. J. (2022). Cognitive resilience to psychological stress in military personnel. *Frontiers in Psychology, 13*, 809003. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2022.809003/full

Goodhew, S., & Edwards, M. (2024). A meta-analysis on the relationship between subjective cognitive failures as measured by the cognitive failures questionnaire (CFQ) and objective performance on executive function tasks. *Psychonomic Bulletin & Review, 32*, 528 - 546. https://doi.org/10.3758/s13423-024-02573-6.

Goodhew, S. C., & Edwards, M. (2024). The Cognitive Failures Questionnaire 2.0. *Personality and Individual Differences*, *218*, 112472. https://doi.org/10.1016/j.paid.2023.112472

Guevarra, Y. A., Majeed, N. M., Hisham, E. M., & Hartanto, A. (2024). Positive and negative affect differentially predict individual differences and intra-individual

changes in daily cognitive failures in younger and older adults. *Brain Sciences*, *14*(12), 1259. https://doi.org/10.3390/brainsci14121259

Hitchcott, P. K., Fastame, M. C., Langiu, D., & Penna, M. P. (2017). Cognitive failures in late adulthood: The role of age, social context and depressive symptoms. *PLoS UM, 12*(12), e0189683. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189683

Jackson, J. J., Thoemmes, F., Jonkmann, K., Lüdtke, O., & Trautwein, U. (2012). Military training and personality trait development: Does the military make the man, or does the man make the military? *Psychological Science*, 23(3), 270–277. https://doi.org/10.1177/0956797611423545

Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S. V., Hiripi, E., Howes, M. J., Jin, R., Secnik, K., Spencer, T., Üstün, T. B., & Walters, E. E. (2005). The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine, 35*(2), 245–256. https://doi.org/10.1017/S0033291704002892

Kondracki, A. J., Riedel, M. C., Crooks, K., Perez, P. V., Flannery, J. S., Laird, A. R., & Sutherland, M. T. (2021). The link between neuroticism and everyday cognitive failures is mediated by self-reported mindfulness among college students. *Psychological Reports*, *126*(1), 265–287. https://doi.org/10.1177/00332941211048467

Korinek, K., Zimmer, Z., Teerawichitchainan, B., Young, Y., Cao Manh, L., & Toan, T. K. (2024). Cognitive function following early life war-time stress exposure in a cohort of Vietnamese older adults. *Social Science & Medicine*, *349*, 116800. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116800

Liebherr, M., Brandtner, A., Brand, M., & Tang, Y.-Y. (2024). Digital mindfulness training and cognitive functions: A preregistered systematic review of neuropsychological findings. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1532*, 37–49. https://doi.org/10.1111/nyas.15095

National Research Council. (2014). *The context of military environments: An agenda for basic research on social and organizational factors relevant to small units*. Washington, DC: The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/18825

Orme, K., Stringaris, A., & Krebs, G. (2025). Age-related effects on self-focused attention across adolescence and the relationship with symptoms of body dysmorphia, social anxiety and depression. *Journal of Adolescence, 97,*1396–1406. https://doi.org/10.1002/jad.12505

Prinz, W., Tran, U., Straub, G., & Lueger-Schuster, B. (2025). Underreporting in the military: Perceived sensitivity of trauma-related and comorbid disorders among soldiers and civilian employees of the Austrian Armed Forces. *European Journal of Psychotraumatology,* 16. https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2486903.

Randles, R., & Finnegan, A. (2022). Veteran help-seeking behaviour for mental health issues: A systematic review. *BMJ Military Health*, *168*, 99–104. https://doi.org/10.1136/bmjmilitary-2021-001903

Rast, P., Zimprich, D., van Boxtel, M., & Jolles, J. (2009). Factor structure and measurement invariance of the Cognitive Failures Questionnaire across the adult life span. *Assessment, 16*(2), 145–158. https://doi.org/10.1177/1073191108324440

Reason, J. (1990). *Erro humano*. Cambridge University Press.

Roye, S., Calamia, M., & Robinson, A. (2022). Examining patterns of executive functioning across dimensions of psychopathology. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *77*, 101778. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2022.101778

Rosenthal, E., Broos, H., Timpano, K., & Johnson, S. (2023). Does emotion-related impulsivity relate to specific ADHD symptom dimensions, and do the effects generalize across comorbid internalizing and externalizing Syndromes?*Journal of attention disorders, 28(2)*, 178–188. https://doi.org/10.1177/10870547231210283

Sabbah, S., & Northoff, G. (2025). The self in depression and anxiety as a transdiagnostic and differential-diagnostic neural marker: A systematic review. *Neuroscience &*

Biobehavioral Reviews, 169, 106034. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2025.106034

Santos, K. O. B., Carvalho, F. M., & de Araújo, T. M. (2016). Consistência interna do Questionário de Auto-Relato-20 em grupos profissionais. *Revista de Saúde Pública, 50*, 1–10. https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006100

Smith, T., Panfil, K., Bailey, C., & Kirkpatrick, K. (2019). Cognitive and behavioral training interventions to promote self-control. *Journal of Experimental Psychology: Animal Learning and Cognition*, *45*(3), 259–279. https://doi.org/10.1037/xan0000208

Uiterwijk, D., Stargatt, R., Humphrey, S., & Crowe, S. F. (2022). The relationship between cognitive functioning and symptoms of depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder in adults with a traumatic brain injury: A meta-analysis. *Neuropsychology Review*, *32*, 758–806. https://doi.org/10.1007/s11065-021-09524-1

Willcutt, E. G., Nigg, J. T., Pennington, B. F., Solanto, M. V., Rohde, L. A., Tannock, R., ... Lahey, B. B. (2012). Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes.. *Journal of Abnormal Psychology, 121*(4), 991–1010. https://doi.org/10.1037/a0027347" \t "_new

Zlatar, Z. Z., Moore, R. C., Palmer, B. W., Thompson, W. K., & Jeste, D. V. (2014). Cognitive complaints correlate with depression rather than concurrent objective cognitive impairment in the successful aging evaluation baseline sample. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 27*(3), 1–7. https://doi.org/10.1177/0891988714524628

O papel das dimensões transdiagnósticas de internalização e alexitimia na modulação dos potenciais evocados cardíacos

Filipa Nunes[1], Patrícia Vilela Braga[1], Rita Pasion[1], Tiago O. Paiva[1] & Carlos Campos[1,2]

[1] HEI-LAB, Universidade Lusófona, Centro Universitário do Porto, Portugal
[2] LabRP/CIR, E2S, Polytechnic of Porto, Porto, Portugal

Autor Correspondente: Carlos Campos. **E-mail:** cmmc@ess.ipp.pt

Resumo

Introdução: A interocepção, definida como a capacidade de processar sinais internos do corpo, pode ser indexada neurofisiologicamente através dos potenciais evocados cardíacos (PEC). Este estudo visa relacionar a modulação atencional dos PEC com dimensões transdiagnósticas de internalização (depressão e ansiedade) e alexitimia. **Método:** 26 participantes (50% sexo feminino) realizaram EEG e ECG durante a *Heartbeat Attention Task*. Esta tarefa induz a modulação dos PEC através do contraste entre blocos exteroceptivos (contar pulsos de som integrados num ruído branco contínuo) e blocos interoceptivos (contar batimentos cardíacos enquanto escutam ruído branco). Os participantes também completaram escalas de depressão (CES-D), ansiedade estado (STICSA-S) e alexitimia (TAS). **Resultados:** O modelo de regressão linear múltipla indicou que os sintomas de ansiedade estão positivamente associados à modulação atencional dos PEC na região frontocentral, enquanto a alexitimia apresentou uma relação significativa e negativa com esta variável. A depressão não foi um preditor significativo no modelo. **Discussão:** Os resultados indicam que a ansiedade e alexitimia apresentam associações opostas com o processamento interoceptivo. Apesar do tamanho amostral reduzido, este estudo sugere a importância de contemplar diferentes dimensões transdiagnósticas na relação entre interocepção e psicopatologia, o que poderá facilitar futuramente o enquadramento e aplicabilidade deste construto no contexto clínico.

Palavras-chave: Ansiedade; Depressão; Alexitimia; Interoceção; Potenciais Evocados Cardíacos.

Abstract

Introduction: Interoception, defined as the ability to process internal bodily signals, can be indexed neurophysiologically through heartbeat-evoked potentials (HEPs). This study aimed to examine the relationship between attentional modulation of HEPs and transdiagnostic dimensions of internalising psychopathology (depression and anxiety), as well as alexithymia. **Method:** Twenty-six participants (50% female) underwent EEG and ECG recordings while completing the Heartbeat Attention Task. This task induces HEP

modulation through the contrast between exteroceptive blocks (counting auditory pulses embedded within continuous white noise) and interoceptive blocks (counting heartbeats while listening to white noise). Participants also completed measures of depression (CES-D), state anxiety (STICSA-S), and alexithymia (TAS). **Results:** The multiple linear regression model indicated that anxiety symptoms were positively associated with the attentional modulation of HEPs in the frontocentral region, whereas alexithymia showed a significant negative association with this variable. Depression was not a significant predictor in the model. **Discussion:** These findings suggest that anxiety and alexithymia are associated with interoceptive processing in opposite directions. Despite the small sample size, this study highlights the importance of considering different transdiagnostic dimensions when examining the relationship between interoception and psychopathology. This may ultimately contribute to a clearer conceptualisation and broader clinical applicability of this construct.

Keywords: Anxiety; Depression; Alexithymia; Interoception; Heartbeat-Evoked Potentials.

1. Introdução

A interoceção pode ser definida contemporaneamente como o conjunto de processos que permite detetar, interpretar e regular os sinais internos do corpo de forma consciente e/ou inconsciente, através de mecanismos dinâmicos *bottow-up* e *top-down*, (Desmedt et al., 2025). Existem várias modalidades sensoriais que são consideradas consensualmente como sinais interocetivos (p.e., sistema respiratório e gastrointestinal, dor visceral, sede e fome), sendo o processamento cardíaco o domínio mais estudado nesta área de investigação (Nord & Garfinkel, 2022).

Ao longo dos anos o interesse no estudo da interoceção tem vindo a crescer, uma vez que esta poderá ser essencial para processos como a tomada de decisão e processamento emocional (Brewer et al., 2021; Khalsa et al., 2018). Ademais, vários autores têm destacado a associação entre interoceção e várias perturbações psiquiátricas, destacando-se o papel deste construto nas perturbações depressivas (Harshaw, 2015; Pollatos et al., 2009) e de ansiedade (Pollatos et al., 2009). No entanto, a investigação sobre modelos psicopatológicos tem vindo a experienciar alterações graduais, afastando-se de

abordagens categóricas que definem as perturbações como independentes entre si. Modelos alternativos como o *Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP)* propõem que a psicopatologia não se define através da presença ou ausência de uma perturbação, mas sim através da caracterização da severidade dos sintomas ao longo de várias dimensões psicopatológicas (Kotov et al., 2017). Segundo este modelo, as perturbações de ansiedade e depressivas interagem entre si no espetro da internalização, partilhando mecanismos emocionais e etiológicos, o que é corroborado pela elevada comorbilidade e bidirecionalidade entre ambas.

Um possível indicador do papel transdiagnóstico da interoceção na psicopatologia é a sua relação consistente com a alexitimia. A alexitimia é um construto subclínico que pode ser definido pela presença de dificuldades na identificação, descrição e interpretação das emoções (Bagby, Parker, et al., 1994; Bagby, Taylor, et al., 1994) e que tem sido associado a múltiplas dimensões da psicopatologia, incluindo ansiedade e depressão (Yeung et al., 2026). Segundo os modelos tradicionais, a alexitimia é explicada através de défices cognitivos e emocionais, enquanto os modelos contemporâneos propõem que existem alterações na perceção e integração dos sinais internos do corpo, ou seja, na interoceção (Bael et al., 2024). Assim, a reduzida perceção e interpretação dos sinais corporais poderá comprometer a capacidade do indivíduo em reconhecer, distinguir, articular e verbalizar as emoções.

Desta forma, um contributo importante para a literatura será explorar o papel da interoceção nas dimensões transdiagnósticas de internalização (depressão e ansiedade), contemplando igualmente a influência na alexitimia nesta interação. O desafio será qual o tipo de métricas ideal para operacionalizar o conceito de interoceção no contexto desta questão de investigação. O modelo atual propõe que a avaliação da interoceção deve ser enquadrada numa perspetiva multidimensional que incorpora processos básicos (correlatos neuronais), tarefas experimentais (medição objetiva do desempenho em paradigmas interoceptivos) e perceções subjetivas sobre interoceção (autorrelatos; Suksasilp & Garfinkel, 2022). A maioria dos estudos existentes explora a relação entre interoceção e psicopatologia através de medidas comportamentais e autorrelato, mas os resultados sobre o papel específico deste construto nos diversos quadros psicopatológicos têm sido altamente heterogéneos, incluindo no que concerne à ansiedade e depressão (Adams et al., 2022; Clemente et al., 2024; Eggart et al., 2019; Yeung et al., 2026).

A utilização de medidas neurofisiológicas não tem sido tão proeminente, sendo que uma potencial ferramenta objetiva para medir o processamento interoceptivo são os Potenciais Evocados Cardíacos (PEC). Os PEC são segmentos do eletroencefalograma (EEG), registados no couro cabeludo, que representam atividade cerebral sincronizada e decorrente dos *inputs* aferente após cada batimento cardíaco (Coll et al., 2021; Park & Blanke, 2019). Este indicador é particularmente útil na avaliação da interoceção uma vez que é independentemente da capacidade consciente que o indivíduo apresenta para percecionar os seus batimentos cardíacos, dado que os sinais cardíacos são ininterruptamente monitorizados pelo cérebro. Esta característica torna os PEC um veículo promissor para investigar como diferentes dimensões psicopatológicas se relacionam com o processamento neuronal da interoceção.

Existem vários estudos que exploram a relação dos PEC com perturbações específicas de ansiedade e depressão (Coll et al., 2021), mas os estudos que utilizam uma abordagem multidimensional da psicopatologia são escassos. Além disso, a maior parte dos estudos que explora a relação dos PEC com ansiedade e/ou depressão tem utilizado recolha em estado de repouso em detrimento de manipulações experimentais desta resposta neurofisiológica. Desta forma, o presente estudo tem como principal objetivo explorar a relação entre a modulação atencional dos PEC com as dimensões transdiagnósticas de internalização (depressão e ansiedade), contemplando igualmente o papel da alexitimia nesta interação.

2. Método

Participantes

Um total de 26 participantes (M_{idade} = 21.92, DP_{idade} 1.70, 50% sexo feminino) foram recrutados por conveniência através de anúncios dirigidos a estudantes universitários da cidade do Porto (divulgação em sala de aula, anúncios online em plataformas universitárias, etc). Apenas foram incluídos no estudo adultos com visão normal e/ou corrigida entre os 18 e os 25 anos, de forma a reduzir a variabilidade entre sujeitos relacionada com a idade. Foram excluídos do estudo todos os indivíduos que apresentassem défices motores e/ou auditivos que interferissem com a realização das tarefas experimentais, que apresentassem historial prévio ou atual de problemas ao nível cardiovascular, neurológico, psiquiátrico (i,e., uso de substâncias, lesões ou cirurgias cerebrais), e/ou doenças que interferissem com a atividade cerebral. Ademais, foram

excluídos aqueles que não falassem fluentemente a língua portuguesa, que tivessem dormido menos de 6 horas na noite anterior à recolha de dados ou que tivessem ingerido álcool nas 24 horas que antecedem a realização do EEG. Por último, os participantes que tivessem ingerido medicação psicoativa ou consumido drogas nos sete dias anteriores à recolha, bem como aqueles que utilizam regularmente medicação/substâncias psicotrópicas, neurodepressoras ou que interferissem com o funcionamento cardíaco (e.g., tensão arterial), foram também excluídos do estudo.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico: sexo, género, idade, nacionalidade, nível de fluência na língua portuguesa, nível educacional.

Informação Clínica: défices motores, visuais e auditivos, perturbações atuais ou anteriores ao nível cardiovascular, psiquiátrico e neurológico, utilização de medicação/substâncias psicotrópicas, neurodepressoras, ou outras, e doenças médicas graves em curso.

Questionário de *Debriefing:* perceção subjetiva do participante em relação ao nível de conforto, desconforto e foco atencional durante a tarefa, perguntas acerca das estratégias utilizadas para a deteção dos batimentos cardíacos, questões acerca da ingestão de substâncias (drogas, medicação, álcool) e horas de sono.

Escala de Alexitimia de 20 itens de Toronto: Avalia a alexitimia através de 20 itens, numa escala de Likert de 5 pontos, no qual (1) significa "discordo fortemente" e (5) "concordo fortemente", sendo que, maiores scores indica uma maior presença de alexitimia (TAS-20; (Bagby, Parker, et al., 1994; Bagby, Taylor, et al., 1994)). Esta escala foi validada para a população portuguesa, tendo incluído três subescalas: Dificuldade em Identificar Sentimentos (7 itens); Dificuldade em Descrever Sentimentos (5 itens) e Pensamento Externo (8 itens; Prazeres, Parker & Taylor, 2000; Prazeres, Parker & Taylor, 2008).

State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA): Avalia a ansiedade através de um questionário de autorrelato, composto por itens que medem tanto a ansiedade estado como a ansiedade traço, incluindo subescalas cognitivas e somáticas. Neste estudo foi utilizada apenas a seção de ansiedade estado, que inclui 21 itens que

avaliam a ansiedade experienciada no momento, sendo que a resposta é fornecida através de uma escala de Likert de 4 pontos (Ree et al., 2000; 2008). A versão portuguesa foi adaptada por Ferreira-Santos, Melo e Castro, Rebelo & Martins (2016), tendo demonstrado adequadas propriedades psicométricas na população portuguesa (α de Cronbach entre .803 e .869 e Ω entre .895 e .945; Barros et al., 2022).

Escala de Depressão do Center for Epidemiologic Studies (CES-D): Avalia a sintomatologia depressiva através de um questionário de autorrelato composto por 20 itens, que medem a frequência dos sintomas na última semana numa escala de Likert de 4 pontos. O score total pode variar entre 0 e 60 pontos, sendo que valores mais elevados indicam maior intensidade de sintomatologia depressiva (Radloff, 1977). Esta escala encontra-se validada para a população portuguesa, sendo de acesso aberto e apresentando elevada consistência interna (α de Cronbach entre 0.87 e 0.92), bem como boa validade convergente com diagnósticos clínicos (Gonçalves & Fagulha, 2004) .

Eletroencefalograma (EEG): Os dados foram recolhidos através do sistema GES400 (Electrical Geodesics, Inc, Eugene, Oregan, USA). O EEG incluiu uma touca H*ydroCel Geodesic Sensor NetTM* (Electrical Geodesics, Inc - EGI) com 64 elétrodos Ag/AgCl, seguindo o sistema internacional 10-20. As impedâncias dos eletrodos foram mantidas abaixo dos 50 kΩ (alta impedância) no início da recolha dos dados para todos os participantes, de forma a garantir a boa qualidade do sinal. A atividade dos sinais foi registada com uma taxa de amostragem a 500Hz.

Ecocardiograma (ECG): Os dados foram recolhidos através de uma caixa Physio16, Polygraphic (EGI), utilizando eletrodos Ag/AgCl com gel condutor colocados na clavícula direita e no tornozelo esquerdo.

Procedimentos

Inicialmente os participantes realizaram a sua inscrição *online*, tendo posteriormente preenchido um breve questionário (aproximadamente 5 minutos) de forma a verificar se cumpriam os critérios de elegibilidade. Aqueles que os cumpriram, foram contactados com o objetivo de agendar uma sessão laboratorial, bem como relembrados acerca da necessidade de cumprimento de alguns dos critérios para participação (e.g., ingestão de substâncias, sono). O não cumprimento destes critérios implicaria a necessidade de cancelar a sessão e posterior agendamento da mesma. No dia da sessão, foi verificado

através de um pequeno questionário se os participantes cumpriam todos os critérios de elegibilidade para a participação no estudo. Os indivíduos que asseguraram estes critérios receberam o consentimento informado, no qual constavam informações detalhadas acerca do estudo, podendo também, esclarecer dúvidas com os investigadores. Este projeto foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Lusófona (código de aprovação do projeto: CEDIC73_09.22).

Seguidamente, o participante foi encaminhado para uma sala previamente preparada pelos investigadores, que cumpria todos os requisitos para a recolha dos dados de EEG e ECG. Os participantes sentaram-se numa cadeira fixa, colocada a cerca de 100 centímetros do ecrã. Posteriormente, de forma a escolher adequadamente o tamanho da touca, permitindo a máxima qualidade do registo do EEG, foi-lhes medida a circunferência da cabeça com uma fita métrica, tendo seguidamente, localizado os pontos *nasion* e *inion* para encontrar a localização do elétrodo CZ. De seguida, foi colocada a touca geodésica da marca EGI, com 64 canais. Foi verificada a impedância de todos os elétrodos para garantir que não ultrapassavam os 50 kΩ. Antes da recolha, instruiu-se o participante a minimizar os movimentos de forma a reduzir os artefactos no sinal. Para o registo do ECG, foram colocados no participante dois elétrodos, um elétrodo negativo na clavícula direita e um positivo no tornozelo esquerdo.

Todos os participantes realizaram inicialmente uma recolha de dados em estado de repouso. Seguidamente, os participantes realizaram uma versão adaptada da tarefa *Heartbeat Attention Task* (Petzschner et al., 2019) desenvolvida por Campos (2023) para avaliar a atenção interoceptiva cardíaca. Os participantes tiveram dois tipos de condições: (1) blocos exterocetivos (i.e., controlo) nos quais os indivíduos ouviram *white noise* com inúmeros pulsos de som (100ms), sendo-lhes pedido que os contabilizassem. É importante ressaltar que o limiar do som foi ajustado individualmente, através de um procedimento inicial de definição do limiar com ajustes de 5% do volume até que o participante conseguisse detetar efetivamente estes pulsos. Na condição experimental, o *white noise* foi definido em menos 5% do que o limiar individual determinado; (2) blocos interoceptivos, onde foi solicitado que contassem os batimentos cardíacos enquanto continuavam a ouvir o *white noise* e os pulsos de som (100ms). No final de cada um dos blocos os participantes foram questionados sobre quantos pulsos de som ouviram ou

quantos batimentos cardíacos sentiram, mediante a condição. Todos os participantes estavam sentados e com os olhos fechados.

Aquando da conclusão das tarefas, os participantes preencheram um questionário sociodemográfico e medidas de autorrelato através da plataforma *LimeSurvey*. A ordem de administração destas medidas foram contrabalançadas de forma a mitigar o efeito da ordem, contudo, o questionário de *debriefing* e o sociodemográfico foram sempre administrados na fase inicial do preenchimento. A sessão durou aproximadamente 90 minutos, tendo sido entregue a cada participante um *voucher* de 20€ pela sua participação.

Processamento de Sinal e Análise Estatística

Os passos de pré-processamento dos dados foram realizados na *toolbox* EEGLAB (v. 2023.0). A *pipeline* incluiu as seguintes etapas: *downsampling* 250 Hz; filtragem (passa-alto 0.1 Hz e passa-baixo 30 Hz no EEG; passa-alto 3 Hz e passa-baixo 30 Hz no ECG); remoção automática de canais ruidosos (critérios de correlação mínima de 0.7 com canais adjacentes e desvio-padrão máximo de 4 para ruído de alta frequência); remoção de artefactos (e.g., pestanejo, atividade muscular ou artefactos cardíacos) através de Análise de Componentes Independentes (ICA) com critério automático por ICLabel (probabilidade superior a 50%); interpolação de canais rejeitados (M = 1.08); re-referenciação de média comum; identificação de picos R com algoritmo "ecglab slow" do *plugin* HEPLAB, seguido de revisão manual; *epoching* com base no pico R entre -100ms e 600 ms; extração da amplitude média por condição. A extração de amplitude média foi efetuada com base na meta-análise de Coll et al. (2021), sendo analisada a janela entre 350–500 ms após o pico R em elétrodos fronto-centrais e centrais, nomeadamente: Cz (E65), C1 (E16), C3 (E20), C4 (E50), C2 (E51), Fz (E06), F3 (E12), F1 (E09), F4 (E60), F2 (E03), FC3 (E15), FC1 (E07), FCz (E05), FC4 (E53) e FC2 (E54). Participantes com mais de 10% de elétrodos excluídos relativamente ao total de canais foram removidos da análise, não sendo necessário excluir nenhum participante. Existiram diferenças significativas entre as duas condições em relação ao número de épocas incluídas para a análise ($p < .001$), apesar do número de épocas final ser elevado e suficiente quer na condição interocetiva (M=277.19, DP=41.10), quer na exterocetiva (M=283.35, DP=39.21).

As análises descritivas e inferenciais foram realizadas no JASP (versão 0.19.3; JASP Team, 2023). Não foram identificados outliers utilizando o critério de 3 intervalos interquartis (Gignac, 2019). O nível de significância foi definido em $\alpha = .05$. As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas (n) e relativas (%), enquanto as variáveis contínuas foram apresentadas como média e desvio-padrão. Para a análise inferencial, foram utilizados testes paramétricos sempre que a distribuição dos dados foi considerada aproximadamente normal, segundo os critérios de assimetria (< |2.0|) e curtose (< |9.0|) (Gignac, 2019). Quando estes pressupostos não foram cumpridos, recorreu-se a testes não paramétricos.

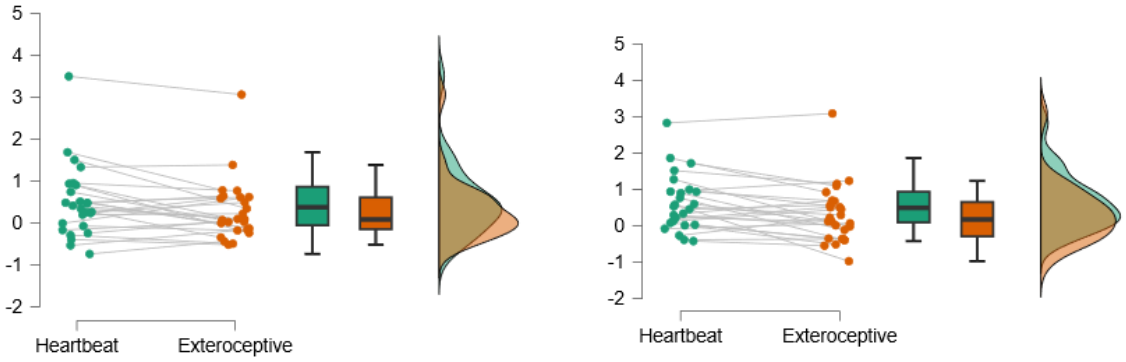
Foram utilizados testes t para amostras emparelhadas para comparar a amplitude média dos PEC entre as condições interoceptiva e exteroceptiva. Quando os pressupostos de normalidade foram violados, recorreu-se ao teste de Wilcoxon. Para avaliar a associação bivariada entre a modulação dos PEC e os *scores* de depressão, ansiedade e alexitimia, foram utilizadas correlações de Pearson. Por fim, foi realizado um modelo de regressão linear múltipla colocando com os *scores* de depressão, ansiedade e alexitimia com preditores e a modulação dos PEC como variável dependente. Apenas foram realizados modelos de regressão para os eletrodos em que modulação da amplitude do PEC fosse significativa, com base nos testes t para amostras emparelhadas previamente descritos.

3. Resultados

Os pressupostos de normalidade foram cumpridos nas variáveis em análise (assimetria < |2.0|; curtose < |9.0|). No elétrodo FC1, a amplitude dos PEC foi superior durante a condição interocetiva (M=0.49 μV, DP=0.87) comparativamente à condição exterocetiva (M=0.28 μV, DP=0.73), t (25) = 2.12, p = .044, d = 0.42. De igual modo, o elétrodo CZ apresentou também uma amplitude superior dos PEC na condição interocetiva (M = 0.62 μV, DP = 0.76) quando comparada com a condição exterocetiva (M = 0.31 μV, DP = 0.80), t (25) = 2.84, p = .009, d = 0.56. Estes resultados encontram-se ilustrados na Figura 1 e sugerem que a manipulação experimental da tarefa produziu os efeitos neurofisiológicos pretendidos na amplitude dos PEC. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre condições nos restantes elétrodos analisados (p > .05).

Figura 1

Gráfico Raincloud da Amplitude dos PEC em FC1 e Cz



Nota: Gráfico *raincloud* ilustrando a distribuição da amplitude dos PEC nos elétrodos FC1 (esquerda) e Cz (direita) durante a condição interocetiva (verde) e exterocetiva (laranja). Cada gráfico apresenta um boxplot indicando a mediana e o intervalo interquartil.

Quando realizadas as correlações entre a modulação dos PEC e os *scores* totais das escalas de ansiedade, alexitimia e depressão, estas não se verificaram estatisticamente significativas ($p > .05$). No entanto, a regressão linear múltipla com estes 3 preditores e a modulação da amplitude do PEC em FC1 originou um modelo marginalmente significativo, *Adj* $R^2 = .186$, $F\ (3,22) = 2.908$, $p = .057$, com a emergência da ansiedade estado e para a alexitimia como preditores individuais, conforme detalhado na Tabela 1. A ansiedade estado mostrou-se um preditor significativo na modulação dos PEC, $B = 0.039$, $\beta = .703$, $t = 2.63$, $p = .015$), indicando que níveis mais elevados de ansiedade estado estão associados a uma maior modulação atencional dos PEC. Por sua vez, a alexitimia surgiu como um preditor negativo da modulação atencional dos PEC, $B = -0.026$, $\beta = -.521$, $t = -2.21$, $p = .038$, revelando que níveis mais elevados de alexitimia estão associados a uma menor modulação desta medida neurofisiológica. A depressão não se revelou um preditor significativo da modulação atencional dos PEC, $B = -0.007$, $\beta = -.105$, $t = -0.42$, $p = .679$. Importa ainda realçar que o modelo de regressão com a modulação dos PEC em Cz não apresentou resultados semelhantes, *Adj* $R^2 = -0.103$, $F\ (3,22) = 0.225$, $p = .878$

Tabela 1

Regressão linear múltipla para a predição da modulação atencional dos PEC no elétrodo FC1

Variáveis	*B*	*SE*	*β*	*t*	*p*
Ansiedade-estado	.039	.015	.703	2.631	.015

Alexitimia	-.026	.012	-.521	-2.211	.038
Depressão	-.007	.016	-.105	-0.419	.679

Nota. Adj. R^2=.186, F (3,22) =2.908, p = .057. *B* = coeficiente de regressão não padronizado; *SE* = erro-padrão; β= coeficiente de regressão padronizado.

4. Discussão

O presente estudo teve como objetivo investigar a relação entre a modulação atencional dos PEC e dimensões transdiagnósticas de internalização, nomeadamente ansiedade e depressão, bem como alexitimia. Partindo de uma abordagem dimensional da psicopatologia (Kotov et al., 2017), o estudo procurou compreender de que forma estas dimensões se associam ao processamento neurofisiológico da interoceção. Esta abordagem é consistente com modelos contemporâneos que conceptualizam a interoceção como um mecanismo central na emoção e psicopatologia (Khalsa et al., 2018; Nord & Garfinkel, 2022), sendo os PEC um marcador neurofisiológico relevante deste processamento (Coll et al., 2021; Park & Blanke, 2019). Os resultados indicaram que a ansiedade estado se associa positivamente à modulação atencional dos PEC, enquanto a alexitimia apresenta uma associação negativa significativa. A depressão não revelou associação significativa com a modulação dos PEC. Estes efeitos surgiram apenas no modelo de regressão múltipla, sugerindo que os efeitos das dimensões transdiagnósticas na interoceção podem ser parcialmente dependentes da sua interação.

No que respeita à ansiedade, os resultados são consistentes com a literatura que sugere alterações no processamento interoceptivo cardíaco em perturbações de ansiedade. Pang et al. (2019) reportaram que indivíduos com ansiedade generalizada apresentam padrões alterados de resposta cortical a sinais cardíacos. Além disso, estes autores observaram também que a modulação dos PEC (olhos abertos vs. olhos fechados) estava apenas presente no grupo de controlo. Estes resultados sugerem que a modulação pode estar suprimida em quadros diagnosticados, mas presente nos subclínicos, o que sugere que a ansiedade pode não apresentar uma relação linear com os PEC. Adicionalmente, Verdonk et al. (2024) reportaram anomalias na resposta neural evocada pelo batimento cardíaco na perturbação de ansiedade generalizada, particularmente sob condições de modulação autonómica, sugerindo uma maior sensibilidade a estados corporais internos. De forma semelhante, estudos em indivíduos com perturbação de pânico têm reportado alterações

nos PEC (Gao et al., 2026). Assim, os presentes resultados parecem reforçar a hipótese de que a ansiedade está associada a uma maior reatividade ou incremento atencional no processamento dos sinais cardíacos.

Relativamente à alexitimia, a associação negativa encontrada sugere um padrão de redução da modulação interoceptiva cortical em indivíduos com maior dificuldade na identificação e descrição emocional. Este resultado é consistente com modelos teóricos que conceptualizam a alexitimia como um défice de integração interoceptiva (Bael et al., 2024; Brewer et al., 2016) e alinha-se com os resultados reportados por Rapp et al. (2025) que evidenciaram uma correlação negativa entre a alexitimia e os PEC. Apesar da literatura neurofisiológica permanecer escassa neste âmbito, alguns autores têm reportado resultados distintos com amostras clínicas. O estudo de Schulz et al. (2015), realizado com uma amostra com perturbação de despersonalização, não observou uma associação significativa entre a alexitimia e os PEC medidos em estado de repouso. De forma semelhante, Flasbeck et al. (2020) identificaram uma relação positiva entre os PEC registados em elétrodos frontais e a alexitimia em pacientes com perturbação *borderline*. Será portanto razoável especular que a relação entre PEC e alexitimia é influenciada pela sua interação com vários domínios psicopatológicos. Contudo, é importante enfatizar que as relações observadas nos estudos supramencionados poderão refletir a heterogeneidade da amostra utilizada e da condição experimental em que os PEC foram medidos (i.e., *resting state*, atenção interocetiva, etc).

Em contraste, a ausência de associação significativa entre depressão e modulação dos PEC não está alinhada com alguns estudos existentes na literatura. Terhaar et al. (2012) reportaram reduções na amplitude dos PEC em indivíduos com perturbação depressiva major comparativamente ao grupo de controlo. De forma semelhante, Zhou et al. (2022) verificaram que pacientes com a mesma perturbação apresentavam amplitudes dos PEC atenuadas. Estes resultados podem ser interpretados à luz da heterogeneidade da depressão enquanto construto, sendo possível que a modulação atencional dos PEC não constitua um marcador sensível da sintomatologia depressiva em amostras subclínicas, onde a variabilidade dos sintomas é mais restrita do que em populações clínicas.

Apesar dos contributos, o presente estudo apresenta limitações importantes. O tamanho amostral reduzido limita o poder estatístico e a generalização dos resultados. Adicionalmente, o desenho transversal impede inferências causais sobre a relação entre

interoceção e psicopatologia. A utilização de uma amostra não clínica pode também ter restringido a variabilidade dos sintomas depressivos, contribuindo para a ausência de efeitos significativos.

Em conclusão, este estudo evidencia que diferentes dimensões transdiagnósticas de internalização estão associadas de forma diferencial à modulação atencional dos PEC. Em particular, os resultados sugerem que a ansiedade está associada a um aumento da amplitude de respostas corticais interocetivas no domínio cardíaco, enquanto a alexitimia se associa a uma redução desse processamento. Estes resultados reforçam a importância de abordagens transdiagnósticas e multidimensionais na investigação da interoceção e suportam a utilidade dos PEC como possível marcador neurofisiológico sensível a diferenças individuais em várias dimensões da psicopatologia, o que poderá facilitar futuramente o enquadramento e aplicabilidade deste construto no contexto clínico.

5. Referências

Adams, K. L., Edwards, A., Peart, C., Ellett, L., Mendes, I., Bird, G., & Murphy, J. (2022). The association between anxiety and cardiac interoceptive accuracy: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 140*, 104754. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104754

Bael, K. V., Scarfo, J., Suleyman, E., Katherveloo, J., Grimble, N., & Ball, M. (2024). A systematic review and meta-analysis of the relationship between subjective interoception and alexithymia: Implications for construct definitions and measurement. *PLOS ONE, 19*(11), e0310411. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0310411

Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research, 38*(1), 23–32. https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1

Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research, 38*(1), 33–40. https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90006-X

Barros, F., Figueiredo, C., Brás, S., Carvalho, J. M., & Soares, S. C. (2022). Multidimensional assessment of anxiety through the State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA): From dimensionality to response prediction across emotional contexts. *PLoS ONE, 17*(1), e0262960. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262960

Brewer, R., Cook, R., & Bird, G. (2016). Alexithymia: A general deficit of interoception. *Royal Society Open Science, 3*(10), 150664. https://doi.org/10.1098/rsos.150664

Brewer, R., Murphy, J., & Bird, G. (2021). Atypical interoception as a common risk factor for psychopathology: A review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 130*, 470–508. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.07.036

Clemente, R., Murphy, A., & Murphy, J. (2024). The relationship between self-reported interoception and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 167*, 105923. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105923

Coll, M.-P., Hobson, H., Bird, G., & Murphy, J. (2021). Systematic review and meta-analysis of the relationship between the heartbeat-evoked potential and interoception. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 122, 190–200. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.12.012

Delorme, A., & Makeig, S. (2004). EEGLAB: An open source toolbox for analysis of single-trial EEG dynamics including independent component analysis. *Journal of Neuroscience Methods, 134*(1), 9–21. https://doi.org/10.1016/j.jneumeth.2003.10.009

Desmedt, O., Luminet, O., Maurage, P., & Corneille, O. (2025). Discrepancies in the definition and measurement of human interoception: A comprehensive discussion and suggested ways forward. *Perspectives on Psychological Science, 20*(1), 76–98. https://doi.org/10.1177/17456916231191537

Eggart, M., Lange, A., Binser, M. J., Queri, S., & Müller-Oerlinghausen, B. (2019). Major depressive disorder is associated with impaired interoceptive accuracy: A

systematic review. *Brain Sciences, 9*(6), 131. https://doi.org/10.3390/brainsci9060131

Ferreira-Santos, F., Melo e Castro, J., Rebelo, D., & C. Martins, E. (2016). *STICSA-T-pt*.

Flasbeck, V., Popkirov, S., Ebert, A., & Brüne, M. (2020). Altered interoception in patients with borderline personality disorder: A study using heartbeat-evoked potentials. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 7*(1), 24. https://doi.org/10.1186/s40479-020-00139-1

Gao, Z., Xiong, Z., Li, M., Chang, Y., Kärkkäinen, T., Cong, F., & Wang, X. (2026). *Associations between self-reported interoception and resting-state EEG markers in panic disorder: Heartbeat-evoked potentials and spectral power*. BMC Psychology. https://doi.org/10.1186/s40359-026-04736-7

Gignac, G. E. (2023). *How2statsbook (Online Edition 2)*. Perth, Australia: Author.

Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). The Portuguese version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *European Journal of Psychological Assessment, 20*(4), 339–348. https://doi.org/10.1027/1015-5759.20.4.339

Harshaw, C. (2015). Interoceptive dysfunction: Toward an integrated framework for understanding somatic and affective disturbance in depression. *Psychological bulletin, 141*(2), 311–363. https://doi.org/10.1037/a0038101

Khalsa, S. S., Adolphs, R., Cameron, O. G., Critchley, H. D., Davenport, P. W., Feinstein, J. S., Feusner, J. D., Garfinkel, S. N., Lane, R. D., Mehling, W. E., Meuret, A. E., Nemeroff, C. B., Oppenheimer, S., Petzschner, F. H., Pollatos, O., Rhudy, J. L., Schramm, L. P., Simmons, W. K., Stein, M. B., … Zucker, N. (2018). Interoception and Mental Health: A Roadmap. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging, 3*(6), 501–513. https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2017.12.004

Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y.,

Lynam, D. R., Markon, K., … Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology, 126*(4), 454–477. https://doi.org/10.1037/abn0000258

Nord, C. L., & Garfinkel, S. N. (2022). Interoceptive pathways to understand and treat mental health conditions. *Trends in Cognitive Sciences, 26*(6), 499–513. https://doi.org/10.1016/j.tics.2022.03.004

Pang, J., Tang, X., Li, H., Hu, Q., Cui, H., Zhang, L., Li, W., Zhu, Z., Wang, J., & Li, C. (2019). Altered interoceptive processing in generalized anxiety Disorder—A heartbeat-evoked potential research. *Frontiers in Psychiatry, 10*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00616

Park, H.-D., & Blanke, O. (2019). Heartbeat-evoked cortical responses: Underlying mechanisms, functional roles, and methodological considerations. *NeuroImage, 197*, 502–511. https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2019.04.081

Perakakis, P. (2019). *HEPLAB: A Matlab graphical interface for the preprocessing of the heartbeat-evoked potential (Version v1.0.0)*. Zenodo. http://doi.org/10.5281/zenodo.2649943

Pollatos, O., Traut-Mattausch, E., & Schandry, R. (2009). Differential effects of anxiety and depression on interoceptive accuracy. *Depression and Anxiety, 26*(2), 167–173. https://doi.org/10.1002/da.20504

Prazeres, N., Parker, J., & Taylor, G. (2000). Adaptação portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (TAS-20). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica (RIDEP), 9*, 9–21.

Prazeres, N., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (2008). Escala de Alexitimia de Toronto de vinte itens (TAS-20). In *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*: Vol. II (2nd ed., pp. 95–107). Quarteto.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*(3), 385–401. https://doi.org/10.1177/014662167700100306

Rapp, L., Mai-Lippold, S. A., Georgiou, E., & Pollatos, O. (2025). Atypical automatic processing of interoceptive information in adolescents with alexithymia. *Journal of Affective Disorders Reports, 21*, 100958. https://doi.org/10.1016/j.jadr.2025.100958

Ree, M. J., French, D., MacLeod, C., & Locke, V. (2008). Distinguishing cognitive and somatic dimensions of state and trait anxiety: Development and validation of the State–Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36*(3), 313–332. https://doi.org/10.1017/S1352465808004232

Ree, M. J., MacLeod, C., French, D., & Locke, V. (2000). *State-trait inventory for cognitive and somatic anxiety (STICSA)*. Australia: The University of Western Australia.

Schulz, A., Köster, S., Beutel, M. E., Schächinger, H., Vögele, C., Rost, S., Rauh, M., & Michal, M. (2015). Altered patterns of heartbeat-evoked potentials in Depersonalization/Derealization disorder: Neurophysiological evidence for impaired cortical representation of bodily signals. *Biopsychosocial Science and Medicine, 77*(5), 506. https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000195

Suksasilp, C., & Garfinkel, S. N. (2022). Towards a comprehensive assessment of interoception in a multi-dimensional framework. *Biological Psychology, 168*, 108262. https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2022.108262

Terhaar, J., Viola, F. C., Bär, K.-J., & Debener, S. (2012). Heartbeat evoked potentials mirror altered body perception in depressed patients. *Clinical Neurophysiology, 123*(10), 1950–1957. https://doi.org/10.1016/j.clinph.2012.02.086

Verdonk, C., Teed, A. R., White, E. J., Ren, X., Stewart, J. L., Paulus, M. P., & Khalsa, S. S. (2024). Heartbeat-evoked neural response abnormalities in generalized anxiety disorder during peripheral adrenergic stimulation. *Neuropsychopharmacology, 49*(8), 1246–1254. https://doi.org/10.1038/s41386-024-01806-5

Yeung, S. R., Kiropoulos, L., Nguyen, C. P. Q., Liu, S., Widjaja, E. S., Dang, A. B., Fuller-Tyszkiewicz, M., & Krug, I. (2026). *Is alexithymia a transdiagnostic factor across depressive, anxiety, and eating disorders in adults?* A meta-analytic review. Clinical Psychology: Science and Practice, 33(2), 123–145. https://doi.org/10.1037/cps0000288

Zhou, H., Zou, H., Dai, Z., Zhao, S., Hua, L., Xia, Y., Han, Y., Yan, R., Tang, H., Huang, Y., Du, Y., Wang, X., Yao, Z., & Lu, Q. (2022). Interoception dysfunction contributes to the negative emotional bias in major depressive disorder. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 874859. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.874859

Potência teta frontal e coerência alfa frontoparietal na perturbação depressiva major

Aray Fernández-Gorjón, María Fernández-Becerra, Izaskun Fernández-Uzal, Patricia Villagrá-Martinez, Noelia Prieto, Daniel Cordeiro, Carlos Aznarez, David Wöbbeking y Ruben Pérez-Elvira.

Universidade Pontificia de Salamanca, Espanha

Autor Correspondente: María Fernández-Becerra. E-mail: mfernandezbe@upsa.es

Resumo: A perturbação depressiva major (PDM) carece atualmente de biomarcadores objetivos e interpretáveis. Propusemo-nos comparar a potência teta frontal e a coerência alfa frontoparietal entre indivíduos com PDM e controlos saudáveis, visando explorar alterações na organização oscilatória cerebral.
Palavras-chave: Perturbação depressiva major; Eletroencefalografia; Potência teta; Coerência alfa; Biomarcadores objetivos.

Abstract: Major depressive disorder (MDD) currently lacks objective and interpretable biomarkers. We aimed to compare frontal theta power and frontoparietal alpha coherence between individuals with MDD and healthy controls, seeking to explore alterations in brain oscillatory organization.
Key-Words: Major depressive disorder; Electroencephalography; Theta power; Alpha coherence; Objective biomarkers.

1. Introdução

O diagnóstico atual da Perturbação Depressiva Maior (PDM) baseia-se fortemente em critérios subjetivos, pois depende fundamentalmente de entrevistas clínicas e escalas de auto-relato. Existe uma necessidade crítica na ciência médica de encontrar biomarcadores objetivos que complementem e validem este diagnóstico tradicional (Wang et al., 2024). Neste contexto, o eletroencefalograma quantitativo (qEEG) em estado de repouso funciona como uma janela de medição direta para a fisiopatologia do cérebro deprimido. Esta ferramenta permite substituir as impressões clínicas por dados elétricos estáveis e reproduzíveis (Newson & Thiagarajan, 2019).

A densidade espetral na banda Teta (4-8 Hz) frontal constitui o primeiro biomarcador chave deste modelo neurofisiológico. Uma menor potência de ondas Teta nas regiões frontais associa-se diretamente à anhedonia e à perda de motivação clínica. Esta descida

atua como um "défice de combustível" que reflete uma falha adaptativa no circuito de recompensa e no córtex cingulado anterior (Wacker et al., 2009). Da mesma forma, alterações localizadas em sub-bandas Teta confirmam a existência de uma desregulação no processamento do afeto (Jaworska et al., 2012).

Relativamente à conectividade, a coerência rítmica na banda Alfa (8-13 Hz) revela como as diferentes áreas corticais comunicam entre si. Os cérebros com PDM mostram, paradoxalmente, uma conectividade e homogeneidade exageradas nesta banda (Leuchter et al., 2012). Este fenómeno não implica uma melhor comunicação, mas sim uma "rigidez funcional" onde as áreas ficam excessivamente sincronizadas ou "coladas". Como consequência, o cérebro perde a flexibilidade necessária para alternar estados cognitivos ou sair de loops de pensamento (Wang et al., 2024).

Esta rigidez funcional e hipersincronia Alfa de longo alcance sustentam diretamente os processos de ruminação cognitiva (Hamilton et al., 2015). A ruminação implica um foco recorrente e incontrolável do paciente no seu mal-estar e nas suas causas afetivas. Ao nível dos circuitos eletrofisiológicos, os sujeitos ruminadores apresentam uma marcada hipoativação do córtex pré-frontal dorsolateral esquerdo (DLPFC). Isto provoca uma redução drástica do fluxo de informação top-down na banda Beta em direção ao lobo temporal, o que anula o "travão pré-frontal" cognitivo (Ferdek et al., 2016). Quando este controlo falha, o cérebro fica mecanicamente preso em ciclos negativos.

Objetivos e Hipóteses

Os nossos objetivos principais são:

- Avaliar a potência espetral na banda Teta frontal como biomarcador da depressão.
- Analisar a conectividade funcional através da coerência na banda Alfa.

Partindo de duas hipóteses:

- H1: Os pacientes com PDM terão menos potência Teta frontal, sendo isto um indicativo de hipofrontalidade e anhedonia.
- H2: Os pacientes com PDM terão mais coerência Alfa, o que representa um indicador direto de rigidez funcional.

2. Métodos

2.1. Design do estudo

Foi realizado um estudo transversal com grupo controle e grupo experimental na análise da atividade cerebral por meio do registro de dados em estado de repouso.

2.2. Amostra do estudo

Para a nossa investigação, trabalhamos com uma base de dados aberta, Dataset no Figshare. A amostra original foi composta por 30 sujeitos com TDM (MDD) e 28 controlos saudáveis (HC). No entanto, para que os resultados fossem totalmente fiáveis, não usamos todos os dados da base original porque alguns ficheiros estavam danificados ou tinham ruído técnico excessivo. Então ficamos com uma amostra de 50 sujeitos: 24

diagnosticados com TDM (MDD) sendo 50% homens e 50% mulheres, e 26 controlos saudáveis (HC) 70% homens e 30% mulheres.

2.3. Instrumentos utilizados

O instrumento de medida utilizado foi o eletroencefalograma (EEG) de repouso, que serviu como teste técnico, mas também como ferramenta clínica e biométrica a fim de

observar a fisiopatologia do cérebro deprimido, permitindo que os padrões de potência e conectividade sejam medidos objetivamente.

2.4. Recolha de dados

Com base nos registos do EEG, aplicou-se um filtro ao sinal para eliminar qualquer tipo de interferência elétrica e, em vez de se depender exclusivamente de processos automatizados, procedeu-se a uma revisão visual e manual de cada registo. Isto permitiu garantir a estabilidade do sinal e assegurar que os dados refletiam a atividade cerebral real e não erros de gravação. Além disso, cada hemisfério cerebral foi analisado separadamente numa primeira fase, para verificar a ausência de assimetrias anormais, tendo-se procedido posteriormente à criação de uma métrica global através da média de ambos os lados.

Com base nestes registos, foram extraídas seis colunas com os pontos de dados essenciais para o estudo e calculou-se a "força" (potência) da banda Teta, com foco nas regiões frontais (F3 e F4), e a "sincronia" (coerência) da banda Alfa no par fronto-parietal (F4-P4 e F3-P3).

2.5. Análise de dados

A análise estatística foi dividida em várias fases para examinar a Potência Teta (variável independente, associada à ruminação) e a Coerência Alfa (variável dependente, associada à conectividade).

Foi aplicado o teste de Shapiro-Wilk para avaliar a distribuição dos dados. Dada a natureza não paramétrica dos dados, descartou-se o uso da correlação de Pearson e utilizou-se a correlação de Spearman devido à sua robustez face a valores atípicos. Além disso, para as comparações entre os dois grupos (MDD e Controlo), utilizou-se o teste U de Mann-Whitney.

Para o cálculo dos índices biomarcadores, foi formulado um Índice Composto de Eficiência Funcional, que divide a Potência Relativa Teta Frontal pela Coerência Global Alfa (Anexo 1). Este rácio permitiu associar a sensibilidade clínica da sobrecarga cognitiva à degradação da rede fronto-parietal.

Além disso, para corrigir variáveis de confusão (como possíveis picos de stress nos controlos) e poder comparar a ineficiência intraindividual líquida, o índice bruto foi convertido em pontuações Z utilizando a fórmula da padronização. Isto permitiu identificar claramente os níveis patológicos e a extrema vulnerabilidade do grupo com TDM em comparação com o grupo de controlo.

3. Resultados

Devido à natureza e distribuição dos dados, as análises estatísticas foram executadas através do teste não-paramétrico U de Mann-Whitney.

3.1. Potência Espectral na Banda Teta (Hipofrontalidade)

A análise da potência relativa na banda Teta (4-7 Hz) revelou uma redução estatisticamente significativa nas regiões frontais do grupo com PDM em comparação com o grupo de controlo. Esta diminuição da atividade oscilatória corrobora a primeira hipótese colocada (H1), que postulava a presença de hipofrontalidade em pacientes deprimidos.

Especificamente, no hemisfério esquerdo (elétrodo F3), a mediana da potência espectral diminuiu de 22.10 nos sujeitos saudáveis para 19.68 nos pacientes com PDM, alcançando significância estatística ($p = 0.021$). Por outro lado, no hemisfério direito (elétrodo F4), a diferença entre ambos os grupos foi ainda mais acentuada; a mediana decresceu de um valor de 28.74 no grupo HC para 19.91 no grupo com PDM ($p = 0.013$). Os resultados numéricos destas comparações encontram-se estruturados na Tabela 1.

3.2. Conectividade Funcional na Banda Alfa (Rigidez Funcional)

Relativamente à avaliação das redes de interconexão sincrónica, o indicador mais robusto do estudo manifestou-se na conectividade da banda Alfa (8-12 Hz). Ao analisar o par de elétrodos frontoparietais do hemisfério direito (F4-P4), observou-se um aumento massivo e estatisticamente muito significativo da Coerência Alfa nos pacientes do grupo clínico.

A mediana da coerência no par F4-P4 ascendeu de 0.21 refletido pelo grupo de controlo (HC) para 0.39 pertencente al grupo com PDM. A avaliação estatística revelou um valor de significância de $p = 0.0002$, o que confirma de forma contundente a segunda

hipótese do trabalho (H2). A dispersão e as diferenças deste biomarcador estão sintetizadas na Tabela 2.

3.3. Índice Composto de Eficiência Funcional e Integração da Assinatura EEG

Para mitigar possíveis variáveis de confusão pontuais (como picos de stresse transitórios nos controlos) e isolar a ineficiência intraindividual líquida, procedeu-se ao cálculo do Índice Composto de Eficiência Funcional. Este índice operativo foi estruturado a partir do quociente obtido ao dividir a Potência Relativa Teta Frontal pela Coerência Global Alfa.

Com o objetivo de padronizar e comparar as métricas de forma direta, os valores brutos do índice composto foram convertidos em pontuações estandarizadas (Z). Ao contrastar os perfis das medianas normalizadas, observou-se que a pegada neurofisiológica do cérebro deprimido se carateriza por um duplo impacto sincrónico: por um lado, uma contração em termos de potência espectral (reflexo do défice motivacional e anhedonia) e, por outro, um estiramento longitudinal em termos de coerência (reflexo da rigidez cognitiva e do sequestro de redes neuronais). Esta assimetria interhemisférica posiciona os componentes do hemisferio direito (especialmente o elétrodo F4 e o enlace F4-P4) como as coordenadas biológicas mais sensíveis e fiáveis para a delimitação e diagnóstico objetivo da PDM.

Tabela 1
Comparação das medianas de potência relativa na banda Teta (F3 e F4) entre o grupo de controlo (HC) e o grupo com Perturbação Depressiva Major (PDM)

Região / Elétrodo	Grupo Controlo (HC) (n=26)	Grupo PDM (n=24)	Valor p (U de Mann-Whitney)
Frontal Esquerdo (F3)	22.10	19.68	0.021*
Frontal Direito (F4)	28.74	19.91	0.013*

* Diferença estatisticamente significativa ($p < 0.05$)

Tabela 2
Comparação da coerência funcional na banda Alfa no par frontoparietal direito (F4-P4)

Par de Elétrodos	Mediana Grupo HC (n=26)	Mediana Grupo PDM (n=24)	Valor p (U de Mann-Whitney)
Frontoparietal Direito (F4-P4)	0.21	0.39	0.0002**

** Diferença altamente significativa ($p < 0.001$)

4. Discussão

Os resultados obtidos fornecem um apoio empírico claro às alterações na organização oscilatória cerebral que caracterizam a Perturbação Depressiva Maior (PDM). A redução significativa da potência espetral relativa na banda Teta frontal — observada tanto no elétrodo F3 (p=0.021) como no F4 (p=0.013) — confirma a presença de hipofrontalidade no grupo clínico. Este declínio na energia Teta atua como um "défice de combustível" do sistema, refletindo uma falha no circuito de recompensa e na ativação da corteza cingulada anterior (Olbrich & Arns, 2013; Wacker et al., 2009). Estas anomalias estão diretamente associadas a sintomas como a anhedonia e a perda de motivação intrínseca em pacientes não medicados (Jaworska et al., 2012)

O achado mais contundente deste estudo manifestou-se no aumento massivo da coerência na banda Alfa no par frontoparietal direito F4-P4 (p=0.0002), confirmando a segunda hipótese (H2). Longe de indicar uma comunicação eficaz, este fenómeno representa a assinatura eletrofisiológica da "rigidez funcional" cerebral (Leuchter et al., 2012). As redes de repouso dos pacientes com PDM mostram uma sincronização excessiva, sugerindo que as áreas corticais funcionam de forma bloqueada ou "coladas" entre si. Esta perda de independência regional anula a flexibilidade dinâmica necessária para alternar estados cognitivos e processar informação de forma adaptativa (Wang et al., 2024).

Esta rigidez funcional na banda Alfa constitui o substrato neurobiológico dos processos de ruminação cognitiva na depressão (Hamilton et al., 2015). A ruminação caracteriza-se por um foco repetitivo e incontrolável do paciente no seu mal-estar, integrando a atividade autorreferencial da Rede Neuronal por Defecto (DMN) com respostas de evitamento afeto-comportamental. A nível de circuitos, este padrão correlaciona-se com uma falha na conectividade efetiva *top-down* em banda Beta desde o córtex pré-frontal dorsolateral (DLPFC) até ao lobo temporal (Ferdek et al., 2016). Ao anular-se este "travão pré-frontal", as estruturas temporolímbicas associadas à memória emocional ficam desreguladas, prendendo o paciente em ciclos de pensamento negativos.

Apesar da robustez dos dados, este estudo apresenta limitações metodológicas que devem ser consideradas, como o tamanho da amostra (N=50). Adicionalmente, a literatura

alerta que as alterações macroespetrais nas bandas Teta e Alfa apresentam uma sobreposição transdiagnóstica significativa com outras condições clínicas (Newson & Thiagarajan, 2019). Esta falta de especificidade ao nível individual realça a importância de ferramentas analíticas avançadas, como o nosso Índice Composto de Eficiência Funcional. A conversão deste rácio em pontuações Z surge como uma estratégia útil para isolar a ineficiência intraindividual e mitigar variáveis de confusão em ambiente clínico.

5. Conclusões

O presente estudo validou com sucesso as duas hipóteses formuladas, demonstrando o potencial do qEEG de repouso como ferramenta biométrica objetiva no contexto da PDM. A assinatura neurofisiológica da depressão ficou claramente delimitada por um duplo impacto: um défice de potência na banda Teta frontal (hipofrontalidade e anhedonia) combinado com um excesso de coerência na banda Alfa (rigidez funcional e ruminação).

Os dados posicionam o hemisfério direito (especialmente o elétrodo F4 e o enlace F4-P4) como a coordenada biológica mais sensível para detetar a hipersincronia patológica da rede. Finalmente, o desenvolvimento de índices compostos normalizados (pontuações Z) provou ser uma abordagem metodológica robusta para lá da análise isolada de frequências. Esta métrica integrada oferece aos clínicos a oportunidade de apoiar as suas decisões em dados elétricos estáveis, reduzindo a dependência exclusiva de avaliações subjetivas.

6. Referências Bibliográficas

Ferdek, M. A., Van Rijn, C. M., & Wyczesany, M. (2016). Depressive rumination and the emotional control circuit: An EEG localization and effective connectivity study. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, *16*(6), 1099–1113. https://doi.org/10.3758/s13415-016-0456-x

Jaworska, N., Blier, P., Fusee, W., & Knott, V. (2012). Alpha power, alpha asymmetry and anterior cingulate cortex activity in depressed males and females. *Journal of Psychiatric Research*, *46*(11), 1483–1491. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.08.003

Leuchter, A. F., Cook, I. A., Hunter, A. M., Cai, C., & Horvath, S. (2012). Resting-state quantitative electroencephalography reveals increased neurophysiologic connectivity in depression. *PLoS ONE*, *7*(2), e32508. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0032508

Newson, J. J., & Thiagarajan, T. C. (2019). EEG frequency bands in psychiatric disorders: A review of resting state studies. *Frontiers in Human Neuroscience*, *12*, 521. https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00521

Olbrich, S., & Arns, M. (2013). EEG biomarkers in major depressive disorder: Discriminative power and prediction of treatment response. *International Review of Psychiatry*, *25*(5), 604–618. https://doi.org/10.3109/09540261.2013.816269

Wacker, J., Dillon, D. G., & Pizzagalli, D. A. (2009). The role of the nucleus accumbens and rostral anterior cingulate cortex in anhedonia: Integration of resting EEG, fMRI, and volumetric techniques. *NeuroImage*, *46*(1), 327–337. https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.01.058

Wang, B., Li, M., Haihambo, N., Qiu, Z., Sun, M., Guo, M., Zhao, X., & Han, C. (2024). Characterizing Major Depressive Disorder (MDD) using alpha-band activity in resting-state electroencephalogram (EEG) combined with MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB). *Journal of Affective Disorders*, *355*, 254–264. https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.03.145

CAPÍTULO 3: Família, Parentalidade e Infância

Coparentalidade e emoções na criança: Associações com o ajustamento parental e infantil

Vitória Dias[1], Ana Catarina da Silva[2], Catarina Canelas[2], Margarida Faria[1], & Stephanie Alves[1]

[1] Universidade Lusófona - HEI-Lab: Laboratórios Digitais de Ambientes e Interações Humanas, Portugal
[2] Universidade Lusófona - Centro Universitário de Lisboa, Portugal

Autor Correspondente: Stephanie Alves. **E-mail:** stephanie.alves@ulusofona.pt

Resumo

Introdução: Uma relação coparental cooperante e práticas parentais que apoiam a expressão e regulação emocional das crianças têm sido associadas a melhor ajustamento psicológico parental e infantil. Contudo, permanece pouco explorada a forma como os pais, em conjunto, lidam com as emoções dos filhos e o seu papel na saúde mental familiar. Este estudo analisou a associação entre a coparentalidade face às emoções da criança e o ajustamento psicológico de pais e crianças. **Método:** Neste estudo transversal participaram 286 pais de crianças entre os 1.5 e os 6 anos, que preencheram questionários para avaliar a coparentalidade face às emoções da criança (CCES; apoiante/não apoiante), a coparentalidade geral (CRS; cooperação/conflito), stress (PSS) e autoeficácia (MaaP) parental, sintomas depressivos (HADS), e dificuldades socioemocionais das crianças (PPSC/PSC-17). **Resultados:** Níveis mais elevados de coparentalidade apoiante face às emoções da criança associaram-se a menor stress parental e menos sintomas depressivos, menos dificuldades percebidas na criança, e a maior autoeficácia parental (p<.05). Estas associações observaram-se controlando o efeito da coparentalidade geral e idade da criança. **Discussão:** Os resultados sublinham a relevância do apoio mútuo entre os pais na gestão das emoções da criança, evidenciando o seu contributo para a saúde mental

familiar. Intervenções focadas na promoção de uma coparentalidade apoiante no domínio emocional deverão ser consideradas.

Palavras-chave: Coparentalidade; Emoções; Práticas Parentais; Saúde Mental Infantil, Saúde Mental Parental.

Abstract

Introduction: A cooperative coparenting relationship and parenting practices that support children's emotional expression and regulation have been associated with better parental and child psychological adjustment. However, little research has explored how parents jointly manage their children's emotions and their contribution to family mental health. This study examined the association between coparenting regarding children's emotions and the psychological adjustment of parents and children. **Method:** This cross-sectional study included 286 parents of children aged 1.5 to 6 years old, who completed questionnaires to assess coparenting regarding children's emotions (CCES; supportive/unsupportive), general coparenting (CRS; cooperation/conflict), parental stress (PSS) and self-efficacy (MaaP), depressive symptoms (HADS), and children's emotional and behavioral difficulties (PPSC/PSC-17). **Results:** Higher levels of supportive coparenting regarding children's emotions were associated with lower parental stress and fewer depressive symptoms, fewer children's emotional and behavioral difficulties (parent-report), and greater parental self-efficacy (p<.05). These associations were observed while controlling for general coparenting and the child's age. **Discussion:** The results underscore the importance of mutual support between parents in managing the child's emotions, highlighting its contribution to family mental health. Interventions focused on promoting supportive coparenting in the emotional domain should be considered.

Key-Words: Coparenting; Emotions; Parenting Practices; Child Mental Health; Parental Mental Health.

1. Introdução

1.1. Coparentalidade e Ajustamento Infantil e Parental

A coparentalidade tem vindo a consolidar-se como um construto sistémico, distinto da conjugalidade e da parentalidade individual, sendo atualmente considerada um dos

preditores mais robustos do ajustamento infantil e parental em diferentes fases do desenvolvimento e contextos familiares (Feinberg, 2021; McHale & Irace, 2022; Zhao et al., 2022). Feinberg (2003) definiu a coparentalidade como a forma como dois ou mais adultos partilham a responsabilidade de criar e educar uma criança, independentemente do seu estatuto conjugal ou residencial. O autor identificou quatro componentes operacionais interdependentes do subsistema coparental: (a) acordo ou desacordo nas práticas e valores parentais; (b) divisão do trabalho parental; (c) satisfação com essa divisão; e (d) apoio mútuo versus sabotagem. Por sua vez, estas componentes podem organizar-se em duas dimensões que têm vindo a ser investigadas de forma consistente: coparentalidade cooperante e coparentalidade conflituosa (Cusí et al., 2020). A coparentalidade cooperante caracteriza-se por elevados níveis de apoio mútuo, comunicação eficaz, integridade, trabalho em equipa, confiança e uma divisão equilibrada das responsabilidades parentais (Cusí et al., 2020; Zhao et al., 2022). Este tipo de coparentalidade tem vindo a associar-se a melhores resultados no ajustamento das crianças (e.g., Ambros et al., 2022), incluindo níveis mais elevados de competência social (Cabrera et al., 2012) e comportamentos pró-sociais (Scrimgeour et al., 2013), maior prontidão escolar (Cabrera et al., 2012), relações familiares mais positivas (Ambros et al., 2022) e práticas parentais menos severas (Choi & Becher, 2019). Por outro lado, uma coparentalidade não cooperante/conflituosa, marcada pelo conflito entre os cuidadores, repreensão, hostilidade, culpabilização, competição, triangulação e hostilidade, tem vindo a associar-se a maiores dificuldades de ajustamento infantil (Cusí et al., 2020; Zhao et al., 2022), incluindo níveis mais elevados de comportamentos externalizantes (e.g., agressividade e desobediência) e internalizantes (Ambros et al., 2022; Pires & Martins, 2021; Zhao et al., 2022).

A coparentalidade desempenha também um papel relevante no bem-estar dos próprios cuidadores (Yu & Xiao, 2021). Relações coparentais pautadas pela cooperação estão tendencialmente associadas a níveis mais baixos de stress parental (Durtschi et al., 2017; Zhu et al., 2024), menor sintomatologia depressiva e ansiosa (Wells et al., 2023; Yu & Xiao, 2021), e maior autoeficácia parental (Indrasari & Dewi, 2017, Latham et al., 2018). Por sua vez, uma relação coparental pautada pelo conflito pode levar a níveis mais elevados de stress parental (Camisasca et al., 2022), sintomatologia depressiva (Wells et al., 2023), rigidez psicológica e burnout parental (Favez et al., 2023; Yu & Xiao, 2021). Não obstante esta evidência, permanece ainda pouco explorado o papel de dimensões

específicas da coparentalidade no ajustamento parental e infantil. Em particular, a forma como os pais respondem em conjunto às emoções das crianças - uma dimensão central da socialização emocional - constitui um domínio particularmente relevante a ser explorado.

1.2 Socialização Emocional e Respostas Parentais às Emoções da Criança

Os primeiros anos de vida representam um período crítico para o desenvolvimento da competência emocional da criança, sendo este processo profundamente influenciado por práticas de socialização emocional. A socialização emocional refere-se ao conjunto de práticas parentais relacionadas com o reconhecimento, validação e orientação emocional das crianças (Eisenberg et al., 1998; Gottman et al., 1997). Estas práticas contribuem para a aprendizagem da identificação, expressão e regulação emocional, nomeadamente através da observação dos comportamentos e respostas emocionais dos pais perante os desafios do quotidiano (Denham et al., 2007; Eisenberg et al., 2020; Morris et al., 2007).

A influência dos pais no desenvolvimento emocional da criança ocorre, sobretudo, através de três processos principais: a expressão emocional dos pais, o diálogo sobre as emoções e as respostas às emoções da criança, particularmente em situações de raiva, tristeza ou medo (Eisenberg et al., 1998; Eisenberg, 2020). As respostas parentais podem assumir um caráter apoiante, destacando-se o coaching emocional, uma abordagem que envolve a validação emocional, a demonstração de empatia, a nomeação das emoções e o apoio na sua gestão (Eisenberg et al., 1998; Eisenberg, 2020). A evidência empírica tem demonstrado que este tipo de práticas se associa positivamente à competência emocional da criança, promovendo um melhor ajustamento psicológico, menor presença de psicopatologia e indicadores fisiológicos mais adaptativos, como níveis mais baixos de cortisol (Havighurst et al., 2022; Spinrad et al., 2007). Por outro lado, respostas parentais não apoiantes - como a punição, minimização, rejeição ou cedência imediata com o objetivo de interromper a experiência emocional da criança - têm sido associadas a maiores dificuldades de regulação emocional, menor competência emocional e pior ajustamento psicológico (Eisenberg et al., 1998; Eisenberg, 2020; Zimmer-Gembeck et al., 2021). Estas práticas podem ainda contribuir, a médio e longo prazo, para o desenvolvimento de sintomatologia internalizante e externalizante (Johnson et al., 2017; Ratliff et al., 2022).

A maioria dos estudos sobre socialização emocional tem-se centrado na parentalidade a nível individual, analisando sobretudo a forma como cada cuidador responde, de forma independente, às emoções da criança, negligenciando o contexto relacional e colaborativo da coparentalidade (Ambrosi et al., 2024). Esta limitação representa uma lacuna relevante na literatura atual. Os pais de crianças pequenas enfrentam frequentemente o desafio de gerir uma ampla diversidade de emoções nos filhos, um processo que pode ser acompanhado por exigências acrescidas ao nível da própria regulação emocional parental e que requer elevados níveis de cooperação e apoio mútuo entre cuidadores (Paley & Hajal, 2022). Neste contexto, a forma como os pais lidam conjuntamente com as emoções da criança pode constituir um importante recurso familiar. Neste sentido, Ambrosi et al. (2025) verificaram que pais participantes num programa parental centrado nas emoções e adaptado para integrar questões específicas da coparentalidade reportaram melhorias nas respostas conjuntas às emoções das crianças, no coping diádico, na regulação emocional parental e infantil, bem como nas dificuldades comportamentais apresentadas pelas crianças.

Apesar da sua potencial relevância clínica, esta temática permanece ainda pouco explorada na literatura internacional. Assim, torna-se importante compreender se a coparentalidade face às emoções da criança - entendida como o grau de sintonia entre os pais ou outros cuidadores na forma como reagem e gerem as emoções infantis (Ambrosi et al., 2024) - constitui um domínio específico com impacto incremental no ajustamento psicológico parental e infantil, particularmente em idades precoces (entre 1.5 e 6 anos), um período desenvolvimental considerado particularmente sensível para a aquisição e consolidação da competência emocional das crianças (Paley & Hajal, 2022).

1.3 Objetivos

O presente estudo exploratório teve como objetivo analisar as associações entre a coparentalidade face às emoções e o ajustamento psicológico infantil - avaliado em termos de dificuldades emocionais e comportamentais na criança - e parental, nomeadamente ao nível do stress parental, dos sintomas depressivos e da autoeficácia parental, controlando o efeito da coparentalidade geral e da idade da criança.

2. Métodos

2.1 Participantes

A amostra incluiu 286 participantes. A maioria era do sexo feminino (n = 245, 85.7%), com idades entre os 20 e 56 anos (M = 37.47, DP = 5.70). Os participantes tinham maioritariamente nacionalidade portuguesa (n = 268, 93.7%) e identificavam-se como caucasianos (n = 269, 94.1%). O número médio de elementos do agregado familiar era de 3.54 (DP = 0.86, 1-5). Os participantes tinham em média 1.62 filhos (DP = 0.68, 1-4). A maioria dos participantes tinha concluído o ensino superior (n = 208, 72.7%), encontrava-se empregada (n = 266, 93%) e indicaram ter um rendimento dentro da média (n = 177, 61.9%). A idade média das crianças-alvo era de 48.32 meses (DP = 17.35), variando entre 18 meses e 83 meses, sendo 155 do sexo feminino (54.2%). A maioria dos pais/mães indicou que essa criança não apresentava problemas emocionais e/ou comportamentais (n = 236, 82.5%). Entre os participantes que reportaram algum problema emocional e/ou comportamental (n = 50, 17.5%), 16 indicaram acompanhamento profissional atual ou no passado (32%). Por fim, a maioria dos participantes encontrava-se numa relação conjugal (n = 251, 87.8%), nomeadamente com o pai/mãe da criança-alvo (n = 255; 89.2%), em média há 12.67 anos (DP = 5.46, 0-26).

2.2 Procedimentos

O presente estudo integra um projeto de investigação mais lato intitulado "Promover a saúde mental parental e infantil: Da compreensão à intervenção", aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica (CEDIC) da Universidade Lusófona - Centro Universitário de Lisboa (Ref. CEDIC-2024-6-25). Os participantes foram recrutados através da divulgação do estudo em plataformas de redes sociais (e.g., associações de pais) e por instituições de ensino (e.g., jardins de infância) que colaboraram na sua disseminação. Os critérios de inclusão incluíam pais e mães com idade superior a 18 anos, com pelo menos um filho entre o 1 ano e meio e os 6 anos de idade, residentes em Portugal e com um bom domínio da língua portuguesa. Nos casos em que os participantes tinham mais do que um filho dentro da faixa etária definida, foi-lhes solicitado que respondessem aos questionários tendo por referência a criança com a qual experienciavam maiores dificuldades, doravante designada como criança-alvo. A recolha de dados foi realizada através de um questionário online, disponibilizado na plataforma Qualtrics, com uma duração média estimada de 40 minutos. No início do questionário, foi apresentado o consentimento informado, no qual se clarificava a

natureza e os objetivos do estudo, os direitos dos participantes, nomeadamente o caráter voluntário da participação, a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos.

2.3 Instrumentos

Características Sociodemográficas. As variáveis sociodemográficas foram recolhidas através de um questionário desenvolvido para o presente estudo. Recolheram-se dados dos pais (sexo, idade, estado civil, duração da relação conjugal, nacionalidade, etnia, habilitações literárias, situação profissional, número de pessoas no agregado familiar, número de filhos e rendimento familiar) e da criança (sexo, idade em meses, se o pai/mãe está numa relação com o outro progenitor, presença de problemas emocionais e/ou comportamentais e respetivo acompanhamento psicológico).

Coparenting Children's Emotion Scale (CCES). Para avaliar a forma como os pais lidam em conjunto com as emoções dos filhos foi utilizada a versão portuguesa da Coparenting Children's Emotion Scale (CCES; Ambrosi et al., 2024; Versão Portuguesa (VP): Alves et al., 2024). De forma consistente com a versão original, os estudos psicométricos da versão portuguesa da escala revelaram uma estrutura com dois fatores com indicadores globalmente aceitáveis de ajustamento (χ^2 (25) = 94.28, $p < .001$, CFI = .985, TLI = .979, RMSEA = .096, SRMR = .044): a dimensão *Coparentalidade Apoiante*, constituída por 6 itens, e a dimensão *Coparentalidade Não Apoiante,* constituída por 3 itens. Os itens são respondidos numa escala de *Likert* de 5 pontos, variando entre 1 (*Nada Verdadeiro*) e 5 (*Muito Verdadeiro*). O valor total de cada subescala é obtido através da média dos itens correspondentes, sendo que valores mais elevados na subescala de Coparentalidade Apoiante refletem maiores níveis de cooperação e apoio entre os pais na gestão conjunta das emoções da criança, e valores mais elevados na subescala de Coparentalidade Não Apoiante refletem maiores níveis de discordância. No presente estudo, o valor do ómega foi .91 para a subescala Apoiante e .75 para a subescala Não Apoiante.

Coparenting Relationship Scale (CRS). Para avaliar a qualidade da relação coparental foi utilizada a versão portuguesa da Coparenting Relationship Scale (CRS; Lamela et al., 2018). Esta escala é constituída por 14 itens respondidos numa escala de Likert de 7 pontos, variando entre 0 *(Não é nada verdadeiro sobre nós)* e 6 *(Muito verdadeiro sobre nós)*. Esta escala pode ser subdividida em 7 subescalas distintas: Acordo

nas Práticas Parentais; Suporte coparental; Sabotagem; Apoio coparental; Exposição ao Conflito; Proximidade Parental e Divisão de Tarefas. No presente estudo, as duas subescalas foram agrupadas em duas dimensões da coparentalidade: Cooperante e Não Cooperante/Conflituosa. O valor total de cada subescala é obtido através da média dos itens correspondentes, sendo que médias mais elevadas refletem maiores níveis de cooperação e maiores níveis de conflito, respectivamente. No presente estudo, o valor do ómega foi .91 para a subescala Cooperante .68 para a subescala Não Cooperante/Conflituosa.

Parental Stress Scale (PSS). Para avaliar o *stress* parental, foi utilizada a versão portuguesa da Parental Stress Scale (PSS; Mixão et al., 2007). Esta escala é constituída por 18 itens respondidos numa escala de Likert de 5 pontos, variando entre 1 (*Discordo totalmente*) e 5 (*Concordo totalmente*). Por recomendação dos autores (Algarvio et al., 2018), os itens 1, 2, 17 e 18 não foram considerados nos cálculos totais. O valor da escala total é obtido através da soma dos itens incluídos. A pontuação varia de 14 a 70, sendo que pontuações mais elevadas refletem maiores níveis de *stress* parental. No presente estudo, o valor do ómega foi de .85.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Os sintomas depressivos dos pais foram avaliados através da subescala da depressão da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Pais-Ribeiro et al., 2007). Esta subescala é constituída por 7 itens e é avaliada numa escala de *Likert* de 4 pontos, variando entre 0 e 3 pontos (e.g., "*Tanto como antes*" e "*Nunca*"). O valor total da escala é obtido através da soma dos itens. A pontuação varia de 0 a 21 pontos, sendo que pontuações mais elevadas refletem maiores níveis de sintomas depressivos No presente estudo, o valor do ómega foi de .75.

Me as a Parent (MaaP). A autoeficácia parental foi avaliada através da subescala autoeficácia da versão portuguesa da escala Me as a Parent (MaaP; Marques et al., 2015). Esta subescala é constituída por 4 itens respondidos numa escala de *Likert* de 5 pontos, variando entre 1 (*Discordo Fortemente*) e 5 (*Concordo Fortemente*). O valor total da subescala é obtido através da soma dos itens, podendo variar entre 4 e 20 pontos. Pontuações mais elevadas refletem maiores níveis de autoeficácia parental percebida. No presente estudo, o valor do ómega foi de .87.

Preschool Pediatric Symptom Checklist (PPSC) e Pediatric Symptom Checklist-17 (PSC-17). Para avaliar as dificuldades emocionais e comportamentais nas crianças entre 1 ano e meio e os 5 anos, foi utilizada a versão portuguesa da Preschool Pediatric Symptom Checklist (PPSC; Rocha & Nunes, 2021). Este questionário é constituído por 18 itens avaliados numa escala de *Likert* de 3 pontos, variando entre 0 (*De modo nenhum*) e 2 (*Muito*). O valor total da escala é obtido através da soma dos itens. A pontuação pode variar entre 0 e 36 pontos, sendo que pontuações mais elevadas refletem maiores dificuldades emocionais e comportamentais na criança, conforme reportado pelos pais. Para avaliar dificuldades emocionais e comportamentais nas crianças com mais de 5 anos, foi utilizada a versão portuguesa da Pediatric Symptom Checklist-17 (PSC-17; Pereira et al., 2020). Este questionário é constituído por 17 itens e é avaliado numa escala de *Likert* de 3 pontos, variando entre 0 (*Nunca*) e 2 (*Frequentemente*). O valor total da escala é obtido através da soma dos itens. A pontuação pode variar entre 0 e 34 pontos, sendo que uma pontuação mais elevada reflete maiores dificuldades emocionais e comportamentais. No presente estudo, o valor do ómega foi de .86 para a PPSC e de .79 para a PSC-17. Os valores totais destes dois instrumentos foram estandardizados (0-100), de forma a se obter um único *score* total de dificuldades emocionais e comportamentais na criança.

2.4 Análise de Dados

As análises estatísticas foram realizadas com recurso ao software JASP (Versão 0.19.3). A consistência interna dos instrumentos foi analisada através do ómega de McDonald, cujos valores foram interpretados de acordo com o critério .70 como indicador mínimo de consistência interna aceitável (Viladrich et al., 2017). Para caracterizar a amostra e as variáveis de interesse, recorreu-se às estatísticas descritivas. A normalidade foi previamente analisada através do teste de *Shapiro-Wilk* e dos valores de assimetria e curtose. Verificaram-se desvios significativos à normalidade no teste de *Shapiro-Wilk* em todas as variáveis analisadas, justificando a utilização do coeficiente de *Spearman* nas análises de correlação.

Foram realizadas análises de correlação entre as duas dimensões da coparentalidade face às emoções da criança (apoiante e não apoiante) e os indicadores de ajustamento psicológico infantil (dificuldades emocionais e comportamentais na criança) e parental (stress parental, sintomas depressivos e autoeficácia parental), considerados variáveis

dependentes (VD). Foram analisadas as associações entre as variáveis sociodemográficas e as VD, com o objetivo de identificar potenciais covariáveis a incluir nos modelos de regressão linear hierárquica. A magnitude dos coeficientes de correlação foi interpretada de acordo com os critérios de Cohen (1988): valores entre .10 e .30 indicam uma correlação fraca; entre .30 e .50, uma correlação moderada; e acima de .50, uma correlação forte. Por último, foram realizadas regressões lineares hierárquicas para analisar o contributo único das dimensões da coparentalidade face às emoções da criança nas VD, controlando o efeito da coparentalidade geral, a idade da criança e outras potenciais covariáveis. Para cada VD, foi estimado um modelo com três blocos: no primeiro, foram incluídas as duas dimensões da coparentalidade face às emoções; no segundo, as duas dimensões da coparentalidade geral; no terceiro, a idade da criança (em meses) e as variáveis sociodemográficas que apresentaram associações estatisticamente significativas com cada VD. A multicolinearidade foi avaliada através dos valores de tolerância e do fator de inflação da variância (VIF). O nível de significância assumido em todas as análises foi $p < .05$.

3. Resultados

3.1 Análises Preliminares

As estatísticas descritivas e as correlações entre as variáveis em estudo encontram-se detalhadas na Tabela 1. A coparentalidade apoiante face às emoções da criança associou-se negativamente, significativamente e moderadamente com os sintomas depressivos dos pais, o stress parental, e as dificuldades emocionais e comportamentais percebidas na criança. Apresentou ainda associações positivas, estatisticamente significativas e de magnitude fraca, com a autoeficácia parental. A coparentalidade não apoiante face às emoções da criança associou-se positivamente, significativamente e fracamente com o stress parental, os sintomas depressivos dos pais, e as dificuldades emocionais e comportamentais percebidas na criança.

Tabela 1

Estatísticas descritivas e correlações das variáveis principais do estudo

Descritivas	Correlações

	M (DP)	Min/ Máx	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Coparentalidade apoiante face às emoções	3.55 (0.91)	1.51/ 4.84	—							
2. Coparentalidade não apoiante face às emoções	1.68 (0.60)	1.32/ 3.98	-.26***	—						
3. Coparentalidade geral cooperante	3.93 (1.08)	0.00/ 6.00	.65***	-.20***	—					
4. Coparentalidade geral não cooperante	0.72 (1.04)	0.00/ 6.00	-.32***	.63***	-.31***	—				
5. Stress Parental	36.34 (8.25)	21.00/ 62.00	-.34***	.23***	-.21***	.29***	—			
6. Sintomas Depressivos	4.89 (3.21)	0.00/ 18.00	-.31***	.13*	-.16**	.21***	.48***	—		
7. Autoeficácia Parental	16.67 (2.56)	8.00/ 20.00	.24***	-.08	.13*	-.07	-.48***	-.42***	—	
8. Dificuldades Emocionais e Comportamentais na Criança	23.82 (14.73)	0.00/ 73.53	-.34***	.14*	-.18**	.21***	.41***	.35***	-.29***	—

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

As correlações entre as variáveis sociodemográficas e as VD encontram-se no Material Suplementar 1. Os resultados indicaram que pais de crianças mais velhas, inseridos num agregado familiar mais numeroso e com maior número de filhos reportaram níveis mais elevados de stress parental. Pais com menos habilitações literárias, menor rendimentos familiar, e pais do sexo feminino reportaram níveis mais elevados de

sintomas depressivos. Pais de crianças mais velhas, com relações conjugais mais duradouras e do sexo feminino reportaram níveis mais baixos de autoeficácia parental. Pais com mais filhos, filhos mais velhos, que não se encontravam numa relação conjugal com o/a pai/mãe da criança-alvo e cuja criança era do sexo masculino reportaram níveis mais elevados de dificuldades emocionais e comportamentais na criança.

3.2 Modelos de Regressão Hierárquica

Os resultados das regressões lineares hierárquicas encontram-se detalhados no Material Suplementar 2. Na Tabela 2, encontram-se descritos os valores dos modelos finais para cada VD. A multicolinearidade foi avaliada através dos valores de tolerância e de VIF. Os valores de tolerância variaram entre .38 e .98, os valores de VIF variaram entre 1.02 e 2.61, não tendo sido identificados problemas entre os preditores incluídos nos modelos.

Tabela 2

Regressões lineares hierárquicas (Modelo final)

Variáveis	Stress Parental β (*p*)	Sintomas Depressivos β (*p*)	Autoeficácia parental β (*p*)	Dificuldades emocionais e comportamentais na criança β (*p*)
Coparentalidade apoiante face às emoções da criança	-.30***	-.26**	.16*	-.30***
Coparentalidade não apoiante face às emoções da criança	.05	.04	-.12	-.03
Coparentalidade geral cooperante	.07	.09	.02	-.01
Coparentalidade geral não cooperante	.15	.11	.05	.16*
Idade da criança	0.8	-.04	-.10	.26***
R^2 (modelo final)	.16	.12	.11	.25

F (modelo final)	7.48^{***}	4.59^{***}	4.44^{**}	11.21^{***}

Nota. Os coeficientes apresentados correspondem ao 3º bloco em que cada preditor foi introduzido no modelo. Cada modelo controlou o efeito das respetivas covariáveis. *F* = estatística do teste; R^2 = proporção de variância explicada; ΔR^2 = alteração na proporção de variância explicada na etapa final (covariáveis). $^{*}p < .05$. $^{**}p < .01$. $^{***}p < .001$.

Nos modelos finais, maiores níveis de coparentalidade apoiante face às emoções da criança mostraram-se consistentemente associados a menores níveis de stress parental, sintomas depressivos e dificuldades emocionais e comportamentais percebidas pelos pais na criança. A coparentalidade apoiante face às emoções da criança associou-se ainda significativamente a maiores níveis de autoeficácia parental. Em contraste, maiores níveis de coparentalidade não apoiante face às emoções associaram-se significativamente a maiores níveis de stress parental apenas no primeiro bloco (ver Material Suplementar 2), deixando de ser significativa no modelo final. Maiores níveis de coparentalidade geral não cooperante/conflituosa também se associaram significativamente a maiores níveis de dificuldades emocionais e comportamentais percebidas na criança.

4. Discussão

O presente estudo exploratório procurou analisar a associação entre a coparentalidade face às emoções da criança e o ajustamento psicológico infantil e parental. Os resultados obtidos sugerem que a forma como os pais respondem, em conjunto, às emoções dos filhos constitui uma dimensão relevante para o ajustamento psicológico tanto das crianças como dos próprios pais, particularmente quando essas interações são caracterizadas por elevados níveis de cooperação, coordenação e apoio mútuo entre os cuidadores.

Níveis mais elevados de coparentalidade apoiante face às emoções da criança associaram-se a menores dificuldades emocionais e comportamentais percebidas na criança, sugerindo que respostas parentais colaborativas (caracterizadas por apoio mútuo, comunicação e sintonia face às emoções da criança) podem ter implicações positivas na saúde mental infantil. Apesar da escassez de literatura neste domínio específico da coparentalidade (Ambrosi et al., 2024), estes resultados são consistentes com o que tem sido descrito sobre o papel da relação coparental no desenvolvimento infantil (Ambros et al., 2022; Cusí et al., 2020; Zhao et al., 2022) e reforçam a necessidade emergente de estudar esta dimensão específica (Ambrosi et al., 2025). Em particular, estes resultados corroboram os resultados de estudos prévios no domínio da coparentalidade geral, que destacam o papel predominante da dimensão cooperante no ajustamento infantil

(Altenburger et al., 2017; Ambros et al., 2022). Pelo contrário, níveis mais elevados de coparentalidade não apoiante face às emoções da criança associaram-se a maiores dificuldades emocionais e comportamentais percebidas na criança, em linha com a literatura prévia sobre o impacto de padrões coparentais mais conflituosos no ajustamento infantil (Ambros et al., 2022; Pires & Martins, 2021; Zhao et al., 2022).

Relativamente ao ajustamento parental, níveis mais elevados de coparentalidade apoiante face às emoções associaram-se a menores níveis de stress parental e sintomas depressivos nos pais e a maiores níveis de autoeficácia parental. Estes resultados vão ao encontro da literatura existente relativamente à dimensão cooperante da coparentalidade geral (Latham et al., 2018; Wells et al., 2023; Yu & Xiao, 2021; Zhu et al., 2024). Já níveis mais elevados de coparentalidade não apoiante face às emoções da criança associaram-se a níveis mais elevados de stress parental e sintomas depressivos nos pais, o que vai ao encontro dos resultados obtidos em estudos prévios que demonstraram o impacto negativo de uma relação coparental mais conflituosa nesses resultados parentais (Latham et al., 2018; Wells et al., 2023; Zhu et al., 2024). A ausência de associação significativa entre a coparentalidade não apoiante e a autoeficácia parental sugere que esta competência poderá depender sobretudo da presença de recursos de apoio e cooperação entre o casal, mais do que da simples ausência de conflito coparental (Campbell & Abidog, 2023). Nesta linha, Margolin et al. (2001) defendem que as dimensões apoiantes e não apoiantes da relação coparental devem ser conceptualizadas como dimensões distintas da coparentalidade, e não como extremos opostos de um único continuum.

Quando analisado o contributo único de cada dimensão da coparentalidade face às emoções - controlando simultaneamente as restantes dimensões específicas e gerais da coparentalidade - verificou-se que a coparentalidade apoiante face às emoções da criança constituiu um preditor consistentemente significativo do ajustamento psicológico infantil e parental. Em contrapartida, a coparentalidade não apoiante face às emoções da criança não emergiu como preditor significativo. A ausência de resultados significativos para esta dimensão poderá dever-se à reduzida variabilidade das respostas obtidas, o que poderá ter limitado a capacidade do modelo para detetar o contributo independente desta variável. Alternativamente, estes resultados poderão sugerir que a dimensão apoiante da coparentalidade é, efetivamente, a mais relevante para o ajustamento psicológico infantil

e parental. Neste sentido, os resultados apontam para a importância dos recursos de apoio e cooperação no casal parental enquanto fatores centrais para um funcionamento familiar saudável. Tal vai ao encontro de estudos prévios realizados com crianças pequenas, em idade pré-escolar e escolar, bem como com adolescentes, que demonstraram que a presença de cooperação coparental pode assumir um contributo mais relevante para o ajustamento psicológico infantil (Ambros et al., 2022; Zhao et al., 2022) e parental (Wells et al., 2023; Zhu et al., 2024) do que a mera ausência de conflito na relação coparental.

O contributo da coparentalidade apoiante face às emoções revelou-se independente da idade da criança, sugerindo que esta dimensão poderá associar-se ao ajustamento psicológico parental e infantil de forma transversal ao longo da primeira infância. Este resultado é consistente com a literatura que evidencia a relevância da socialização emocional nos primeiros anos de vida (e.g., Burkhardt et al., 2024; Havighurst et al., 2022). Estes resultados podem ser compreendidos à luz da influência significativa que os pais exercem sobre o equilíbrio biopsicossocial das crianças e, consequentemente, sobre o seu comportamento, influência essa particularmente marcada em idades mais precoces (Klitzing et al., 2015). Adicionalmente, o facto de esta dimensão emocional específica da coparentalidade se ter mantido significativa mesmo após o controlo da coparentalidade geral é consistente com os resultados de Ambrosi et al. (2025), que demonstraram a importância desta dimensão específica para o funcionamento psicológico dos pais e das crianças. Em conjunto, estes resultados sugerem que a coparentalidade apoiante face às emoções da criança constitui uma dimensão central para o ajustamento psicológico parental e infantil, reforçando a importância de integrar as dimensões gerais da coparentalidade com as práticas de socialização emocional na compreensão destes processos desenvolvimentais e familiares.

4.1 Limitações, Estudos Futuros e Implicações para a Prática

Apesar da relevância dos resultados obtidos, importa considerar algumas limitações na sua interpretação. Em primeiro lugar, a amostra foi constituída maioritariamente por participantes do sexo feminino, o que poderá limitar a generalização dos resultados à população de pais do sexo masculino. Em segundo lugar, a natureza transversal do estudo não permite estabelecer relações de causalidade entre as variáveis analisadas. Neste sentido, recomenda-se a realização de estudos longitudinais que permitam clarificar a

direcionalidade das associações observadas e compreender melhor a evolução destes processos ao longo do desenvolvimento infantil.

Os resultados deste estudo apresentam implicações relevantes para a Psicologia Clínica e da Saúde, reforçando a importância de intervenções focadas na promoção da cooperação coparental na gestão das emoções da criança. Numa perspetiva preventiva, este tipo de intervenções poderá contribuir para uma maior compreensão e articulação parental face às necessidades emocionais da criança, promovendo respostas mais consistentes e ajustadas. Consequentemente, estas práticas poderão favorecer a redução de dificuldades no ajustamento psicológico infantil, bem como a promoção do bem-estar e funcionamento psicológico parental.

5. Agradecimentos

Este trabalho é financiado por fundos nacionais através da FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito da Unidade HEI-Lab (UID/05380/2025, UID/PRR/05380/2025;UID/PRR2/05380/2025;https://doi.org/10.54499/UID/05380/2025;https://doi.org/10.54499/UID/PRR/05380/2025;https://doi.org/10.54499/UID/PRR2/05380/2025).

6. Referências Bibliográficas

Algarvio S, Leal, I., & Maroco J. (2018). Parental Stress Scale: Validation study with a Portuguese population of parents of children from 3 to 10 years old. *Journal of Child Health Care, 22*(4):563-576. https://doi.org/10.1177/1367493518764337

Altenburger, L. E., Lang, S. N., Schoppe-Sullivan, S. J., Kamp Dush, C. M., & Johnson, S. C. (2017). Toddlers' Differential Susceptibility to the Effects of Coparenting on Social-Emotional Adjustment. *International Journal of Behavioral Development, 41*(2), 228-237. https://doi.org/10.1177/0165025415620058

Alves, S., Cruz, A. R., & Pinto, T. M. (2024). *Escala de Coparentalidade das Emoções da Criança* [Versão portuguesa da Coparenting of Children's Emotion Scale]. Não publicado.

Ambros, T. M. B., Coltro, B. P., Vieira, M. L., & Lopes, F. M. (2022). Coparenting and child behavior in the context of divorce: A systematic review. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 35,* Article 12.

Ambrosi, C. C., Kavanagh, P. S., Evans, S., & Havighurst, S. S. (2024). Development and psychometric evaluation of a new domain-specific coparenting measure: Coparenting Children's Emotion Scale. *Family Process, 63*(4), 2581-2602. https://doi.org/10.1111/famp.13031

Burkhardt, S. C. A., Röösli, P. & Müller, X. (2024). The Tuning in to Kids parenting program delivered online improves emotion socialization and child behavior in a first randomized controlled trial. *Scientific Reports, 14,* 4979. https://doi.org/10.1038/s41598-024-55689-z

Cabrera, N. J., Scott, M., Fagan, J., & Steward-Streng, N. (2012). Coparenting and children's school readiness: A mediational model. *Family Process, 51*(3), 307-324. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2012.01408.x

Camisasca, E., Miragoli, S., Di Blasio, P., & Feinberg, M. (2022). Pathways among negative co-parenting, parenting stress, authoritarian parenting style, and child adjustment: The emotional dysregulation driven model. *Journal of Child and Family Studies, 31*(11), 3085-3096. https://doi.org/10.1007/s10826-022-02408-9

Campbell, C.G., & Abidog, C. E. (2023). The Contribution of Relational Support to Parental Self-Efficacy in Fathers and Mothers. *Psychology & Psychological Research International Journal, 8*(3), 1-6. https://doi.org/10.23880/pprij-16000361

Choi, J. K., & Becher, E. H. (2019). Supportive Coparenting, Parenting Stress, Harsh Parenting, and Child Behavior Problems in Nonmarital Families. *Family Process, 58*(2), 404-417. https://doi.org/10.1111/famp.12373

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* Lawrence Erlbaum Associates.

Cusí, M. L., Günther-Bel, C., Vilaregut Puigdesens, A., Campreciós Orriols, M., & Matalí Costa, J. L. (2020). Instruments for the assessment of coparenting: A systematic review. *Journal of Child and Family Studies, 29*(9), 2487-2506. https://doi.org/10.1007/s10826-020-01769-3

Durtschi, J. A., Soloski, K. L., & Kimmes, J. (2017). The dyadic effects of supportive coparenting and parental stress on relationship quality across the transition to parenthood. *Journal of Marital and Family Therapy, 43*(2), 308-321. https://doi.org/10.1111/jmft.12194

Eisenberg, N., Cumberland, A., & Spinrad, T. L. (1998). Parental socialization of emotion. *Psychological Inquiry*, *9*(4), 241-273. http://dx.doi.org/10.1207/s15327965pli0904_1

Eisenberg, N. (2020). Findings, issues, and new directions for research on emotion socialization. *Developmental Psychology, 56*(3), 664-670. https://doi.org/10.1037/dev0000906

Favez, N., Max, A., Bader, M., & Tissot, H. (2023). When not teaming up puts parents at risk: Coparenting and parental burnout in dual-parent heterosexual families in Switzerland. *Family Process*, *62*(1), 272-286. https://doi.org/10.1111/famp.12777

Feinberg, M. E. (2003). The internal structure and ecological context of coparenting: A framework for evaluation and clinical intervention. *Parenting: Science and Practice*, *3*(2), 95-131. https://doi.org/10.1207/S15327922PAR0302_01

Feinberg, M. E. (2021). Coparenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *The handbook of parenting: Being and becoming a parent* (3rd ed., Vol. 3, pp. 197-220). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780429283273-10

Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (1997). *Meta-emotion: How families communicate emotionally.* Lawrence Erlbaum Associates.

Havighurst, S. S., Kehoe, C. E., Harley, A. E., Radovini, A., & Thomas, R. (2022). A randomized controlled trial of an emotion socialization parenting program and its impact on parenting, children's behavior and parent and child stress cortisol: Tuning in to Toddlers. *Behaviour Research and Therapy*, *149*, 104016. https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.104016

Indrasari, S. Y., & Dewi, M. (2017). Analyzing the influence of parent involvement and co-parenting on parenting self-efficacy. In *Diversity in unity: Perspectives from psychology and behavioral sciences* (pp. 167-174). Routledge.

Johnson, A. M., Hawes, D. J., Eisenberg, N., Kohlhoff, J., & Dudeney, J. (2017). Emotion socialization and child conduct problems: A comprehensive review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *54*, 65-80. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.001

Klitzing, K., Döhnert, M., Kroll, M., & Grube, M. (2015). Mental disorders in early childhood. *Deutsches Arzteblatt International, 112*(21-22), 375-386. https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0375

Lamela, D., Morais, A., & Jongenelen, I. (2018). Psychometric validation of the Coparenting Relationship Scale in Portuguese mothers. *Avances en Psicología Latinoamericana, 36*(3), 585-601. https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.5564

Latham, R. M., Mark, K. M., & Oliver, B. R. (2018). Coparenting and children's disruptive behavior: Interacting processes for parenting sense of competence. *Journal of Family Psychology, 32*(1), 151-156. https://doi.org/10.1037/fam0000362

Marques, T., Pereira, A. I., Barros, L., & Roberto, M. S. (2020). Factor structure of the "Me as A Parent" scale in a community sample of Portuguese mothers. *Psicologia, 34*(2), 205-214. https://doi.org/10.17575/psicologia.v34i2.1637

Margolin, G., Gordis, E. B., & John, R. S. (2001). Coparenting: a link between marital conflict and parenting in two-parent families. *Journal of family Psychology, 15*(1), 3. https://doi.org/10.1037//0893-3200.15.1.3

McHale, J. P., & Irace, K. (2022). Coparenting: Advances in research, theory, and application. *Annual Review of Developmental Psychology*, *4*, 201-224.

Mixão, M., Leal, I., & Maroco, J. (2007). Escala de Stress Parental. In I. Leal (Ed.), *Avaliação em sexualidade e parentalidade* (pp. 199-210). Livpsic.

Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, *16*(2), 361-388. https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, *12*(2), 225-237. https://doi.org/10.1080/13548500500524088

Paley, B., & Hajal, N. J. (2022). Conceptualizing emotion regulation and coregulation as family-level phenomena. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *25*(1), 19-43. https://doi.org/10.1007/s10567-022-00378-4

Pereira, A. I., Pires, R., Alves, S., & Barros, I. (2020). *Checklist de Sintomas Pediátricos* [Versão portuguesa da Pediatric Symptom Checklist]. Não publicado.

Pires, M., & Martins, C. (2021). Parenting styles, coparenting, and early child adjustment in separated families with child physical custody processes ongoing in family court. *Journal of Child and Family Studies*, *30*(8), 1987–2000. https://doi.org/10.1007/s10826-021-01979-7

Ratliff, E. L., Kerr, K. L., Cosgrove, K. T., Simmons, W. K., & Morris, A. S. (2022). The role of neurobiological bases of dyadic emotion regulation in the development of psychopathology: cross-brain associations between parents and children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *25*(1), 5-18. https://doi.org/10.1007/s10567-022-00380-w

Rocha, B., & Nunes, C. (2021). Psychometric characteristics of the Portuguese version of the Preschool Pediatric Symptom Checklist for children aged 18 to 60 months. *Psicologia, 35*(2), 109-118. https://doi.org/10.17575/psicologia.v35i2.1767

Scrimgeour, M. B., Blandon, A. Y., Stifter, C. A., & Buss, K. A. (2013). Cooperative coparenting moderates the association between parenting practices and children's prosocial behavior. *Journal of Family Psychology*, *27*(3), 506-511. https://doi.org/10.1037/a0032893

Spinrad, T. L., Eisenberg, N., Gaertner, B., Popp, T., Smith, C. L., Kupfer, A., Greving, K., Liew, J., & Hofer, C. (2007). Relations of maternal socialization and toddlers' effortful control to children's adjustment and social competence. *Developmental Psychology*, *43*(5), 1170-1186. https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.5.1170

Viladrich, C., Angulo-Brunet, A., & Doval, E. (2017). Un viaje alrededor de alfa y omega para estimar la fiabilidad de consistencia interna. *Anales de Psicología*, *33*(3), 755-782. https://doi.org/10.6018/analesps.33.3.268401

Wells, M. B., Jeon, L., & Aronson, O. (2023). Bidirectional associations between paternal postpartum depression symptoms and coparenting: A cross-lagged panel model of fathers of infants and toddlers. *Journal of Affective Disorders, 324,* 440–448. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.128

Yu, Y., & Xiao, Y. (2021). Coparenting alleviated the effect of psychological distress on parental psychological flexibility. *Frontiers in psychology*, *12*, 646380. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.646380

Zhao, F., Wu, H., Li, Y., Zhang, H., & Hou, J. (2022). The association between coparenting behavior and internalizing/externalizing problems of children and adolescents: A meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(16), 10346. https://doi.org/10.3390/ijerph191610346

Zhu, J., Xiang, S., & Li, Y. (2024). Mothers' Perceived Co-Parenting and Preschooler's Problem Behaviors: The Mediating Role of Maternal Parenting Stress and the Moderating Role of Family Resilience. *Psychology Research and Behavior Management, 17,* 891–904. https://doi.org/10.2147/PRBM.S451870

Zimmer-Gembeck, M. J., Rudolph, J., Kerin, J., & Bohadana-Brown, G. (2022). Parent emotional regulation: A meta-analytic review of its association with parenting and child adjustment. *International Journal of Behavioral Development*, *46*(1), 63-82. https://doi.org/10.1177/01650254211051086

7. Material Suplementar

Material Suplementar 1

Correlações entre as variáveis sociodemográficas e as principais variáveis do estudo

Variáveis	Stress Parental	Sintomas Depressivos	Autoeficácia parental	Dificuldades emocionais e

				comportamentais na criança
Sexo[1]	.10	.13*	-.18**	.10
Idade	-.01	-.02	.01	.05
Estado Cívil[2]	.07	-.01	.08	.04
Nº anos de relação conjugal	.07	.01	-.15*	.07
Nacionalidade[3]	.02	.08	-.03	.10
Grupo étnico[4]	.03	.04	.06	-.03
Habilitações literárias[5]	.06	-.12*	-.02	-.04
Situação profissional[6]	.03	.01	-.02	.02
Rendimento familiar[7]	-.03	-.12*	-.03	-.04
Nº pessoas agregado familiar	.14*	.05	-.07	.10
Nº filhos	.18**	.03	-.08	.17**
Idade da criança em meses	.14*	.02	-.14*	.32***
Sexo da criança[8]	-.05	.03	-.03	-.14*
Problemas emocionais na criança[9]	.29***	.25***	-.12*	.44***
Apoio profissional da criança[9]	.07	-.04	-.14	-.03
Relação conjugal com o pai/mãe[9]	-.10	-.03	-.06	-.13*

Nota. A variável "Problemas emocionais na criança", embora tenha apresentado significância estatística, não foi considerada nas análises, uma vez que era redundante com as variáveis principais. [1]0 = Masculino, 1 = Feminino; [2]0 = Numa relação, 1 = Sem relação; [3]0 = Portuguesa, 1 = Outra Nacionalidade; [4]0 = Branca, 1 = Outro; [5]0 = 2º Ciclo, 3ºCiclo ou Secundário, 1 = Ensino Superior; [6]0 = Trabalhador, 1 = Sem Trabalho; [7]0 = Abaixo da média, 1 = Na média/acima da média; [8]0 = Masculino, 1 = Feminino; [9]0 = Não, 1 = Sim; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Material Suplementar 2

Regressões lineares hierárquicas

Variáveis	B	β	*SE*	*F*	R^2	ΔR^2
Stress parental						
1º Bloco				18.45^{***}	.12	$.12^{***}$
Coparentalidade apoiante face às emoções da criança	-2.55	$-.28^{***}$	0.51			
Coparentalidade não apoiante face às emoções da criança	2.01	$.15^{*}$	0.78			
2º Bloco				10.65^{***}	.13	.02
Coparentalidade apoiante face às emoções da criança	-2.84	$-.31^{***}$	0.74			
Coparentalidade não apoiante face às emoções da criança	0.51	.04	1.08			
Coparentalidade geral cooperante	0.78	.10	0.62			
Coparentalidade geral não cooperante	1.35	$.17^{*}$	0.66			
3º Bloco				7.48^{***}	.16	$.03^{*}$
Coparentalidade apoiante face às emoções da criança	-2.67	$-.30^{***}$	0.74			
Coparentalidade não apoiante face às emoções da criança	0.74	.05	1.07			
Coparentalidade geral cooperante	0.54	.07	0.63			
Coparentalidade geral não cooperante	1.20	.15	0.66			
Idade da criança	0.04	.08	0.03			
Agregado familiar	1.12	.12	0.86			
Número de filhos	0.17	.01	1.07			
Sintomas depressivos						
1º Bloco				11.52^{***}	.08	$.08^{***}$

Coparentalidade apoiante face às emoções da criança	-0.87	-.25***	0.20			
Coparentalidade não apoiante face às emoções da criança	0.45	.09	0.31			
2º Bloco				6.39***	.08	.01
Coparentalidade apoiante face às emoções da criança	-1.00	-.28***	0.30			
Coparentalidade não apoiante face às emoções da criança	0.08	.01	0.43			
Coparentalidade geral cooperante	0.26	.09	0.25			
Coparentalidade geral não cooperante	0.34	.11	0.26			
3º Bloco				4.59***	.12	.03*
Coparentalidade apoiante face às emoções da criança	-0.93	-.26**	0.30			
Coparentalidade não apoiante face às emoções da criança	0.20	.04	0.43			
Coparentalidade geral cooperante	0.27	.09	0.25			
Coparentalidade geral não cooperante	0.32	.11	0.26			
Idade da criança	-0.01	-.04	0.01			
Sexo dos pais	0.91	.10	0.54			
Rendimento familiar	-0.70	-.07	0.60			
Habilitações literárias	-0.71	-.10	0.44			
Autoeficácia parental						
1º Bloco				6.72**	.05	.05**
Coparentalidade apoiante face às emoções da criança	0.66	.21***	0.20			
Coparentalidade não apoiante face às emoções da criança	-0.28	-.06	0.29			
2º Bloco				3.46**	.05	.00

Coparentalidade apoiante face às emoções da criança	0.69	.22**	0.25			
Coparentalidade não apoiante face às emoções da criança	-0.47	-.10	0.39			
Coparentalidade geral cooperante	0.00	.00	0.23			
Coparentalidade geral não cooperante	0.18	.06	0.26			
3º Bloco				4.44***	.11	.06**
Coparentalidade apoiante face às emoções da criança	0.50	.16*	0.25			
Coparentalidade não apoiante face às emoções da criança	-0.57	-.12	0.38			
Coparentalidade geral cooperante	0.05	.02	0.22			
Coparentalidade geral não cooperante	0.15	.05	0.25			
Idade da criança	-0.02	-.10	0.01			
Anos de relacionamento	-0.07	-.15*	0.03			
Sexo dos pais	-1.08	-.15*	0.45			
Dificuldades emocionais e comportamentais da criança						
1º Bloco				21.07***	.13	.13***
Coparentalidade apoiante face às emoções da criança	-5.57	-.35***	0.91			
Coparentalidade não apoiante face às emoções da criança	1.44	.06	1.38			
2º Bloco				12.02***	.15	.02
Coparentalidade apoiante face às emoções da criança	-5.20	-.32***	1.32			
Coparentalidade não apoiante face às emoções da criança	-1.64	-.07	1.91			

Coparentalidade geral cooperante	0.44	.03	1.10			
Coparentalidade geral não cooperante	2.72	.19*	1.17			
3º Bloco				11.21***	.25	.10***
Coparentalidade apoiante face às emoções da criança	-4.77	-.30***	1.26			
Coparentalidade não apoiante face às emoções da criança	-0.61	-.03	1.83			
Coparentalidade geral cooperante	-0.07	-.01	1.12			
Coparentalidade geral não cooperante	2.23	.16*	1.12			
Idade da criança	0.22	.26***	0.05			
Relação conjugal com o pai/mãe da criança	3.40	.07	3.09			
Sexo da criança	-4.58	-.16**	1.55			
Número de filhos	1.42	.07	1.17			

Nota. Coeficientes apresentados correspondem ao bloco em que cada preditor foi introduzido no modelo. B = coeficiente não padronizado; β = coeficiente padronizado; *SE* = erro-padrão; *F* = estatística do teste; R^2 = proporção de variância explicada; ΔR^2 = alteração na proporção de variância explicada. $^{*}p < .05$, $^{**}p < .01$, $^{***}p < .001$

Estilos Parentais em Contexto Continental e Insular: Um Projeto de Investigação em Curso sobre Saúde Mental Infantil e Familiar

Inês Catarina Batista[1,2,3], Henrique Pereira[1,3]

[1] Departamento de Psicologia e Educação (DPE), Faculdade de Ciências Sociais e Humanas (FCSH), Universidade da Beira Interior (UBI)

[2] Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT)

[3] Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento Humano (CIDESD)

Autor Correspondente: Inês Catarina Batista. **E-mail:** catarina.batista@ubi.pt

Resumo: As práticas parentais têm sido amplamente reconhecidas como determinantes no desenvolvimento socioemocional e académico das crianças, exercendo igualmente influência na sua saúde mental, resiliência e capacidade de adaptação ao *stress*. Apesar da evidência sobre os benefícios da parentalidade positiva, permanecem lacunas na adaptação cultural de intervenções. Este projeto visa analisar disparidades nos estilos parentais entre Portugal Continental e Regiões Autónomas e sustentar uma intervenção ajustada ao contexto. Adotou-se um *design* sequencial multimétodo com quatro fases: 1) revisão sistemática da literatura; 2) estudo quantitativo transversal com progenitores/cuidadores, aplicando instrumentos validados para avaliar estilos parentais e variáveis psicossociais associadas; 3) estudo quase-experimental de intervenção; 4) estudo qualitativo de análise temática, com entrevistas aos progenitores/cuidadores e professores. A revisão sistemática está concluída e a recolha do estudo quantitativo encontra-se em curso. Espera-se identificar diferenças regionais nos estilos parentais e fatores preditores relevantes para a adaptação da intervenção. O estudo poderá contribuir para intervenções culturalmente ajustadas em parentalidade, com impacto na saúde mental infantil e familiar e na redução de desigualdades regionais. Este projeto é financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (2024.01373.BDANA).

Palavras-chave: Estilos parentais; Competências parentais; Saúde mental infantil.

Abstract: Parenting practices have been widely recognized as determinants of children's socio-emotional and academic development, equally influencing their mental health, resilience, and ability to cope with stress. Despite evidence of the benefits of positive parenting, gaps remain in the cultural adaptation of interventions. This project aims to analyze disparities in parenting styles between mainland Portugal and the Autonomous Regions and to support a context-adjusted intervention. A sequential multi-method design with four phases was adopted: 1) systematic literature review; 2) cross-sectional quantitative study with parents/caregivers, applying validated instruments to assess parenting styles and associated psychosocial variables; 3) quasi-experimental intervention study; 4) qualitative thematic analysis study, with interviews with

parents/caregivers and teachers. The systematic review is complete, and data collection for the quantitative study is ongoing. It is expected to identify regional differences in parenting styles and predictive factors relevant to the adaptation of the intervention. This study could contribute to culturally appropriate parenting interventions, impacting children's and family mental health and reducing regional inequalities. This project is funded by the Foundation for Science and Technology (FCT).

Key-Words: Parenting styles; Parenting skills; Child mental health.

1. Introdução

A saúde mental infantil tem vindo a tornar-se uma prioridade crescente na saúde pública, sendo reconhecida como uma componente fundamental do desenvolvimento biopsicossocial das crianças e adolescentes. A presença de fatores de proteção durante a infância aparenta estar associada a um melhor ajustamento emocional, desempenho académico e integração social, enquanto a exposição a fatores de risco pode aumentar a vulnerabilidade a perturbações psicológicas ao longo da vida (Caron et al., 2006; Hoeve et al., 2009). Neste sentido, a família representa um dos principais contextos de desenvolvimento para as crianças, desempenhando um papel central na promoção do bem-estar psicológico e na adaptação aos desafios do desenvolvimento.

De entre os vários fatores familiares associados à saúde mental infantil, os estilos parentais têm sido amplamente estudados devido à sua influência no desenvolvimento socioemocional, moral e académico das crianças (Bornstein & Marc Bornstein, 2007; Hill et al., 2004; Jiang et al., 2024; Pedro et al., 2015; Peh et al., 2020). As atitudes e comportamentos adotados pelos pais podem contribuir para o desenvolvimento de competências emocionais, sociais e relacionais, influenciando a forma como as crianças percecionam e lidam com a adversidade. Além disso, as práticas parentais podem promover a resiliência infantil, melhorando a capacidade das crianças se adaptarem a eventos ameaçadores e situações *stressantes* (Caron et al., 2006; Gillespie et al., 2022; McKinney & Renk, 2008).

A literatura tem demonstrado consistentemente que as práticas parentais caracterizadas por elevados níveis de afeto, envolvimento e apoio emocional estão

associadas a melhores resultados de saúde mental infantil, menores níveis de problemas comportamentais e maior autorregulação emocional (Hoeve et al., 2009; Martinez-Escudero et al., 2020; McKinney & Renk, 2008; Pinquart, 2018; Spera, 2005; Williams et al., 2024). Por outro lado, as práticas parentais coercivas, inconsistentes ou negligentes têm sido frequentemente associadas a um aumento da sintomatologia psicopatológica, dificuldades de adaptação e comportamentos de risco (Hoeve et al., 2009; Pinquart, 2018). Deste modo, os estilos parentais podem ser compreendidos não só como abordagens à educação e socialização dos filhos, mas também como importantes determinantes da saúde mental da criança e da família.

A abordagem tipológica de Baumrind (1971), posteriormente ampliada por outros estudos, continua a ser uma das estruturas mais comumente adotadas para a compreensão da relação entre parentalidade e desenvolvimento infantil. Este modelo identifica quatro estilos parentais — autoritativo, autoritário, permissivo e negligente — sendo o estilo autoritativo frequentemente associado a um funcionamento psicológico mais favorável, competências sociais mais fortes, maior desempenho académico e menores níveis de dificuldades comportamentais (Hoeve et al., 2009; Martinez-Escudero et al., 2020; McKinney & Renk, 2008; Pinquart, 2018; Spera, 2005; Williams et al., 2024). Consequentemente, a promoção de práticas parentais positivas tem sido cada vez mais reconhecida como uma estratégia relevante para a prevenção precoce de dificuldades emocionais e comportamentais durante a infância.

Reconhecendo a importância da parentalidade como fator de proteção, organizações internacionais como a UNICEF defendem o reforço das competências parentais como uma das estratégias mais eficazes para promover a saúde mental, prevenir problemas comportamentais e reduzir as desigualdades sociais ao longo da vida (Altafim et al., s.d.; UNICEF, s.d.). Em resposta a esta necessidade, foram desenvolvidas diversas intervenções parentais com o objetivo de melhorar as práticas parentais, fortalecer os laços familiares e fomentar ambientes familiares mais seguros e responsivos (Fang et al., 2024; Li et al., 2024; Lundahl et al., 2006; Marquet-Doléac et al., 2024; Reichow et al., 2024). As evidências disponíveis até à data sugerem que tais intervenções podem gerar benefícios significativos para a saúde mental dos pais, as práticas parentais e o comportamento infantil (Fang et al., 2024; Li et al., 2024; Reichow et al., 2024). Contudo, a eficácia destas intervenções depende em grande parte da sua adaptação às características socioculturais das populações a que se destinam (Bornstein & Marc Bornstein, 2007; Hoff

et al., 2002; Masiran et al., 2020; Reichow et al., 2024). As práticas parentais são moldadas por fatores económicos, sociais, culturais e geográficos, podendo, por conseguinte, diferir consideravelmente entre contextos. Apesar deste reconhecimento, a maioria da investigação continua a concentrar-se em populações culturalmente homogéneas, existindo poucas evidências disponíveis sobre a medida em que as especificidades regionais influenciam os estilos parentais e as necessidades de intervenção.

Em Portugal, a investigação que compara os estilos parentais entre Portugal Continental e as Regiões Autónomas continua a ser escassa, nomeadamente na perspetiva da saúde mental infantil e familiar. Esta lacuna é especialmente relevante, considerando que os contextos insulares apresentam características demográficas, sociais e educativas específicas, frequentemente associadas a desafios relacionados com as desigualdades sociais, a permanência na escola e o abandono escolar precoce. Compreender como estes fatores se relacionam com as práticas parentais pode contribuir para o desenvolvimento de intervenções preventivas mais eficazes e culturalmente adequadas. Como tal, o presente projeto de investigação visa analisar os estilos parentais de pais residentes em Portugal Continental e nas Regiões Autónomas, identificar preditores associados à adoção de práticas parentais positivas e desenvolver um programa de intervenção culturalmente sensível, concebido para promover a saúde mental da criança e da família. Através de uma abordagem multi-estudo, o projeto pretende produzir evidência científica que suporte o desenvolvimento de estratégias preventivas destinadas a melhorar o bem-estar psicológico das crianças, adolescentes e suas famílias, contribuindo simultaneamente para a redução das desigualdades regionais e para o reforço de políticas públicas baseadas na evidência.

2. Método | Visão Geral do Projeto de Investigação

O presente projeto tem como principal finalidade o desenvolvimento de um programa de promoção de competências parentais positivas, criado para promover a saúde mental da criança e da família, abordando em simultâneo as potenciais disparidades nas práticas parentais entre Portugal Continental e as Regiões Autónomas. Adotando um *design* sequencial, o projeto integra quatro fases interligadas que, em conjunto, apoiam o desenvolvimento, a implementação e a avaliação de uma intervenção culturalmente

sensível. Ao conjugar abordagens metodológicas complementares, este projeto procura gerar evidência capaz de fundamentar estratégias preventivas e contribuir para a promoção do bem-estar psicológico das crianças, adolescentes e suas famílias.

2.1. Objetivos do Projeto

Com o propósito de promover a saúde mental infantil e familiar através do fortalecimento das competências parentais, a presente investigação definiu os seguintes objetivos:

1) Rever e analisar programas de intervenção parental desenvolvidos previamente.
2) Analisar os estilos parentais adotados numa amostra de progenitores portugueses, com recurso a instrumentos validados.
3) Comparar os estilos parentais de progenitores residentes em Portugal Continental com progenitores residentes nas Regiões Autónomas, identificando potenciais diferenças estatisticamente significativas.
4) Analisar o nível de sintomatologia psicológica dos progenitores participantes.
5) Determinar variáveis preditoras para a adoção de estilos parentais considerados saudáveis.
6) Desenvolver, implementar e avaliar a viabilidade de um programa de promoção de competências parentais positivas, ajustado às especificidades culturais.
7) Examinar o impacto do programa de promoção de competências parentais na saúde mental das crianças e adolescentes.
8) Avaliar a eficácia global do programa de competências parentais para os seus participantes.

2.2. Questões Gerais de Investigação

O presente projeto orientar-se-á pelas seguintes questões de investigação:

1. Existem diferenças estatisticamente significativas entre os estilos parentais dos progenitores de Portugal Continental e os dos progenitores das Regiões Autónomas? Se sim, quais são as principais diferenças?
2. Que fatores podem contribuir para as disparidades encontradas entre os dois contextos geográficos?
3. Quais as necessidades, dificuldades e expectativas apontadas pelos progenitores nas questões da parentalidade?

4. Em que medida um programa de promoção de competências parentais é aceite pelos progenitores?
5. Um programa de promoção de competências parentais poderá contribuir para a prevenção precoce de perturbações comportamentais na infância em crianças portuguesas?

2.3. Abordagem Multiestudo

O presente projeto assenta numa abordagem multiestudo, sequencial e interdependente, sendo que cada fase contribui de forma complementar para a construção, implementação e validação de um programa de intervenção culturalmente ajustado.

O primeiro estudo (E1) consiste na base teórica e concetual do projeto; o segundo estudo (E2) descreve os estilos parentais adotados e identifica fatores preditores e necessidades específicas dos progenitores em Portugal; o terceiro estudo (E3) desenvolve e avalia um programa de promoção de competências parentais; e o quarto estudo (E4) aprofunda a compreensão do impacto da intervenção. Em conjunto, estes estudos compõem diagnóstico, intervenção e avaliação, assegurando fundamentação científica e aplicabilidade prática.

Tabela 8

Visão geral das fases do projeto de investigação e o seu contributo para a saúde mental infantil e familiar.

Estudo	*Design*	Objetivo principal	Participantes	Contributo esperado para a saúde mental infantil e familiar
E1 Revisão sistemática da literatura	Revisão sistemática, seguindo as *guidelines* PRISMA 2020 (Page et al., 2020)	Identificar, analisar e sintetizar evidências sobre programas de intervenção parental previamente desenvolvidos e implementados internacionalmente	Literatura científica publicada entre 2020 e 2025	Identificar práticas baseadas na evidência e lacunas metodológicas que possam orientar o desenvolvimento de intervenções parentais culturalmente responsivas, visando a promoção da saúde mental da criança e da família
E2	Estudo transversal, descritivo,	Caracterizar os estilos parentais dos pais residentes	Pais e cuidadores portugueses	Aprofundar a compreensão da relação entre os estilos parentais, sintomatologia

Estudo quantitativo nacional	comparativo e preditivo	em Portugal Continental e nas Regiões Autónomas e identificar preditores de práticas parentais positivas	residentes em Portugal Continental e nas Regiões Autónomas	psicológica, resiliência, suporte social e bem-estar familiar em diferentes contextos geográficos
E3 Estudo de intervenção quase-experimental	Estudo pré-pós intervenção com grupos de intervenção e controlo	Desenvolver, implementar e avaliar um programa de parentalidade positiva com base nos resultados dos estudos E1 e E2	Pais e cuidadores voluntários participarão no programa de intervenção	Promover as competências parentais, fortalecer o funcionamento familiar e prevenir dificuldades emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes
E4 Estudo qualitativo	Estudo qualitativo exploratório com recurso a entrevistas semiestruturadas e análise temática	Explorar as experiências e perceções dos participantes em relação ao impacto do programa de intervenção	Os pais participantes no E3 e os professores dos seus filhos	Obter uma compreensão aprofundada dos efeitos percebidos do programa nas práticas parentais, nas relações familiares, no bem-estar infantil e no envolvimento escolar

3. Conclusão

A presente investigação oferece uma perspetiva integrada e fundamentada em evidência sobre como as práticas parentais podem estar relacionadas com a saúde mental da criança e da família. Estes estudos procuram enriquecer a compreensão sobre a forma como os fatores contextuais podem moldar os estilos parentais e o bem-estar das crianças e adolescentes, tendo em consideração as particularidades de Portugal Continental e das Regiões Autónomas. A deteção de possíveis desigualdades regionais e a investigação de fatores associados a práticas parentais positivas podem ser fontes importantes de informação para a criação de estratégias preventivas que respondam às especificidades de cada comunidade.

Através da articulação de metodologias quantitativas, qualitativas e baseadas na intervenção, o projeto pretende não só expandir o conhecimento científico no âmbito da

parentalidade e saúde mental, mas também apoiar o desenvolvimento de respostas práticas baseadas em evidências empíricas. Espera-se que os resultados contribuam para o desenvolvimento de intervenções parentais capazes de fortalecer os fatores familiares de proteção, promover o bem-estar psicológico e apoiar trajetórias de desenvolvimento mais saudáveis ao longo da infância e adolescência.

Em última análise, o presente projeto procura reforçar a importância das abordagens precoces e centradas na família na promoção da saúde mental, destacando o papel da parentalidade como determinante fundamental do desenvolvimento infantil e do funcionamento familiar. Ao gerar conhecimento que possa orientar futuras intervenções, práticas profissionais e políticas públicas, esta investigação aspira a contribuir para a redução das desigualdades e para a promoção da saúde mental em diversos contextos regionais, com especial atenção às populações insulares, que se mantêm sub-representadas na investigação e nas iniciativas de intervenção nacionais, reforçando a necessidade de abordagens culturalmente sensíveis e contextualizadas da saúde mental infantil e familiar.

4. Referências Bibliográficas

Altafim, E. R. P., Souza, M., Teixeira, L., Brum, D., & Velho, C. (n.d.). *O cuidado integral e a parentalidade positiva na primeira infância*. Retrieved https://www.unicef.org/brazil/biblioteca

Baumrind, D. (1971). *Developmental psychology monograph*. *4*(1).

Bornstein, L., & Marc Bornstein, B. H. (2007). Parenting styles and child social development. In R. E. Tremblay, M. Boivin, & R. D. V. Peters (Eds.), *Encyclopedia on Early Childhood Development*. Centre of Excellence for Early Childhood Development and Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development.

Caron, A., Weiss, B., Harris, V., & Catron, T. (2006). *Parenting behavior dimensions and child psychopathology: Specificity, task dependency, and interactive relations*.

Fang, Z., Liu, X., Zhang, C., Lachman, J. M., & Qiao, D. (2024). Parenting interventions that promote child protection and development for preschool-age children with developmental disabilities: A global systematic review and meta-analysis. In

Trauma, Violence, and Abuse (Vol. 25, Number 3, pp. 2128–2142). SAGE Publications Ltd. https://doi.org/10.1177/15248380231207965

Gillespie, S., Banegas, J., Maxwell, J., Chan, A. C. Y., Darawshy, N. A. S., Wasil, A. R., Marsalis, S., & Gewirtz, A. (2022). Parenting interventions for refugees and forcibly displaced families: A systematic review. In *Clinical Child and Family Psychology Review* (Vol. 25, Number 2, pp. 395–412). Springer. https://doi.org/10.1007/s10567-021-00375-z

Hill, N. E., Castellino, D. R., Lansford, J. E., Nowlin, P., Dodge, K. A., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (2004). Parent academic involvement as related to school behavior, achievement, and aspirations: Demographic variations across adolescence. *Child Development*, *75*(5), 1491–1509.

Hoeve, M., Dubas, J. S., Eichelsheim, V. I., Van Der Laan, P. H., Smeenk, W., & Gerris, J. R. M. (2009). The relationship between parenting and delinquency: A meta-analysis. In *Journal of Abnormal Child Psychology* (Vol. 37, Number 6, pp. 749–775). https://doi.org/10.1007/s10802-009-9310-8

Hoff, E., Laursen, B., & Tardif, T. (2002). *Socioeconomic status and parenting*. https://www.researchgate.net/publication/257874006

Jiang, H., Zhang, X., Zhang, Y., Yan, H., Yu, H., Tan, H. Y., Zhang, D., & Yue, W. (2024). Effects of parenting styles on adult personality traits, depressive trait, and brain structure. *Asian Journal of Psychiatry*, *93*, 103939. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2024.103939

Li, S. N., Chien, W. T., Lam, S. K. K., Chen, Z. Y., & Ma, X. (2024). Effectiveness of parent-focused interventions for improving the mental health of parents and their children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. In *Research in Autism Spectrum Disorders* (Vol. 114). Elsevier Ltd. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2024.102389

Lundahl, B. W., Nimer, J., & Parsons, B. (2006). Preventing child abuse: A meta-analysis of parent training programs. *Research on Social Work Practice*, *16*(3), 251–262. https://doi.org/10.1177/1049731505284391

Marquet-Doléac, J., Biotteau, M., & Chaix, Y. (2024). Behavioral parent training for school-aged children with ADHD: A systematic review of randomized control trials. *Journal of Attention Disorders*, *28*(3), 377–393. https://doi.org/10.1177/10870547231211595

Martinez-Escudero, J. A., Villarejo, S., Garcia, O. F., & Garcia, F. (2020). Parental socialization and its impact across the lifespan. *Behavioral Sciences*, *10*(6), 101. https://doi.org/10.3390/bs10060101

Masiran, R., Ibrahim, N., Awang, H., & Lim, P. Y. (2020). Improving multicultural parenting program for children with emotional and behavioral problems: An integrated review. In *Asian Journal of Psychiatry* (Vol. 51). Elsevier. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.101851

McKinney, C., & Renk, K. (2008). Differential parenting between mothers and fathers: Implications for late adolescents. *Journal of Family Issues*, *29*(6), 806–827. https://doi.org/10.1177/0192513X07311222

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., … Moher, D. (2022). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Pan American Journal of Public Health*, *46*. https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.112

Pedro, M. F., Carapito, E., & Ribeiro, T. (2015). Parenting styles and dimensions questionnaire: Versão portuguesa de autorrelato. *Psicologia: Reflexao e Critica*, *28*(2), 302–312. https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528210

Peh, O. H., Rapisarda, A., & Lee, J. (2020). Quality of parental bonding is associated with symptom severity and functioning among individuals at ultra-high risk for psychosis. *Schizophrenia Research*, *215*, 204–210. https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.10.029

Pinquart, M. (2018). Parenting as Protective Factor Against Aggressive and Oppositional Behavior of Children? Stock Taking and Practical Conclusions. *KINDHEIT UND ENTWICKLUNG*, *27*(2), 71–80. https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000247

Reichow, B., Kogan, C., Barbui, C., Maggin, D., Salomone, E., Smith, I. C., Yasamy, M. T., & Servili, C. (2024). Caregiver skills training for caregivers of individuals with neurodevelopmental disorders: A systematic review and meta-analysis. In *Developmental Medicine and Child Neurology* (Vol. 66, Number 6, pp. 713–724). John Wiley and Sons Inc. https://doi.org/10.1111/dmcn.15764

Spera, C. (2005). A review of the relationship among parenting practices, parenting styles, and adolescent school achievement. In *Educational Psychology Review* (Vol. 17, Number 2, pp. 125–146). https://doi.org/10.1007/s10648-005-3950-1

United Nations International Children's Emergency Fund. (n.d.). *UNICEF's vision for elevating parenting: A strategic note*.

Williams, O. C., Prasad, S., Khan, A. A., Ayisire, O. E., Naseer, H., Abdullah, M., Nadeem, M., Ashraf, N., & Zeeshan, M. (2024). Tailoring parenting styles and family-based interventions cross-culturally as an effective prevention strategy for youth substance use: a scoping review. *Annals of Medicine & Surgery*, *86*(1), 257–270. https://doi.org/10.1097/MS9.0000000000001387

Fator Socioeconómico como Determinante do Risco Familiar: Evidências de uma Amostra Comparativa

Luana Ochoa[1], Diamantino Santos[1], Rosa Marina Afonso[1,2]

[1] Universidade da Beira Interior, Portugal
[2] RISE-Health Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, Portugal

Autor Correspondente: Luana Ochoa. **E-mail:** ochoaluana@gmail.com

Resumo: A pobreza presente no núcleo familiar tem um impacto no desenvolvimento da criança, no sentido em que é geradora de *stress* em todos os membros da família e pode limitar as suas oportunidades (Duncan et al., 2014). Assim, o presente estudo, transversal e correlacional, teve como objetivo analisar o impacto do fator socioeconómico no risco familiar, através da aplicação da Entrevista Estruturada da Avaliação do Risco Familiar (EEARF). A recolha de dados foi realizada por amostragem de conveniência, integrando 58 participantes provenientes de famílias com crianças até aos 12 anos, referenciadas pela Segurança Social. A amostra foi distribuída por dois grupos: 34 participantes de baixo estatuto socioeconómico e 24 de estatuto socioeconómico médio-alto. Os resultados evidenciaram que o grupo de baixo estatuto socioeconómico apresenta um número significativamente superior de fatores de risco, comparativamente ao grupo de estatuto

médio-alto. Relativamente aos fatores de proteção, verificou-se a sua maior prevalência no grupo de estatuto socioeconómico médio-alto. Deste modo, constatou-se que o fator socioeconómico constitui um determinante significativo do risco familiar, corroborando as hipóteses formuladas, uma vez que as dificuldades económicas tendem a intensificar o risco familiar, ao passo que a estabilidade laboral e um contexto socioeconómico mais favorável se associam a dinâmicas familiares mais estruturadas e adaptativas, funcionando como fatores de proteção.
Palavras-chave: Família; Risco; Avaliação; Socioeconómico; Crianças.

1. Introdução

A família constitui a principal rede de apoio para os seus membros, representando um ambiente de fundamental relevância para o desenvolvimento de crianças/jovens, com o dever de promover a sua autonomia e integração social (Ávila et al., 2016; Fernández & Coicue, 2023; Gomes, 2019). Não obstante, nem sempre é possível a família suprimir todas as necessidades das crianças/jovens, o que as pode colocar numa situação de risco ou de perigo.

Mas o que é o risco? E o que é o risco familiar? O risco pode ser entendido como o resultado da interação entre fatores individuais, familiares e contextuais que aumentam a probabilidade de ocorrência de resultados adversos no desenvolvimento e bem-estar dos indivíduos. Entre estes fatores incluem-se influências externas, como os pares, o ambiente escolar e a comunidade, bem como características individuais, como as competências neurocognitivas, a tolerância à frustração e a capacidade de resolução de problemas. A exposição cumulativa a múltiplos fatores de risco tende a potenciar vulnerabilidades psicossociais e a comprometer o funcionamento individual e familiar (Villanueva, 2015).

Entre os diversos fatores de risco identificados na literatura, este estudo destaca o contexto socioeconómico em que a criança ou jovem se desenvolve. A pobreza e a exclusão social, tanto ao nível familiar como em contextos mais amplos, como a comunidade, o bairro ou a escola, estão associadas à exposição a múltiplos stressores e à limitação de oportunidades educativas, sociais e económicas. Estas condições podem comprometer o desenvolvimento, favorecer sentimentos de exclusão social e aumentar a probabilidade de envolvimento em comportamentos desviantes como estratégia para alcançar melhores condições de vida. A evidência demonstra ainda que as crianças

constituem um grupo particularmente vulnerável aos efeitos da pobreza, sendo a exposição precoce a estas condições associada a níveis mais elevados de risco e vulnerabilidade psicossocial (Bastos & Machado, 2018; de Carvalho, 2013; Duncan et al., 2014; Vanderley et al., 2020).

Todavia, o impacto negativo de alguns fatores de risco nas crianças/jovens pode ser mitigado através de vários fatores protetores que contribuem para o crescimento saudável da criança/adolescente e evite o risco de problemas de saúde mental e física na adultez. Ademais, os fatores de proteção devem ter em consideração as particularidades das crianças/jovens, bem como das suas famílias e dos seus contextos sociais e culturais (Rocha, 2020).

Este estudo tem como objetivo avaliar o impacto do fator socioeconómico no risco familiar. Assim, e tendo em conta o enquadramento teórico, surgem as seguintes hipóteses que conduzem este estudo:

Hipótese 1: H0 – As famílias de estatuto socioeconómico médio-alto possuem mais fatores de proteção do que as famílias de baixo estatuto socioeconómico.

H1 – Não existem diferenças significativas entre as famílias de estatuto socioeconómico médio-alto e a amostra de baixo fator socioecónomico no que diz respeito aos fatores de proteção.

Hipótese 2: H0 – As famílias de baixo estatuto socioecónomico possuem maior nível de risco do que as famílias de estatuto socioeconómico médio-alto.

H2 – Não existem diferenças significativas entre as famílias de estatuto socioeconómico médio-alto e as famílias de baixo estatuto socioecónomico no que diz respeito ao nível de risco familiar.

2. Métodos

O presente estudo, de natureza quantitativa e desenho transversal, comparou duas amostras independentes de famílias com crianças até aos 12 anos de idade, sinalizadas pela Segurança Social por se encontrarem em situação de risco ou perigo. Os participantes foram selecionados através de amostragem por conveniência nas regiões Norte e Centro de Portugal.

A recolha de dados foi realizada através da Entrevista Estruturada de Avaliação do Risco Familiar (EEARF), um instrumento de quarta geração baseado no modelo de Julgamento Profissional Estruturado, que permite avaliar fatores de risco e de proteção no contexto familiar, apoiando a definição de estratégias de intervenção adequadas às

necessidades de cada família (dos Santos, 2018). O instrumento é constituído por 13 itens avaliados numa escala do tipo *likert* (que é utilizada para avaliar fatores de risco familiares e fatores relevantes para a gestão do risco familiar), bem como por 8 itens de escala dicotómica, que avaliam fatores protetores e outros elementos relevantes para a gestão do risco familiar (dos Santos, 2018).

A amostra foi dividida em dois grupos, de acordo com o estatuto socioeconómico (ESE): baixo (n = 34) e médio-alto (n = 24). Realizaram-se os testes de *Kolmogorov-Smirnov* para testar a normalidade das subescalas, posteriormente optou-se pelo teste de *Levene* para avaliar a homogeneidade das variâncias. Após recorrer a estes testes e concluir que se trata de um estudo não paramétrico, fez-se a análise da consistência interna, através do cálculo do Coeficiente *Alpha de Cronbach*. Para analisar as diferenças entre os grupos, recorreu-se ao teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, considerando os postos médios e a soma das classificações.

Os participantes do grupo de ESE baixo apresentaram idades compreendidas entre os 19 e os 52 anos (M = 36,03; DP = 8,70; Mo = 38). Relativamente à composição por sexo, a maioria era do sexo feminino (n = 26; 76,5%), sendo o restante do sexo masculino (n = 8; 23,5%). A dimensão do agregado familiar variou entre dois e sete indivíduos (M = 3,35; DP = 1,30; Mo = 2). Quanto ao nível de escolaridade, verificou-se que 23,5% (n = 8) não completaram o 9.º ano, 29,4% (n = 10) possuíam o 3.º ciclo e 32,4% (n = 11) o ensino secundário; os restantes detinham licenciatura (5,9%; n = 2), mestrado (5,9%; n = 2) ou curso técnico (2,9%; n = 1). No que respeita ao estado civil, 44,1% eram casados (n = 15), 35,3% solteiros (n = 12) e 20,6% divorciados (n = 7). Por fim, a amostra era composta maioritariamente por portugueses (58,8%; n = 20) e africanos (26,5%; n = 9), incluindo ainda espanhóis, brasileiros, búlgaros e ingleses (Tabela 1).

Tabela 1

Características Sociodemográficas do Grupo de ESE Baixo (n = 34)

Variáveis	*n*	%	Min.	Máx.	*M*	*DP*	*Mo*
Idade do entrevistado	34	100.0	19	52	36.03	8.695	38
Idade da criança	34	100.0	0.7	12	6.403	4.347	12
Nº de pessoas do agregado	34	100.0	2	7	3.353	1.300	2
Sexo do Entrevistado							
Feminino	26	76.5					
Masculino	8	23.5					
Ambos os pais presentes	0	.					

Sexo da Criança		
Feminino	17	50.0
Masculino	17	50.0
Relação com a Criança		
Progenitor	34	100.0
Cuidador	0	.
Outro	0	.
Estado Civil		
Casado	15	44.1
Solteiro	12	35.3
Divorciado	7	20.6
Escolaridade do Entrevistado		
Baixo Grau/ Analfabetismo	8	23.5
9º ano concluído	10	29.4
12º ano concluído	11	32.4
Licenciatura	2	5.9
Mestrado	2	5.9
Cursos Técnicos	1	2.9
Naturalidade		
Portuguesa	20	58.8
Brasileira	1	2.9
Inglesa	1	2.9
Africana	9	26.5
Espanhola	2	5.9
Búlgara	1	2.9
Alemã	0	.

Por sua vez, o grupo de ESE médio-alto era constituído por elementos com idades entre os 26 e os 50 anos (M = 40,88; DP = 5,74; Mo = 36), onde 19 são do sexo feminino (79,2%), 3 do sexo masculino (12,5%) e 2 entrevistas em que ambos os pais se encontram presentes (8,3%). O número de indivíduos que compõem o agregado familiar compreendia-se entre 2 e 4 elementos (M = 2,46; DP = 0,59; Mo = 2). Quanto à escolaridade concluída, constata-se que 33,3% (n = 8) possuem um mestrado, 50% são licenciados (n = 12), 12,5% têm o 12º ano concluído (n = 3) e 4,2% dispõem do 9º ano (n = 1). No que diz respeito ao estado civil, 1 indivíduo encontra-se casado (4,2%), enquanto 23 estão divorciados (95,8%). Relativamente à naturalidade, 83,3% são autóctones (n = 20), 12,5% são provenientes do Brasil (n = 3) e 4,2% têm origem alemã (n = 1) (Tabela 2).

Como se pode observar na Tabela 1, as crianças do grupo de baixo ESE têm idades compreendidas entre 7 meses e 12 anos (M = 6,40; DP = 4,35; Mo = 12), das quais 17 são do sexo feminino (50%) e 17 (50%) do sexo masculino. Concomitantemente, as crianças da amostra de ESE médio-alto têm idades entre 1 e 12 anos (M = 7,58; DP =

3,27; Mo =11), das quais 13 (54,2%) são do sexo feminino e 11 (45,8%) do sexo masculino (Tabela 2).

Tabela 2

Características Sociodemográficas do Grupo de ESE Médio-Alto (n = 24)

Variáveis	*n*	%	Min.	Máx.	*M*	*DP*	*Mo*
Idade do Entrevistado	24	100.0	26	50	40.88	5.743	36
Idade da Criança	24	100.0	1	12	7.583	3.269	11
Nº de pessoas do agregado	24	100.0	2	4	2.458	0.588	2
Sexo do Entrevistado							
Feminino	19	79.2					
Masculino	3	12.5					
Ambos os pais presentes	2	8.3					
Sexo da Criança							
Feminino	13	54.2					
Masculino	11	45.8					
Relação com a Criança							
Progenitor	24	100.0					
Cuidador	0	.					
Outro	0	.					
Estado Civil							
Casado	1	4.2					
Solteiro	0	.					
Divorciado	23	95.8					
Escolaridade do Entrevistado							
Baixo Grau/ Analfabetismo	0	.					
9º ano concluído	1	4.2					
12º ano concluído	3	12.5					
Licenciatura	12	50.0					
Mestrado	8	33.3					
Cursos Técnicos	0	.					
Naturalidade							
Portuguesa	20	83.3					
Brasileira	3	12.5					
Inglesa	0	.					
Africana	0	.					
Espanhola	0	.					
Búlgara	0	.					
Alemã	1	4.2					

3. Resultados

A análise de normalidade da distribuição amostral do grupo de ESE baixo foi realizada com recurso ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* pelo facto de se tratar de uma amostra com mais de 30 elementos como propõem Field (2013) e Marôco (2018). Assim, como se pode verificar na Tabela 3, constatou-se que a distribuição dos dados na amostra de baixo ESE, para cada uma das variáveis em estudo revelaram um $p < .05$, pelo que não

possuem uma distribuição normal. Todavia, a soma dos fatores de risco tem um valor de $p = .031$ ($p = >.005$), o que significa que esta variável conta com uma distribuição normal (Field, 2013; Marôco, 2018) (Tabela 3).

Tabela 3

Teste de Normalidade Kolmogorov-Smirnov dos Fatores de Risco para o Grupo de ESE Baixo (n =34)

	Estatística	gl	Sig.
Saúde Física	.455	34	<.001
Saúde Mental	.419	34	<.001
Abuso de Substâncias	.473	34	<.001
Educação	.289	34	<.001
Emprego	.192	34	.003
Habitação e Transporte	.226	34	<.001
Problemas Legais	.476	34	<.001
Violência	.409	34	<.001
Dissonância Étnica/Social	.466	34	<.001
Pobreza	.195	34	.002
Rede Social	.233	34	<.001
Segurança Social	.495	34	<.001
Família e Parentalidade	.216	34	<.001
SOMA dos Fatores de Risco	.158	34	.031

Por sua vez, para o grupo de ESE médio-alto recorreu-se ao teste de Shapiro-Wilk por se tratar de amostra com menos de 30 elementos, do qual se verificou que a distribuição dos dados na amostra, para cada uma das variáveis em estudo, revelaram um $p < .005$, assim como para a soma dos fatores de risco, pelo que não possui uma distribuição normal (Field, 2013; Marôco, 2018) (Tabela 4). Concomitantemente, ainda no grupo de ESE médio-alto, o item "Habitação e Transporte" não contém variabilidade interindividual, isto é, tem frequência constante dentro de cada amostra, o que não permitiu o cálculo da normalidade (Tabela 4).

Tabela 4

Teste de Normalidade Shapiro-Wilk dos Fatores de Risco para o Grupo de ESE Médio-Alto (n = 24)

	Estatística	gl	Sig.
Saúde Física	.472	24	<.001
Saúde Mental	.725	24	<.001

Abuso de Substâncias	.396	24	<.001
Educação	.209	24	<.001
Emprego	.209	24	<.001
Habitação e Transporte	.	24	.
Problemas Legais	.770	24	<.001
Violência	.598	24	<.001
Dissonância Étnica/Social	.454	24	<.001
Pobreza	.466	24	<.001
Rede Social	.431	24	<.001
Segurança Social	.636	24	<.001
Família e Parentalidade	.682	24	<.001
SOMA dos Fatores de Risco	.849	24	.002

Relativamente aos fatores protetores, para o grupo de baixo ESE, verificou-se que apenas a soma dos fatores de proteção tem uma distribuição normal, pois $p = .200$ ($p > .005$), enquanto as restantes variáveis têm um valor de $p < .005$ (Fiel, 2009; Marôco, 2018) (Tabela 5). O mesmo se constata para o grupo de ESE médio-alto, no qual, as variáveis dos fatores de proteção, não possuem uma distribuição normal, uma vez que $p < .005$. Contudo, a soma dos fatores de proteção tem um $p = .011$ ($p > .005$), pelo que já conta com uma distribuição normal (Field, 2013; Marôco, 2018) (Tabela 6). É de ressaltar que, no grupo de ESE médio-alto, os itens ““Mãe pós-adolescente” e “Pares pró-sociais” não contêm variabilidade interindividual, uma vez não terem frequência constante dentro da amostra, o que, por sua vez, não permitiu o cálculo da normalidade (Tabela 6).

Tabela 5

Teste de Normalidade Kolmogorov-Smirnov dos Fatores de Proteção para o Grupo de ESE Baixo (n = 34)

	Estatística	G1	Sig.
Elevada persistência de disciplina	.353	34	<.001
Baixo nível de conflituosidade conjugal	.353	34	<.001
Adequado nível de colaboração interparental	.368	34	<.001
História de baixo nível de punição física	.458	34	<.001
Mãe pós-adolescente	.538	34	<.001
Adequada supervisão parental	.512	34	<.001
Pares pró-sociais	.486	34	<.001
Vizinhança pró-social	.429	34	<.001

Baixo nível de *stress* parental	.512	34	<.001
Elevado envolvimento nas atividades familiares	.523	34	<.001
Elevado nível de colaboração pais/avaliadores	.472	34	<.001
Sistema familiar estável e caloroso	.472	34	<.001
Pai com papel protetor	.414	34	<.001
Mãe com papel protetor	.523	34	<.001
Outros familiares com papel protetor	.383	34	<.001
Jovem e pais com vínculos afetivos mútuos	.532	34	<.001
SOMA dos Fatores Protetores	.121	34	.200*

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

Tabela 6

Teste de Normalidade Shapiro-Wilk dos Fatores de Proteção para o Grupo de ESE Médio-Alto (n = 24)

	Estatística	gl	Sig.
Elevada persistência de disciplina	.393	24	<.001
Baixo nível de conflituosidade conjugal	.454	24	<.001
Adequado nível de colaboração interparental	.503	24	<.001
História de baixo nível de punição física	.393	24	<.001
Mãe pós-adolescente	.	24	.
Adequada supervisão parental	.616	24	<.001
Pares pró-sociais	.	24	.
Vizinhança pró-social	.209	24	<.001
Baixo nível de *stress* parental	.573	24	<.001
Elevado envolvimento nas atividades familiares	.316	24	<.001
Elevado nível de colaboração pais/avaliadores	.316	24	<.001
Sistema familiar estável e caloroso	.503	24	<.001
Pai com papel protetor	.629	24	<.001
Mãe com papel protetor	.209	24	<.001
Outros familiares com papel protetor	.616	24	<.001
Jovem e pais com vínculos afetivos mútuos	.598	24	<.001
SOMA dos Fatores Protetores	.886	24	.011

Ademais, foi também efetuado o teste de homogeneidade das variâncias entre o grupo de baixo e ESE médio-alto (teste de Levene), uma vez não ter sido possível realizar o mesmo para cada grupo, dado não haver pares de dispersão/nível exclusivos suficientes

para esse efeito. Observando a Tabela 7, constatou-se que a soma dos fatores de risco não apresentou homogeneidade de variâncias (p = <.001, p <.05), no entanto, de acordo com a Tabela 8, verificou-se que a soma dos fatores de proteção apresentou homogeneidade de variâncias (p = .665, p <.05) (Field, 2013; Marôco, 2018). Ainda neste sentido, foi também testada a homogeneidade de variância para os itens dos fatores de risco e dos fatores protetores. Deste modo, para os fatores de risco, apenas os itens "Abuso de substâncias" e "Família e Parentalidade" possuem p > .05, o que demonstra que existe homogeneidade de variâncias (Tabela 7) (Field, 2013; Marôco, 2018). Por outro lado, os itens "saúde física", "saúde mental", "educação", "emprego", "habitação e transporte", "problemas legais", "violência", "dissonância étnica/social", "pobreza", "rede social" e "segurança social" têm p < .05, pelo que não possuem homogeneidade de variância (Tabela 7) (Field, 2013; Marôco, 2018).

Tabela 7

Teste de Homogeneidade de Variância dos Fatores de Risco com Base na Média (n = 58)

	Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig.
Saúde Física	14.566	1	56	<.001
Saúde Mental	10.020	1	56	.003
Abuso de Substâncias	.924	1	56	.341
Educação	18.850	1	56	<.001
Emprego	49.364	1	56	<.001
Habitação e Transporte	58.203	1	56	<.001
Problemas Legais	9.182	1	56	.004
Violência	12.103	1	56	<.001
Dissonância Étnica/Social	8.207	1	56	.006
Pobreza	17.247	1	56	<.001
Rede Social	9.870	1	56	.003
Segurança Social	9.369	1	56	.003
Família e Parentalidade	3.594	1	56	.063
SOMA dos Fatores de Risco	14.801	1	56	<.001

No que concerne aos fatores de proteção, foi possível verificar que os itens com homogeneidade de variância, ou seja, com p-value > .05, foram "elevado envolvimento nas atividades familiares", "sistema familiar estável e caloroso", "pai com papel protetor" e "outros familiares com papel protetor" (Tabela 8) (Field, 2013; Marôco, 2018). Todavia, os restantes itens, isto é, "elevada persistência de disciplina", "baixo nível de conflituosidade conjugal", "adequado nível de colaboração interparental", "história de baixo nível de punição física", "mãe pós-adolescente", "adequada supervisão parental",

"pares pró-sociais", "vizinhança pró-social", "baixo nível de stress parental", "elevado nível de colaboração de pais/avaliadores", "mãe com papel protetor" e "jovem e pais com vínculos afetivos mútuos" contam com p-value <.05, pelo que não possuem homogeneidade de variância (Tabela 8) (Field, 2013; Marôco, 2018).

Tabela 8

Teste de Homogeneidade de Variância dos Fatores de Proteção com Base na Média (n = 58)

	Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig.
Elevada persistência de disciplina	40.878	1	56	<.001
Baixo nível de conflituosidade conjugal	25.353	1	56	<.001
Adequado nível de colaboração interparental	14.347	1	56	<.001
História de baixo nível de punição física	7.787	1	56	.007
Mãe pós-adolescente	6.591	1	56	.013
Adequada supervisão parental	15.103	1	56	<.001
Pares pró-sociais	43.796	1	56	<.001
Vizinhança pró-social	58.246	1	56	<.001
Baixo nível de *stress* parental	6.953	1	56	.011
Elevado envolvimento nas atividades familiares	.710	1	56	.403
Elevado nível de colaboração pais/avaliadores	11.308	1	56	<.001
Sistema familiar estável e caloroso	.232	1	56	.632
Pai com papel protetor	.815	1	56	.371
Mãe com papel protetor	4.482	1	56	.039
Outros familiares com papel protetor	.319	1	56	.575
Jovem e pais com vínculos afetivos mútuos	25.879	1	56	<.001
SOMA dos Fatores Protetores	.189	1	56	.665

A consistência interna do instrumento foi realizada através do cálculo do Coeficiente Alpha de Cronbach. Assim, para o grupo de baixo ESE, tanto para os fatores de risco ($\alpha = .68$) (Tabela 7), quanto para os fatores protetores ($\alpha = .65$) (Tabela 8), verificou-se ter uma confiabilidade aceitável, dado que $\alpha \approx .07$ e, de acordo com Field (2013), para escalas não unidimensionais, um ponto de corte de 0.7 é considerado mais adequado, dado que valores elevados podem comprometer a interpretação multidimensional destas escalas.

Tabela 9

Análise de Consistência Interna Através do Alpha de Cronbach Para os Fatores de Risco do Grupo de Baixo ESE (n = 34)

Alpha de *Cronbach*	Média da escala se o item for excluído	Variância da escala se o item for excluído	Correlação item-total corrigida	*Alpha* de *Cronbach* se o item for excluído
Fatores de risco (.675)				
Saúde Física	27.09	168.689	.324	.658
Saúde Mental	26.94	157.633	.589	.630
Abuso de Substâncias	27.50	173.894	.394	.662
Educação	6.94	172.724	.276	.664
Emprego	26.50	180.136	.053	.681
Habitação e Transporte	26.65	169.266	.419	.654
Problemas Legais	27.18	171.301	.285	.663
Violência	27.00	173.455	.184	.671
Dissonância Étnica/Social	27.38	178.486	.147	.674
Pobreza	25.44	161.709	.546	.639
Rede Social	26.47	166.014	.467	.648
Segurança Social	27.41	178.250	.172	.673
Família e Parentalidade	25.32	172.589	.284	.664
SOMA dos Fatores de Risco	13.88	44.592	.997	.570

Tabela 10

Análise de Consistência Interna través do Alpha de Cronbach Para os Fatores de Proteção do Grupo de Baixo ESE (n = 34)

Alpha de *Cronbach*	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	*Alpha* de *Cronbach* se o item for excluído
Fatores de Proteção (.654)				
Elevada persistência de disciplina	21.0588	25.451	.297	.638
Baixo nível de conflituosidade conjugal	21.0000	24.121	.572	.615
Adequado nível de colaboração interparental	21.0882	23.780	.649	.608
História de baixo nível de punição física	20.7941	25.987	.228	.645
Mãe pós-adolescente	20.5882	27.462	-.117	.662
Adequada supervisão parental	20.6765	26.044	.287	.643
Pares pró-sociais	20.7353	24.928	.520	.626
Vizinhança pró-social	21.2059	26.775	.046	.658

Baixo nível de *stress* parental	21.3824	25.758	.367	.638
Elevado envolvimento nas atividades familiares	20.6471	26.235	.264	.645
Elevado nível de colaboração pais/avaliadores	20.7647	25.458	.364	.636
Sistema familiar estável e caloroso	20.7647	24.731	.539	.623
Pai com papel protetor	20.8824	25.804	.241	.643
Mãe com papel protetor	20.6471	26.599	.154	.651
Outros familiares com papel protetor	20.9412	27.754	-.148	.674
Jovem e pais com vínculos afetivos mútuos	20.6176	25.819	.453	.637
SOMA dos Fatores Protetores	10.6765	6.165	.977	.577

Concomitantemente, para o grupo amostral de ESE médio-alto, verificou-se a existência de valores de confiabilidade questionável, uma vez que para os fatores de risco α =.63 (Tabela 9). No entanto, no mesmo grupo, para os fatores protetores, encontrou-se um valor de α = .72 (Tabela 10), o que significa que a sua confiabilidade é aceitável.

Tabela 11

Análise de Consistência Interna Através do Alpha de Cronbach Para os Fatores de Risco do Grupo de ESE médio-alto (n = 24)

Alpha de *Cronbach*	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	*Alpha* de *Cronbach* se o item for excluído
Fatores de risco (.625)				
Saúde Física	13.33	31.710	.217	.617
Saúde Mental	12.63	30.418	.208	.615
Abuso de Substâncias	13.13	27.245	.373	.584
Educação	13.46	31.911	.247	.617
Emprego	13.50	32.870	.130	.626
Problemas Legais	12.67	33.188	-.049	.642
Violência	12.88	34.810	-.321	.658

Dissonância Étnica/Social	13.38	23.332	.171	.622
Pobreza	13.29	29.694	.476	.589
Rede Social	13.21	26.259	.651	.542
Segurança Social	12.50	33.391	-.073	.639
Família e Parentalidade	11.79	27.216	.487	.567
SOMA dos Fatores de Risco	6.75	8.370	.998	.337

Tabela 12

Análise de Consistência Interna Através do Alpha de Cronbach Para os Fatores de Proteção do Grupo de ESE médio-alto (n = 24)

Alpha de *Cronbach*	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	*Alpha* de *Cronbach* se o item for excluído
Fatores de proteção (.720)				
Elevada persistência de disciplina	18.4583	26.172	.186	.718
Baixo nível de conflituosidade conjugal	19.1667	23.884	.779	.685
Adequado nível de colaboração interparental	19.1250	23.853	.716	.686
História de baixo nível de punição física	18.4583	25.476	.392	.709
Adequada supervisão parental	18.7083	23.868	.583	.690
Vizinhança pró-social	18.3750	26.505	.181	.720
Baixo nível de *stress* parental	19.0417	23.346	.750	.680
Elevado envolvimento nas atividades familiares	18.4167	26.601	.085	.723
Elevado nível de colaboração pais/avaliadores	18.4167	26.080	.266	.716
Sistema familiar estável e caloroso	19.1250	23.853	.716	.686
Pai com papel protetor	18.9167	24.428	.451	.699
Mãe com papel protetor	18.3750	26.505	.181	.720

Outros familiares com papel protetor	18.7083	27.694	-.194	.743
Jovem e pais com vínculos afetivos mútuos	18.6667	23.797	.617	.688
SOMA dos Fatores Protetores	8.7083	6.824	.994	.738

Uma vez que os testes de normalidade e de homogeneidade das variâncias evidenciaram a violação dos respetivos pressupostos para as variáveis em estudo (fatores de risco e fatores de proteção), tanto no grupo de ESE baixo como no grupo de ESE médio-alto, optou-se pela utilização do teste não paramétrico de Mann-Whitney. Este procedimento permitiu comparar as diferenças entre os dois grupos relativamente aos fatores de risco e de proteção avaliados, possibilitando a análise das hipóteses formuladas no presente estudo.

Tendo em conta as Tabelas 13 e 14, observou-se que o grupo de ESE baixo apresenta um maior número de fatores de risco (U = 114.500, W = 414.500, $p < .001$) comparativamente com o grupo de ESE médio-alto, indicando que as diferenças observadas entre os dois grupos são estatisticamente significativas. Este resultado confirma a hipótese nula (H0) da segunda hipótese deste estudo. Por outro lado, relativamente aos fatores de proteção, verificou-se uma maior prevalência dos mesmos no grupo de ESE médio-alto (U = 380.500, W = 680.500, $p = .661$), em comparação com o grupo de baixo ESE, o que, por conseguinte, corrobora a hipótese nula (H0) da primeira hipótese do estudo (Tabelas 13 e 14).

Tabela 13

Postos Médios e Soma de Classificações de Wilcoxon do Grupo de ESE Baixo (n = 34) e do Grupo de ESE Médio-Alto (n = 24)

	Grupo de ESE baixo		Grupo de ESE médio-alto	
	Posto médio	Soma de classificações	Posto médio	Soma de classificaçõ es
SOMA dos fatores de risco	38.13	1296.50	17.27	414.50
SOMA dos fatores protetores	30.31	1030.50	28.35	680.50

Tabela 14

Estatísticas do Teste Mann-Whitney e Teste da Soma dos Postos de Wilcoxon entre o Grupo de ESE Baixo (n = 34) e o Grupo de ESE Médio-Alto (n = 24)

	SOMA dos Fatores de Risco	SOMA dos Fatores de Proteção
U de Mann-Whitney	114.500	380.500
Wilcoxon *W*	414.500	680.500
Z	-4.648	-.438
Sig. exata (1 extremidade)	<.001	.661

De igual modo, procedeu-se à realização do teste Mann-Whitney e o teste de soma e dos postos de Wilcoxon para os itens relacionados com os fatores de risco (Tabelas 15 e 16) e para os itens dos fatores de proteção (Tabelas 17 e 18). Conforme as Tabelas 15 e 16, observou-se que os itens saúde mental (U = 290.000, W = 885.000, $p < .040$), educação (U = 235.500, W = 535.500, p < .001), emprego (U = 142.000, W = 442.000, $p < .001$), habitação e transporte (U = 156.000, W = 456.000, $p<.001$), problemas legais (U = 238.500, W = 833.500, $p = .003$), pobreza (U = 71.000, W = 371.000, $p <.001$), rede social (U = 215.500, W = 515.500, $p < .001$), segurança social (U = 166.000, W = 761.000, $p < .001$) e família e parentalidade (U = 239.000, W = 539.000, $p = .005$) apresentaram diferenças significativas, para um p-value de 5%, entre o grupo de ESE baixo e o grupo de ESE médio-alto.

Tabela 15

Postos Médios e Soma de Classificações de Wilcoxon do Grupo de ESE Baixo (n = 34) e do Grupo de ESE Médio-Alto (n = 24) para os Fatores de Risco

	Grupo de ESE baixo		Grupo de ESE médio-alto	
	Posto médio	Soma de classificações	Posto médio	Soma de classificações
Saúde Física	30.74	1045.00	27.75	666.00
Saúde Mental	26.03	885.00	34.42	826.00
Abuso de Substâncias	29.94	1018.00	28.88	693.00
Educação	34.57	1175.50	22.31	535.50
Emprego	37.32	1269.00	18.42	442.00

Habitação e Transporte	36.91	1255.00	13.00	456.00
Problemas Legais	24.51	833.50	36.53	877.50
Violência	26.68	907.00	33.50	804.00
Dissonância Étnica/Social	30.26	1029.00	28.42	682.00
Pobreza	39.41	1340.00	15.46	371.00
Rede Social	35.16	1195.50	21.48	515.50
Segurança Social	22.38	761.00	39.58	950.00
Família e Parentalidade	34.47	1172.00	22.46	539.00

Tabela 16

Estatísticas do Teste Mann-Whitney e Teste da Soma dos Postos de Wilcoxon para os Fatores de Risco entre o Grupo de ESE Baixo (n = 34) e o Grupo de ESE Médio-Alto (n = 24)

	U de Mann-Whitney	Wilcoxon *W*	*Z*	Sig exata (2 extremidades)
SF	366.000	666.000	-.937	349
SM	290.000	885.000	-2.057	.040
AS	393.000	693.000	-.376	.707
ED	235.500	535.500	-3.397	<.001
EM	142.000	442.000	-4.723	<.001
HT	156.000	456.000	-4.650	<.001
PL	238.500	833.500	-3.002	.003
V	312.000	907.000	-1.698	.090
DES	382.000	682.000	-.601	.548
P	71.000	371.000	-5.541	<.001
RS	215.500	515.500	-3.391	<.001
SS	166.000	761.000	-4.207	<.001
FP	239.000	539.000	-2.810	.005

Nota: SF – Saúde Física; SM – Saúde Mental; AS – Abuso de Substâncias; ED – Educação; EM – Emprego; HT – Habitação e Transporte; PL – Problemas Legais; V – Violência; DES – Dissonância Étnica/Social; P – Pobreza; RS – Rede Social; SS – Segurança Social; FP - Família e Parentalidade

Por outro lado, no que concerne aos fatores de proteção entre o grupo de ESE baixo e o grupo de ESE médio-alto, os itens elevada persistência de disciplina (U =243.000, W = 838.000, p = .002), baixo nível de conflituosidade conjugal (U = 260.000, W = 560.000, p < .005), adequada supervisão parental (U = 315.000, W = 615.000, p = .048), pares pró-sociais (U = 324.000, W = 919.000, p = .019), vizinhança pró-social (U = 149.000, W = 744.000, p < .001), sistema familiar estável e caloroso (U = 181.000, W = 481.000, p < .001) e jovem e pais com vínculos afetivos mútuos (U = 308.000, W = 608.000, p = .020) demonstraram existir diferenças significativas entre os dois grupos, dado que p <.05 (Tabelas 17 e 18).

Tabela 17

Postos Médios e Soma de Classificações de Wilcoxon do Grupo de ESE Baixo (n = 34) e do Grupo de ESE Médio-Alto (n = 24) para os Fatores de Proteção

	Grupo de ESE baixo		Grupo de ESE médio-alto	
	Posto médio	Soma de classificações	Posto médio	Soma de classificações
Elevada persistência de disciplina	24.65	838.00	36.38	873.00
Baixo nível de conflituosidade conjugal	33.85	1151.00	23.33	560.00
Adequado nível de colaboração interparental	32.29	1098.00	25.54	613.00
História de baixo nível de punição física	27.82	946.00	31.88	765.00
Mãe pós-adolescente	28.79	979.00	30.50	732.00
Adequada supervisão parental	32.24	1096.00	25.63	615.00
Pares pró-sociais	27.03	919.00	33.00	792.00
Vizinhança pró-social	21.88	744.00	40.29	967.00
Baixo nível de *stress* parental	27.76	944.00	31.96	767.00
Elevado envolvimento nas atividades familiares	29.09	989.00	30.08	722.00

Elevado nível de colaboração pais/avaliadores	27.68	941.00	32.08	770.00
Sistema familiar estável e caloroso	36.18	1230.00	20.04	481.00
Pai com papel protetor	23.26	1097.00	25.58	614.00
Mãe com papel protetor	28.59	972.00	30.79	739.00
Outros familiares com papel protetor	29.06	988.00	30.13	723.00
Jovem e pais com vínculos afetivos mútuos	32.44	1103.00	25.33	60.00

Tabela 18

Estatísticas do Teste Mann-Whitney e Teste da Soma dos Postos de Wilcoxon para os Fatores de Proteção entre o Grupo de ESE Baixo (n = 34) e o Grupo de ESE Médio-Alto (n = 24)

	U de Mann-Whitney	Wilcoxon *W*	*Z*	Sig exata (2 extremidades)
EPD	243.000	838.000	-3.129	.002
BNC	260.000	560.000	-2.780	.005
ANC	313.000	613.000	-1.822	.069
HBN	351.000	946.000	-1.282	.200
MPA	384.000	979.000	-1.199	.231
ASP	315.000	615.000	-1.981	.048
PPS	324.000	919.000	-2.350	.019
VPS	149.000	744.000	-4.793	<.001
BNS	349.000	944.000	-1.327	.184
EEA	394.000	989.000	-.419	.675
ENC	346.000	941.000	-1.496	.135
SFE	181.000	481.000	-4.147	<.001
PPP	314.000	614.000	-1.723	.085
MPP	377.000	972.000	-1.007	.314
OPP	393.000	988.000	-.279	.780

JPV	308.000	608.000	-2.325	.020

Nota: EPD – Elevada Persistência de Disciplina; BNC – Baixo Nível de Conflituosidade Conjugal; ANC – Adequado Nível de Colaboração Interparental; HBN – História de Baixo Nível de Punição Física; MPA – Mãe pós-adolescentes; ASP – Adequada Supervisão Parental; PPS – Pares Pró-Sociais; VPS – Vizinhança Pró-Social; BNS – Baixo Nível de Stress Parental; EEA – Elevado Envolvimento nas Atividades Familiares; ENC – Elevado nível de colaboração pais/avaliadores; SFE – Sistema Familiar Estável e Caloroso; PPP – Pai com Papel Protetor; MPP – Mãe com Papel Protetor; OPP – Outros Familiares com Papel Protetor; JPV – Jovem e Pais com Vínculos Afetivos Mútuos.

4. Discussão

Dos testes de Kolomogorov-Smirnov e Sahpiro-Wilk, conclui-se que não existe normalidade para os grupos ESE baixo e médio-alto (tabelas 3 a 6). Além disso, com recurso ao teste de Levene verificou-se ainda não existir homogeneidade da variância para os fatores de risco e de proteção, pelo que foi necessário recorrer a testes não paramétricos (Tabelas 7 e 8) (Field, 2013; Marôco, 2018).

De modo a avaliar a consistência interna do instrumento, foi utilizado o Coeficiente *Alpha de Cronbach*, para avaliar a consistência interna do instrumento, verificando-se que a amostra de ESE baixo e a amostra de ESE médio-alto, apresentam uma confiabilidade aceitável, pois $\alpha \approx .07$ (Tabelas 11 e 12).

Deste modo, a análise comparativa entre os grupos de ESE baixo e médio-alto, realizada através do teste de Mann-Whitney (Tabelas 13 a 18), revelou diferenças estatisticamente significativas. Verificou-se que o grupo de ESE baixo apresenta um nível de risco familiar superior, ao passo que o grupo de ESE médio-alto detém uma maior prevalência de fatores de proteção. Estes resultados fornecem suporte estatístico às hipóteses formuladas, confirmando o impacto significativo das variáveis socioeconómicas no risco familiar.

Face aos achados, reitera-se a necessidade de as intervenções psicológicas e sociais adotarem uma perspetiva multidimensional. Estas não devem centrar-se exclusivamente nas dinâmicas relacionais, mas integrar o impacto transversal dos fatores socioeconómicos, priorizando o reforço dos fatores de proteção como estratégia primordial para a mitigação de riscos.

Não obstante os resultados obtidos, importa assinalar algumas limitações, particularmente no que concerne à validade externa e aos procedimentos de amostragem. A natureza sensível dos dados e a reserva de diversas entidades dificultaram a recolha da

amostra, impedindo a constituição de grupos com equivalência numérica, tendo o grupo de ESE baixo uma representação superior (n baixo ESE > n médio-alto). Adicionalmente, a escassez de bibliografia recente sobre a temática constituiu um constrangimento à contextualização teórica.

Futuras investigações deverão privilegiar amostras de maior dimensão e considerar a comparação entre contextos sociodemográficos diversificados, de modo a potenciar a generalização dos resultados e a robustez científica das conclusões.

5. Referências Bibliográficas

Ávila, E. O., Villa, E. A. H., Velazquez, L. S. Y., Ibarra, S. M. M., & Verduzco, R. O. F. (2016). Relación entre los factores familiares de riesgo y la conducta antisocial de los adolescentes (pp. 20–30). *Culcyt, 59.* https://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/culcyt/article/view/1261/1090

Bastos, A., & Machado, C. (2018). Children and the dynamics of poverty and social exclusion: empirical evidence for Portugal. *International Journal of Social Economics*, *45*(9), 1385–1404. https://doi.org/10.1108/ijse-01-2016-0035

de Carvalho, M. J. L. (2013). Childhood, Urban Violence and Territory: Children's Perceptions of Place and Violence in Public Housing Neighborhoods in Portugal. *Children, Youth and Environments, 23*(1), 124. https://doi.org/10.7721/chilyoutenvi.23.1.0124

dos Santos, D. J. F. (2018). *A Entrevista Estruturada para Famílias Multiproblemáticas de Marcelo Pakman na Avaliação Familiar da Delinquência Juvenil*. https://pt.scribd.com/document/719662539/Assidere

Duncan, G. J., Magnuson, K., & Votruba-Drzal, E. (2014). Boosting Family Income to Promote Child Development. *The Future of Children*, *24*(1), 99–120. https://doi.org/10.1353/foc.2014.0008

Fernández, D. Y. M., & Coicue, D. A. A. (2023). *La Familia como agente protector en las relaciones sociales de un niño con autismo del barrio La Esmeralda de la ciudad de Popayán.* Fundacion Universitaria de Popayan. https://fupvirtual.edu.co/repositorio/s/repositorio/item/14243

Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4th ed.). Sage.

Gomes, J. M. N. (2019). *A promoção da autonomia em adolescentes acolhidas na CIJE: Estudo de caso* [Trabalho de projeto de mestrado, Instituto Politécnico de Castelo Branco].

Marôco, J. (2018). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (7.ª ed.). ReportNumber.

Rocha, S. M. D. (2020). "*Pais e Filhos para Sempre!" - Proposta dum Projeto de Intervenção de Promoção e Proteção de Crianças e Jovens em Risco para uma CPCJ da Região Centro.* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Institucional do IPV. https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/6318

Vanderley, I. C. S., Vanderley, M. de A. S., Santana, A. D. D. S., Scorsolini-Comin, F., Neto, W. B., & Monteiro, E. M. L. M. (2020). Factors related to the resilience of adolescents in contexts of social vulnerability: integrative review. *Enfermería Global, 59*, 612–625. https://doi.org/10.6018/eglobal.411311

Villanueva, S. L. D. (2015). Factores de riesgo y protección en niños y adolescentes en situación de pobreza de instituciones educativas en Villa El Salvador. *Avances En Psicología, 23*(2), 231–240. https://doi.org/10.33539/avpsicol.2015.v23n2.165

Fatores determinantes das motivações para a parentalidade: protocolo de uma *scoping review*

Raquel Tavares Marques[1], Paula Saraiva Carvalho[2], & Ana Conde[3]

[1] Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior, Portugal
[2] RISE-Health, Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade da Beira Interior, Portugal
[3] Hospital da Luz, Vila Real, Portugal

Autor Correspondente: Raquel Tavares Marques.
E-mail: raquel.tavares.marques@ubi.pt

Resumo: Introdução: As motivações para a parentalidade constituem um fenómeno complexo e multifatorial, com implicações significativas nos processos de decisão reprodutiva. Apesar da sua relevância, a literatura permanece dispersa e fragmentada

quanto aos fatores que as determinam. Face à dispersão da literatura, este protocolo de *scoping review* visa mapear e sintetizar a evidência disponível sobre os fatores determinantes das motivações para a parentalidade. Mais especificamente, procurar responder à seguinte questão de investigação: quais são os fatores determinantes das motivações para a parentalidade? Método: A *scoping review* será conduzida de acordo com as orientações de Joanna Briggs Institute e os resultados serão reportados de acordo com Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – extension for scoping reviews (PRISMA-ScR). A pesquisa será realizada nas bases de dados: PubMed, Scopus e Web of Science. A seleção dos estudos e a extração dos dados serão realizadas por dois revisores. Resultados: Pretende-se identificar e sistematizar os fatores determinantes das motivações para a parentalidade, agrupando-os em domínios conceptuais (individuais, relacionais, socioculturais e contextuais) e identificar lacunas existentes na literatura. Discussão: Esta *scoping review* poderá contribuir para uma compreensão integrada dos determinantes das motivações para a parentalidade e das suas implicações na decisão reprodutiva, sustentando investigações futuras e intervenções no domínio da Psicologia da Saúde.

Palavras-chave: determinantes; motivações para a parentalidade; decisão reprodutiva; reprodução; scoping review.

Abstract: Introduction: Parenthood motivations are a complex and multifactorial phenomenon, with significant implications for reproductive decision-making. Despite its relevance, the literature remains scattered and fragmented about its determinants. Due to the literature dispersion, this scoping review protocol aims to map and synthetize the available evidence about the determining factors for parenthood motivations. Particularly, seek to answer the following question: What are the determining factors for parenthood motivations? Method: The scoping review will be conducted according to Joanna Briggs Institute orientations and the results will be reported according to Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – extension for scoping reviews (PRISMA-ScR). The research will be executed in the databases: PubMed, Scopus and Web of Science. The study selection and data extraction will be conducted by two reviewers. Results: It is expected to identify an synthetize the determining factors for parenthood motivations, group them into conceptual fields (individual, relational,

sociocultural and contextual) and identify existing gaps in literature. Discussion: This scoping review may contribute to a comprehensive understanding of the determining factors for parenthood motivations and its implications on the reproductive decision, supporting future investigations and interventions in Health Psychology field.

Key-Words: determinants; parenthood motivations; reproductive decision; reproduction; scoping review.

1. Introdução

Na vida adulta, a decisão reprodutiva representa um marco importante no processo de desenvolvimento humano (Mathews & Desjardins, 2019). Historicamente, a reprodução era perspetivada como um percurso normativo e expectável da vida adulta. No entanto, diversas transformações sociais, económicas e culturais, ocorridas nas últimas décadas, têm contribuído para mudanças na forma como a decisão reprodutiva é tomada. O aumento da participação das mulheres no ensino superior e no mercado de trabalho, a instabilidade económica, o maior investimento na carreira profissional, as mudanças nos modelos familiares contribuíram para que a decisão de ter filhos deixasse de ser entendida como inevitável (Sabotka, 2017). Até então a parentalidade era vista como um assunto familiar e geracional e tem-se tornado gradualmente uma decisão e responsabilidade individual (Bodin et al., 2021). Atualmente, a decisão reprodutiva ou a recusa da mesma representa um processo individual, complexo e multifatorial.

A saúde reprodutiva tem sido influenciada por tendências demográficas contemporâneas como a diminuição das taxas de natalidade, o adiamento da decisão reprodutiva, o aumento da idade média ao nascimento do primeiro filho e o envelhecimento populacional (Sabotka, 2017). Estas mudanças têm contribuído para um maior interesse sobre os fatores associados às decisões reprodutivas e às motivações para a parentalidade, devido à necessidade de compreender os determinantes que influenciam essas motivações (Hviid Malling et al., 2025; Guzzo & Broussard, 2026).

As motivações para a parentalidade definem-se como disposições emocionais, psicológicas, sociais e culturais relativamente estáveis que refletem as razões subjacentes ao comportamento reprodutivo e influenciam os desejos, intenções e decisões relacionadas com ter filhos (Miller, 1994). Estas motivações constituem determinantes das intenções reprodutivas podendo conduzir tanto à decisão de ter filhos como à recusa

da parentalidade e são influenciadas por um conjunto de fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e económicos. Entre os modelos teóricos mais influentes, destaca-se o modelo Traits-Desires-Itentions-Behaviour (TDIB) de Warrenn Miller, que conceptualiza o comportamento reprodutivo como um processo sequencial que articula motivações disposicionais, desejos conscientes, intenções reprodutivas e comportamentos efetivos (Miller et al., 2004).

Vários estudos têm demonstrado um desfasamento frequente entre intenções reprodutivas e comportamentos reprodutivos, o que reforça a necessidade de compreender os fatores que influenciam a atitude reprodutiva ou a recusa da mesma, particularmente, em adultos em idade reprodutiva e sem filhos biológicos, adotivos ou enteados (Tartakovsy & Mizrahi, 2025). Desta forma, o foco conceptual desta scoping review incide sobre as motivações associadas à transição para a parentalidade, isto é, sobre o processo de decisão antes da existência de experiência parental.

Contudo, apesar do crescente interesse nesta temática, verifica-se que as motivações para a parentalidade e os seus fatores determinantes encontram-se dispersos e fragmentados na literatura. A utilização sobreposta de diferentes conceitos associados às motivações para a parentalidade, nomeadamente, aspirações, intenções, desejos, motivações, atitudes e decisão reprodutiva contribui para esta fragmentação da literatura dificultando a síntese e a compreensão integrada dos fatores que determinam estas motivações.

A evidência disponível encontra-se ainda, dispersa por diferentes populações, contextos de investigação e metodologias utilizadas, verificando-se elevada heterogeneidade. Face à amplitude e complexidade da temática, a realização de uma scoping review permitirá mapear e sintetizar os fatores determinantes das motivações para a parentalidade, mapear os diferentes conceitos utilizados e identificar lacunas de conhecimento que permitam orientar investigações futuras.

Numa pesquisa preliminar nas bases de dados PROSPERO, JBI Evidence Synthesis, Open Science Framework (OSF), Scopus, PubMed e Web of Science não foi identificada nenhuma revisão sistemática ou scoping review focada especificamente nos fatores determinantes das motivações para a parentalidade em adultos em idade reprodutiva e sem filhos. Esta lacuna reforça a pertinência da presente revisão.

Neste contexto, o principal objetivo deste protocolo de scoping review é mapear a literatura existente sobre os fatores determinantes das motivações para a parentalidade em

adultos em idade reprodutiva e sem filhos. Especificamente, pretende-se: mapear os fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e económicos associados às motivações para a parentalidade; descrever como os diferentes conceitos relacionados (motivações, desejos, aspirações, intenções, atitudes e decisões reprodutivas) têm sido operacionalizados na literatura; caracterizar as populações estudadas, metodologias utilizadas e contextos de investigação; e mapear lacunas de conhecimento e áreas que requerem investigação futura.

A presente scoping review pretende responder à seguinte questão de investigação: Quais são os fatores determinantes das motivações para a parentalidade em adultos em idade reprodutiva e sem filhos?

2. Métodos

Esta scoping review será conduzida de acordo com as orientações de Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2020) e os resultados serão reportados de acordo com Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses – extension for scoping reviews (PRISMA-ScR).

Não será realizada avaliação da qualidade metodológica, tal como recomendação de JBI para a condução de scoping reviews, uma vez que o objetivo é mapear a literatura existente e identificar lacunas no conhecimento.

A pesquisa será realizada nas bases de dados: PubMed, Scopus e Web of Science. Será ainda realizada pesquisa de literatura cinzenta no Google Scholar.

2.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão foram definidos segundo a estratégia PCC (População, Conceito e Contexto) e orientarão a seleção dos estudos, assegurando a consistência e replicabilidade de todo o processo da scoping review. No que concerne à População, serão incluídos estudos com adultos com idade entre os 18 e os 49 anos sem filhos biológicos, adotivos ou enteados, independentemente do sexo, orientação sexual ou estado civil. Relativamente ao Conceito serão incluídos estudos que explorem fatores determinantes das motivações para a parentalidade, incluindo estudos sobre motivações positivas e negativas, intenções reprodutivas, desejos ou decisões relacionadas com ter filhos. Serão considerados fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e económicos. Quanto ao contexto não serão aplicadas restrições relativamente ao contexto geográfico, cultural,

clínico, social ou comunitário. Serão excluídos estudos com participantes com menos de 18 anos ou maiores de 49 anos, estudos que envolvam exclusivamente participantes já com filhos biológicos, adotivos ou enteados, estudos com amostra mista (com e sem filhos) quando os resultados dos participantes sem filhos não são apresentados em separado, estudos focados exclusivamente em infertilidade, tratamentos de infertilidade, gravidez ou parentalidade, sem explorar motivações para a parentalidade e estudos psicométricos e revisões.

2.2 Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa foi desenvolvida numa primeira etapa com base nos principais conceitos da revisão: motivações para a parentalidade e decisão reprodutiva. Nesta etapa, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados PubMed, Scopus e Web of Science, de modo a identificar os termos mais utilizados nos títulos e resumos dos estudos, assim como os termos de indexação utilizados para descrever os artigos.

Na segunda etapa, as palavras e termos de indexação identificados serão conjugados numa estratégia de pesquisa única. Esta será ajustada de acordo com as especificidades de cada base de dados incluída na revisão, conjugando as palavras-chave com operadores booleanos (AND e OR). Na terceira etapa, a lista de referências bibliográficas de cada estudo será analisada de modo a identificar potenciais estudos complementares.

Não serão aplicadas restrições temporais e serão incluídos estudos publicados em português, inglês e espanhol.

2.3 Seleção dos estudos

A seleção dos estudos relevantes, iniciar-se-á com a análise dos títulos e resumos por dois revisores independentes, com base nos critérios de inclusão e exclusão definidos para identificar estudos elegíveis.

Posteriormente, o texto completo dos estudos selecionados, que cumpram os critérios de inclusão ou em que existam dúvidas sobre o seu cumprimento, será avaliado em detalhe com base nos critérios de inclusão e exclusão por dois revisores independentes. Após a leitura do texto integral, os estudos que não cumpram os critérios de inclusão serão excluídos e o motivo da exclusão será descrito. Os artigos considerados potencialmente revelantes, após esta segunda ronda serão avaliados para extração de dados.

Será utilizado um software para gerir as referências bibliográficas identificadas para remoção das referências duplicadas. Numa fase inicial, todos os estudos serão importados para um gestor de referências (Mendeley) e serão removidos os duplicados. Posteriormente, as referências serão exportadas para o Rayyan, que será utilizado no processo de seleção dos estudos por dois revisores independentes. Eventuais discrepâncias entre revisores serão resolvidas por consenso ou com recurso a um terceiro revisor que dará o seu contributo na discussão para resolução de divergências.

O processo de seleção será documentado e apresentado de forma narrativa e esquemática através de um diagrama de fluxo, segundo as recomendações do PRISMA-ScR, incluindo número de registos identificados em cada base de dados, número de duplicados removidos, número de estudos avaliados por título/resumo, número de textos completos avaliados e número de estudos incluídos na revisão final.

2.4 Extração de dados

Os dados serão extraídos por dois investigadores e, em caso de dúvidas ou discrepâncias, o processo será discutido em equipa com um terceiro revisor. A extração de dados será realizada com recurso a um instrumento de extração previamente desenvolvido e alinhado com os objetivos e a questão de revisão. Este instrumento poderá ser revisto e ajustado durante o processo, caso seja necessário, uma vez que o processo de extração de dados é iterativo.

Serão extraídos dados referentes à identificação do estudo, caraterísticas da população estudada, contexto de investigação, metodologia utilizada, conceito, fatores determinantes identificados, principais resultados e lacunas identificadas. Os fatores determinantes serão inicialmente extraídos e organizados em categorias temáticas através de análise qualitativa, permitindo a identificação de padrões emergentes nos dados.

2.5 Planeamento de análise e apresentação dos resultados

Os dados serão apresentados em formato narrativo, com recurso a tabelas resumo, alinhadas com os objetivos e questões de revisão. Um resumo descritivo e narrativo acompanhará a apresentação dos resultados em tabelas, através de uma síntese narrativa.

Os dados extraídos serão analisados através de análise descritiva e análise temática. A análise descritiva comtemplará o ano de publicação, a área disciplinar, a metodologia utilizada, o contexto de investigação e as características da amostra. A análise temática incidirá sobre os fatores determinantes das motivações para a parentalidade, que serão

organizados em categorias concetuais. Será utilizada uma análise indutiva para a codificação das categorias emergentes dos dados, com o intuito de identificar padrões emergentes. O processo de análise destes dados será conduzido de forma iterativa, permitindo o ajustamento das categorias ao longo do processo de análise.

A apresentação dos resultados seguirá as recomendações do PRISMA-ScR.

3. Resultados

Espera-se que a presente scoping review permita mapear, sistematizar e integrar a evidência existente na área das motivações para a parentalidade, mais especificamente, mapear os fatores determinantes das motivações para a parentalidade em adultos com idade entre os 18 e os 49 anos e sem filhos.

Prevê-se o mapeamento e identificação de múltiplos fatores determinantes das motivações para a parentalidade passíveis de serem organizados e agrupados em diferentes domínios, nomeadamente, fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e económicos. Ao nível individual, espera-se identificar fatores psicológicos associados aos valores pessoais, expectativas relativas à parentalidade, objetivos de vida, desejo de amar e cuidar, sentimento de realização pessoal, experiências relacionais precoces, perceções acerca da competência percebida para o assumir do papel parental, entre outros. No que concerne aos fatores relacionais, prevê-se a identificação de variáveis associadas à qualidade da relação conjugal, estabilidade relacional, vinculação romântica, projetos familiares partilhados, entre outros. Quanto aos valores sociais, culturais, contextuais e económicos, espera-se identificar fatores relacionados com as condições socioeconómicas, com a estabilidade profissional, suporte social, normais culturais associadas à parentalidade (como continuidade geracional ou do legado familiar), suporte social percebido, entre outros. Assim, prevê-se o emergir de categorias de fatores determinantes das motivações para a parentalidade e da decisão reprodutiva, de forma dedutiva e indutiva.

Considerando a diversidade conceptual identificada previamente na literatura, nomeadamente, a utilização de conceitos como motivações, desejos, intenções, atitudes, aspirações e decisões reprodutivas, prevê-se o mapeamento dos conceitos utilizados nos estudos selecionados. Também pela utilização sobreposta de diferentes conceitos relacionados com as motivações para a parentalidade, prevê-se mapear os conceitos heterogéneos através da identificação e registo dos termos utilizados para descrever os

processos associados à decisão reprodutiva. Neste sentido, espera-se que a presente scoping review contribua para clarificar a operacionalização dos diferentes conceitos e para uma compreensão mais integrada do fenómeno.

Espera-se ainda caracterizar as principais abordagens metodológicas utilizadas na investigação sobre motivações para a parentalidade, incluindo desenhos de estudo, instrumentos de avaliação, populações estudadas e contextos de investigação. A realização desta scoping review permitirá identificar populações com menor representatividade nas investigações já realizadas e áreas poucos exploradas na literatura, contribuindo para a identificação de lacunas no conhecimento científico existente. Estes resultados fornecerão orientações para o desenvolvimento de investigação futura na área das motivações para a parentalidade.

4. Discussão

A compreensão das motivações para a parentalidade assume crescente relevância científica e social face às transformações demográficas, económicas e socioculturais observadas à escala global, nas últimas décadas. Estas mudanças têm afetado negativamente as taxas de natalidade e influenciado o processo de decisão reprodutiva (Sobotka, 2017).

O adiamento da parentalidade, o envelhecimento populacional, a crescente diversidade de estruturas e dinâmicas familiares e o processo cada vez mais individual de decisão reprodutiva têm contribuído para um interesse crescente pelos fatores determinantes das decisões reprodutivas (Bodin et al., 2021; Hviid Malling et al., 2022).

Paralelamente, a decisão de ter ou não ter filhos passou a ser conceptualizada como um processo complexo, multifatorial, reflexivo e individual, contribuindo para que a parentalidade deixasse de ser entendida como uma transição natural para a vida adulta (Bodin et al., 2021). Neste contexto, a operacionalização dos conceitos associados e o mapeamento dos fatores envolvidos no processo de decisão reprodutiva tornam-se essenciais para uma compreensão mais aprofundada e integrada das motivações para a parentalidade.

A utilização sobreposta de conceitos como motivações, desejos, intenções, atitudes, aspirações e decisões reprodutivas tem dificultado a comparação entre estudos e limitado a construção de modelos que integrem os múltiplos fatores determinantes das motivações

para a parentalidade. Esta integração e sistematização permitirá uma compreensão mais aprofundada do processo de decisão reprodutiva.

Os resultados desta scoping review poderão constituir um contributo relevante para a Psicologia Clínica e da Saúde, particularmente, no âmbito da saúde reprodutiva, transição para a parentalidade e da saúde mental. Uma compreensão aprofundada dos fatores associados às motivações para a parentalidade poderá contribuir para que no futuro sejam desenvolvidas intervenções psicológicas mais ajustadas às necessidades individuais e relacionais, constituindo um contributo relevante para profissionais que trabalham em áreas relacionadas com a reprodução humana.

No contexto público e político, os resultados poderão ter implicações relevantes na discussão e construção de políticas públicas, nomeadamente através de estratégias de promoção da saúde reprodutiva, particularmente, em contextos pautados pelo envelhecimento populacional e por baixas taxas de natalidade.

Entre as limitações previstas destacam-se a heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos, a diversidade conceptual existente na literatura e a restrição linguística aos idiomas de português, inglês e espanhol.

Espera-se que esta scoping review contribua para uma compreensão mais integrada e sistematizada das motivações para a parentalidade e dos seus fatores determinantes, promovendo avanços científicos relevantes para a sistematização do conhecimento sobre decisões reprodutivas, para a Psicologia Clínica e da Saúde e para a construção de políticas públicas mais direcionadas.

5. Referências Bibliográficas

Guzzo, K. B., & Broussard, K. (2026). Women's reproductive health conditions and fertility goals. *Population Research and Policy Review, 45*(2), 10. https://doi.org/10.1007/s11113-026-09996-0

Hviid Malling, G. M., Pitsillos, T., Tydén, T., Hammarberg, K., Ziebe, S., Friberg, B., & Schmidt, L. (2022). 'Doing it in the right order': Childless men's intentions regarding family formation. *Human Fertility, 25*(1), 188–196. https://doi.org/10.1080/14647273.2020.1778803

Matthews, E. J., & Desjardins, M. (2019). The Meaning of Risk in Reproductive Decisions after Childhood Abuse and Neglect. *Journal of Family Violence, 35*(8), 793–802. https://doi.org/10.1007/s10896-019-00062-2

Miller, W. B. (1994). Childbearing motivations, desires and intentions: A theoretical framework. *Genetic, Social & Social Psychology, 120*(2), 223–253.

Miller, W. B., Severy, L. J., & Pasta, D. J. (2004). A framework for modelling fertility motivation in couples. *Population Studies, 58*(2), 193–205. https://doi.org/10.1080/0032472042000213712

Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evidence Synthesis, 18*(10), 2119–2126. https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167

Sabotka, T. (2017). Childlessness in Europe: Reconstructing long-term trends among women born in 1900-1972. In M. Kreyennfeld & D. Konietzka (Eds.), *Childlessness in Europe: contexts, causes and consequences* (pp. 17-52). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-44667-7_2

Tartakovsky, E., & Mizrahi, M. (2025). What do we need kids for? Childbearing motivations, personal values, and socio-demographic differences. *Frontiers in Psychology, 16*(1612384). https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1612384

Luto Antecipatório em Familiares de Doentes Oncológicos

Margarida Ferreira de Almeida[1], Nádia Silva[2], Raquel Santos[2], Catarina Ramos[3], & Isabel Leal[1]

[1] William James Center for Research (WJCR), Ispa – University Institute, Lisbon, Portugal
[2] Egas Moniz School of Science & Health, Caparica, Portugal

[3] Egas Moniz Center for Interdisciplinary Research (CiiEM), Egas Moniz School of Science & Health, Caparica, Portugal

Autor Correspondente: Margarida Ferreira de Almeida **E-mail:** margarida.almeida@ispa.pt

Resumo: Os cuidadores informais e familiares de doentes oncológicos podem experienciar dificuldades de ajustamento derivadas não só do diagnóstico e dos tratamentos, mas também da possibilidade de morte. O principal objetivo deste estudo foi compreender os fatores que estão relacionados com maiores níveis de sintomas de luto antecipatório (LA). Método: 114 familiares de doentes oncológicos adultos (*M* = 46,15; *DP* = 14.32), recrutados através de unidades de cuidados paliativos e redes sociais, responderam a um questionário sobre LA, *meaning-making*, ansiedade e depressão, qualidade da relação, crescimento pós-traumático (CPT) e stress percebido aquando da receção do diagnóstico. Resultados: O LA apresentou correlações significativas com as subescalas de Espiritualidade e Apreciação da Vida do CPT, stress percebido ao receber o diagnóstico, *meaning-making*, ansiedade e proximidade. No entanto, apenas *meaning-making* (β = 0,51), depressão (β = 0,31) e stress (β = 0,21) estavam significativamente associados ao LA, explicando 62,2% da sua variância. Discussão: Os resultados sugerem que aqueles que apresentam dificuldades em integrar a doença do seu familiar (i.e., *meaning-making*), que experienciam maior ansiedade ou stress ao receber o diagnóstico do familiar, apresentam sintomas mais intensos de LA. Deve ser valorizada a capacidade dos familiares para integrar a experiência de doença do seu ente querido, incluindo a possibilidade de morte, de modo a promover um melhor ajustamento.

Palavras-chave: psico-oncologia; luto antecipatório; meaning-making; espiritualidade; crescimento pós-traumático.

Abstract: Informal caregivers and family members of cancer patients can experience high levels of stress and anxiety while trying to adjust not only to the diagnosis and the cancer treatments but also to the possibility of their loved one's death. The main objective of this study was to understand what factors relate to higher symptoms of anticipatory grief (AG). Methods: 114 family members of adult cancer patients (M_{age} = 46.15, *SD* = 14.32), recruited via palliative care units and social media, answered a questionnaire about AG, meaning-making, anxiety and depression, relationship quality, posttraumatic

growth (PTG), and stress perceived when receiving the diagnosis. Findings: AG was significantly correlated with the subscales of Spirituality and Appreciation of Life of PTG, Stress perceived when receiving the diagnosis, Meaning-Making, Anxiety, and Closeness. However, only meaning-making (β = .51, $p < .001$), depression (β = .31, $p < .001$), and stress (β = .21, $p = .002$) were significantly associated with AG, accounting for 62.2% of its variance. Conclusion: The results suggest that those who experience difficulties in integrating the illness of their loved ones (i.e., meaning-making), who have higher anxiety and stress when receiving the diagnosis, experience greater symptoms of anticipatory grief. More attention should be given to family members' ability to integrate the news of the diagnosis and the cancer experience of their loved ones to promote better psychological adjustment.

Key-Words: psycho-oncology; anticipatory grief; meaning-making; spirituality; posttraumatic growth

1. Introdução

A doença oncológica constitui um dos principais problemas de saúde pública a nível mundial, apresentando uma elevada incidência e mortalidade (Luo & Smith, 2025). Apesar dos avanços significativos ao nível do diagnóstico precoce e das opções terapêuticas, que se têm traduzido num aumento substancial das taxas de sobrevivência nas últimas décadas (Ward et al., 2026), o cancro continua a ser amplamente percecionado como uma doença ameaçadora e frequentemente associada à morte (Quansah et al., 2026).

O medo da incerteza, da condição de dependência e da dor é uma experiência comum em pacientes confrontados com a própria finitude, aquando de um diagnóstico de doença grave (Oliveira et al., 2012). No entanto, a vivência da doença não se restringe apenas ao doente, afetando também a sua família, com a qual é, muitas vezes, partilhada a ida a consultas e aos tratamentos (Lim et al., 2013). Familiares de doentes oncológicos, tal como os próprios doentes, também enfrentam um período que exige preparação e reorganização, que pode estar associado a um processo de luto antecipatório e a uma dificuldade na aceitação da realidade que o precede. Adicionalmente, a sobrecarga emocional, frequentemente associada aos familiares e cuidadores, devido a um estado constante de alerta e preocupação com o bem-estar do doente, pode contribuir para o

aparecimento de sintomas de ansiedade, stress, e em alguns casos, depressão (Rocha et al., 2016).

O luto antecipatório refere-se ao conjunto de respostas emocionais, cognitivas e comportamentais que emergem na antecipação de uma perda significativa ou perante a expectativa de morte ou de separação significativa (Lindemann, 1994; Rando, 2000). Este conceito foi inicialmente introduzido por Lindemann (1944), que descreveu o luto antecipatório como uma forma de luto experienciada perante uma perda iminente, permitindo ao indivíduo iniciar o processamento emocional da separação antes da sua concretização. Posteriormente, a conceptualização foi aprofundada por Rando (2000), que destacou que o luto antecipatório não se limita à preparação para a morte futura, mas também inclui a vivência de perdas progressivas no presente, como alterações no funcionamento, nos papéis e na relação com a pessoa doente. Neste sentido, o luto antecipatório é entendido como um processo multidimensional e dinâmico, envolvendo diversas respostas emocionais, como tristeza, ansiedade, medo e ambivalência (Rando, 2000; Stroebe et al., 2007). Este processo pode ser vivenciado tanto pelo próprio doente como pelos seus familiares e cuidadores, sendo particularmente relevante em contextos de doença crónica e terminal, como o cancro. Embora o luto antecipatório possa facilitar a preparação emocional para a perda e promover a adaptação após a morte, a literatura sugere que não elimina necessariamente o impacto do luto subsequente, podendo assumir tanto funções adaptativas quanto potencialmente desorganizadoras (Nielsen et al., 2017).

Um dos processos relevantes para o ajustamento à integração das experiências, como a doença oncológica, é o processo de meaning-making (MM) através do qual os indivíduos procuram atribuir significado a experiências adversas, integrando-as nos seus sistemas de crenças e objetivos de vida (Park, 2010). No contexto da doença oncológica, este processo é particularmente relevante para os familiares, uma vez que a experiência da doença pode desafiar crenças fundamentais e desencadear esforços de reconstrução de significado, os quais têm sido associados a um melhor ajustamento psicológico (Park & Folkman, 1997; Song et al., 2024). Evidência empírica sugere que familiares de doentes oncológicos que encontram significado na sua experiência tendem a desenvolver uma perceção mais positiva do seu papel de familiar ou cuidador (Teo et al., 2020), a apresentar níveis mais positivos de indicadores de saúde mental, como a diminuição da sobrecarga emocional, e a aumentar a eficácia e a qualidade da prestação dos cuidados ao ente querido doente (Applebaum et al., 2015).

No entanto, a evidência empírica sobre o papel do MM no luto antecipatório é escassa e, muitas vezes, indireta. Um estudo qualitativo indica que a reconstrução narrativa da experiência pode facilitar a adaptação a uma perda iminente (Toyama & Honda, 2016), enquanto uma revisão sistemática recente salienta o papel da procura de significado no luto em contexto oncológico (Mattson et al., 2025). Adicionalmente, podemos procurar no modelo de luto antecipatório em cuidados oncológicos uma explicação para a relação e importância do papel de MM, ou, tal como é descrita no modelo, da tentativa de integrar a experiência na identidade (Coelho et al., 2020).

Existem ainda outros fatores que podem ter um papel relevante no luto antecipatório, tais como a qualidade da relação entre o familiar e o doente, sintomas de ansiedade e depressão ou a perceção de mudanças positivas decorrentes da experiência de um evento desafiante ou traumático (i.e., crescimento pós-traumático). Com exceção dos sintomas de ansiedade e depressão, há pouca evidência da relação das demais variáveis com o luto antecipatório. Quanto à qualidade da relação, muitos estudos avaliam apenas o impacto desta no luto pós-morte (e.g., Bottomley et al., 2019; Smigelsky et al., 2020). Relativamente ao crescimento pós-traumático (CPT), existe evidência empírica consistente de que familiares de doentes oncológicos podem experienciar CPT, sendo este associado a melhores indicadores de ajustamento psicológico. Contudo, a investigação que analisa diretamente a relação entre CPT e luto antecipatório permanece escassa.

O principal objetivo deste estudo é compreender quais os fatores que impactam o luto antecipatório. Mais especificamente, pretende-se analisar a associação entre MM, a qualidade da relação entre familiar e doente, o CPT, os sintomas de ansiedade e depressão, os níveis de stress percecionados no momento do diagnóstico e no momento atual, e os sintomas de luto antecipatório.

2. Métodos

Este estudo observacional, descritivo, transversal e quantitativo faz parte de um projeto de investigação intitulado "Encontrar Significado na Perda: Meaning-Making e Crescimento Pós-Traumático no Ajustamento ao Luto", que foi aprovado pela Comissão de Ética do Ispa – Instituto Universitário (Referência D-072-12-23). Este estudo foi realizado em conformidade com a Declaração de Helsínquia.

2.1. Participantes

A amostra é composta por 114 familiares de doentes oncológicos que aceitaram participar no estudo e que preencheram os critérios de inclusão. Os critérios de inclusão foram os seguintes: a) ter idade igual ou superior a 18 anos; b) ser familiar de um adulto diagnosticado atualmente com doença oncológica; c) ter nacionalidade portuguesa e/ou residir em Portugal; d) ler e compreender português.

Inicialmente, a amostra total recolhida foi de 498 participantes. Foram excluídos 384 participantes (77%) devido a: 1) ausência de diagnóstico de doença oncológica; 2) não ter nacionalidade portuguesa e/ou não residir em Portugal; 3) falecimento do doente oncológico; e 4) o preenchimento incompleto dos questionários do estudo.

A maioria dos participantes foi recrutada através das redes sociais (n = 90; 78,9%), e os restantes participantes foram recrutados através das Unidades de Cuidados Paliativos dos hospitais ULS Santa Maria, ULS São José, IPO de Lisboa, Clínica São João de Ávila (n = 24; 21,1%).

Relativamente às características sociodemográficas da amostra (Tabela 1), os participantes têm idades compreendidas entre os 19 e os 81 anos (M = 46,15; DP = 14,32) e 91,2% (n = 104) são do sexo feminino. A maioria dos participantes é casada ou está em união de facto (n = 69; 60,5%), tem o ensino secundário (n = 48; 42,1%) e está empregada (n = 78; 68,4%). Relativamente a experiências recentes de perda, 28,6% (n = 30) participantes referiram ter perdido alguém próximo nos últimos seis meses. No que concerne ao acompanhamento psicológico, 50,9% (n = 58) participantes indicaram já ter tido acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, e destes 41,4% (n = 24) encontravam-se, no momento da recolha de dados, a receber acompanhamento psicológico.

Tabela 1

Características Sociodemográficas da Amostra (N = 114)

	n	%
Sexo		
Feminino	104	91,2
Masculino	10	8,8
Idade (*M, DP*)[a]	46,15	14,316
Estado civil		
Solteiro(a)	21	18,4
Casado(a)/união de facto	69	60,5

Numa relação	11	9,6
Divorciado(a)/separado(a)	10	8,8
Viúvo(a)	3	2,6
Habilitações literárias		
2º Ciclo (6º ano)	1	0,9
3º Ciclo (9º ano)	6	5,3
Ensino secundário (12º ano)	48	42,1
Curso profissional	9	7,9
Licenciatura	33	28,9
Mestrado	13	11,4
Doutoramento	3	2,6
Outro	1	0,9
Situação profissional		
Estudante	4	3,5
Trabalhador-Estudante	5	4,4
Empregado	78	68,4
Desempregado(a)	12	10,5
Reformado(a)	11	9,6
Baixa médica	3	2,6
Outra	1	0,9
Passou pela perda de alguém próximo de si, nos últimos 6 meses?[a]		
Sim	30	28,6
Já teve ou tem acompanhamento psicológico/psiquiátrico?		
Sim	58	50,9
Está a ter acompanhamento psicológico neste momento?[b]		
Sim	24	41,4

Nota: M = Média; *DP* = Desvio-padrão; [a]N= 105; [b]N= 58.

No que concerne às características sociodemográficas e clínicas do doente oncológico, as mesmas encontram-se apresentadas na Tabela 2. A maioria dos doentes são do sexo feminino (n = 62; 54,4%), com idades compreendidas entre os 11 e os 91 anos (M = 65,12; DP = 15,91). Os participantes eram maioritariamente filhos dos doentes (n = 57; 50,0%). No que respeita às características da doença do doente oncológico, 35,1% (n = 40) referiram que os seus familiares estavam doentes há cerca de 1 a 3 anos, e 49,1% (n = 56) a receber cuidados em contexto hospitalar.

Tabela 2

Características Sociodemográficas e Clínicas do Doente Oncológico (N = 114)

	n	%
Sexo		
Feminino	62	54,4
Masculino	52	45,6
Idade (*M, DP*)[a]	65,12	15,915
O seu ente querido é o seu…		
Cônjuge	20	17,5
Filho(a)	4	3,5
Pai/mãe	57	50,0
Irmã(o)	6	5,3
Avô/avó	8	7,0
Sogro(a)	3	2,6
Tio(a)	8	7,0
Primo(a)	3	2,6
Outro	5	4,4
Há quanto tempo é que o seu ente querido está doente?		
Há menos de 3 meses	14	12,3
Entre 3 e 12 meses	28	24,6
Entre 1 e 3 anos	40	35,1
Há mais de 3 anos	31	27,2
Na última semana, onde é que o seu ente querido recebeu os cuidados?		
Domicílio	35	30,7
Hospital	56	49,1
Unidade de cuidados continuados	3	2,6
Unidade de cuidados paliativos	18	15,8
Lar	1	0,9

Notas. M = Média; *DP* = Desvio-padrão; [a]N= 109; [b]N= 106.

2.2. Instrumentos

Luto Antecipatório. O luto antecipatório foi avaliado através do Questionário da Perturbação do Luto Prolongado – Pré-morte – PG-12 (Prolonged Grief Disorder

Questionnaire – Pre-death), um questionário de autorrelato de 12 itens, que avalia o risco de desenvolvimento de Perturbação de Luto Prolongado (PLP), no contexto de pré-morte. Os itens são respondidos numa escala tipo Likert de 5 pontos, em relação à frequência com que o indivíduo tem experienciado sintomatologia relacionada com o luto. Uma pontuação elevada neste questionário revela maior sintomatologia de luto e um maior risco de desenvolvimento de PLP.

Meaning-Making. O MM foi avaliado através da Escala de Integração de Experiências de Vida Stressantes – Versão Reduzida (The Integration of Stressful Life Experiences Scale-Short Form, ISLES – SF). Esta é uma versão reduzida da escala desenvolvida por Holland et al. (2010), com o objetivo de avaliar a forma como os indivíduos integram eventos stressantes na sua narrativa pessoal. A ISLES-SF é composta por 6 itens, organizados em duas subescalas: Compreensibilidade e Posicionamento no Mundo. As respostas são dadas numa escala Likert de cinco pontos. Uma pontuação elevada indica maior dificuldade em integrar e encontrar significado no evento stressante.

Qualidade da Relação. A qualidade da relação foi avaliada através do Inventário da Qualidade da Relação – Versão Luto – QRI-B (The Quality of Relationships Inventory – Bereavement Version), desenvolvido por Bottomley e Neimeyer (2021). Esta escala é constituída por 13 itens, avaliados através de uma escala de resposta tipo Likert de 4 pontos, separados em duas subescalas independentes: Proximidade e Conflito. A subescala Proximidade são referentes a características da relação como o suporte e a confiança, e pontuações mais altas nesta subescala indicam uma relação mais íntima e com mais significado. Por outro lado, a subescala Conflito refere-se à angústia e stress percebido na relação, sendo que pontuações mais altas são indicadoras de uma relação conflituosa.

Crescimento Pós-Traumático. O CPT foi avaliado através do Inventário de Crescimento Pós-Traumático – PTGI (Posttraumatic Growth Inventory). O PTGI é uma escala de 21 itens, desenvolvida por (Tedeschi & Calhoun, 1996), que avalia as mudanças psicológicas positivas percecionadas após o confronto individual com acontecimentos potencialmente traumáticos. A escala organiza-se em cinco domínios: Novas Possibilidades, Relação com os Outros, Força Pessoal, Mudança Espiritual, e Apreciação da Vida. Os itens são respondidos numa escala tipo Likert de 6 pontos. Uma pontuação mais elevada reflete uma maior perceção de CPT.

Ansiedade e Depressão. Foi utilizada a versão portuguesa da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, Pais-Ribeiro et al., 2007) para avaliar os sintomas de ansiedade e de depressão. Esta escala é composta por duas subescalas de sete itens cada, com uma escala de Likert de 4 pontos. Na subescala de ansiedade, pontuações mais elevadas indicam sintomas de ansiedade mais intensos. Já na subescala de depressão, pontuações mais elevadas correspondem a níveis mais reduzidos de depressão.

Stress Associado ao Evento. Para avaliar o nível de stress percecionado decorrente do diagnóstico do ente querido, foram construídas duas questões independentes com base no estudo de Lindstrom et al. (2013). Foi solicitado aos participantes que indicassem os níveis de stress percecionados no momento em que souberam do diagnóstico ("Qual o nível de stress que sentiu quando soube do diagnóstico do seu ente-querido?") e no momento atual ("Qual o nível de stress que sente em relação ao diagnóstico do seu ente querido, neste momento?"). As respostas foram dadas numa escala de Likert de 7 pontos.

Todas as escalas utilizadas encontram-se validadas para a população portuguesa, com exceção da escala QRI-B que se encontra em processo de adaptação para a população portuguesa em luto antecipatório no âmbito deste projeto de investigação A fiabilidade das escalas utilizadas para esta amostra, calculada através do alfa de Cronbach, situa-se entre 0,79 e 0,96.

2.3. Procedimento

O recrutamento de participantes foi realizado, entre maio de 2024 e maio de 2025, através de três meios: 1) nas unidades de Cuidados Paliativos da ULS Santa Maria, ULS São José, ULS Guarda, IPO de Lisboa e Clínica São João de Ávila, por referenciação dos profissionais de saúde; 2) em associações de apoio a familiares e pacientes oncológicos, através da divulgação do estudo por correio eletrónico aos associados e/ou nas redes sociais da respetiva associação; e 3) nas redes sociais (e.g., Facebook, Instagram, WhatsApp e LinkedIn).

Os participantes responderam ao questionário online, com recurso à plataforma Qualtrics, ou em formato impresso, no contexto hospitalar, caso o preenchimento online não fosse possível. Previamente foi solicitado aos participantes que lessem e assinassem um consentimento informado, no qual foi assegurado o carácter voluntário da participação no estudo, com a possibilidade de os participantes desistirem a qualquer

momento, sem consequências ou prejuízos. Garantiu-se, ainda, a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos.

A análise de dados foi realizada através do software IBM SPSS Statistics na versão 31.0, e todas as análises estatísticas adotaram um nível de significância de $\alpha \leq 0,05$. Inicialmente, foram realizadas análises de estatística descritiva dos dados sociodemográficos e clínicos dos participantes.

Primeiramente, foi realizada uma análise correlacional bivariada de Pearson, para aferir as correlações entre as variáveis em estudo, após verificados os pressupostos. Para responder ao objetivo principal, foi realizada uma regressão linear múltipla hierárquica, tendo como variável dependente os sintomas de luto antecipatório. As variáveis independentes foram organizadas em três blocos: Bloco 1, características sociodemográficas do participante (i.e., idade, género, estado civil, escolaridade); Bloco 2, características sociodemográficas e clínicas do paciente oncológico (i.e., idade, género, grau de parentesco e tempo decorrido desde o diagnóstico); e Bloco 3, variáveis psicossociais (i.e., MM, qualidade da relação, CPT, ansiedade, depressão, stress na receção do diagnóstico e stress atual). A seleção das variáveis independentes nos blocos foi realizada segundo o método stepwise. Foram analisados os pressupostos, incluindo a normalidade da distribuição, a homogeneidade das variâncias, a ausência de multicolinearidade. A significância do modelo foi avaliada através da análise de variância unifatorial (ANOVA), através do valor de *F* e respetivo valor de significância. Por fim, foi considerado o coeficiente de determinação ajustado ($R2_{ajus}$).

3. Resultados

Nas análises correlacionais (Tabela 3, cf. anexo 1), é possível verificar que os sintomas de luto antecipatório apresentaram uma correlação estatisticamente significativa e positiva com o MM ($r = 0,685$; $p < 0,001$), relação de Proximidade ($r = 0,194$; $p = 0,038$), a subescala do CPT de Mudança Espiritual ($r = 0,245$; $p = 0,009$), a subescala do CPT de Apreciação da Vida ($r = 0,193$; $p = 0,040$), ansiedade ($r = 0,592$; $p < 0,001$), depressão ($r = 0,557$; $p < 0,001$) e o nível de stress percecionado no momento do diagnóstico ($r = 0,357$; $p < 0,001$) e atualmente, relativamente ao diagnóstico ($r = 0,470$; $p < 0,001$).

Na Tabela 4 é apresentado o modelo de regressão linear múltipla hierárquica, tendo o luto antecipatório como variável dependente. Os pressupostos da regressão linear

múltipla foram testados, não se tendo verificado qualquer violação. O modelo final demonstrou-se significativo ($F(5,95) = 33,88$; $p < 0,001$), revelando um poder explicativo de 62,2% ($R2_{ajus} = 0,62$). Apenas o MM ($\beta = 0,51$; $p < 0,001$), o stress no diagnóstico ($\beta = 0,21$; $p = 0,002$) e a depressão ($\beta = 0,31$; $p < 0,001$) explicaram significativamente os sintomas de luto antecipatório, após controlo das restantes variáveis incluídas. As restantes variáveis não apresentaram uma relação significativa com o luto antecipatório. Estes resultados indicaram que maiores dificuldades na atribuição de significado (i.e., MM), um nível mais elevado de stress na receção do diagnóstico do ente querido e níveis mais elevados de sintomatologia depressiva estão associados a uma maior prevalência de sintomas de luto antecipatório.

Tabela 4

Regressão Linear Múltipla Hierárquica (N = 114)

Variável	β	*p*	*F*	*(gl)*	R^2_{ajus}	*p*
Modelo[a]			33,879	5,95	0,622	<0,001
Parentesco	-0,106	0,113				
Idade do doente	-0,023	0,721				
Meaning-Making	0,510	<0,001				
Stress no diagnóstico	0,207	0,002				
Depressão	0,312	<0,001				

Nota: [a]Variável Dependente: Luto Antecipatório; β = Coeficiente Padronizado Beta; *p* = Nível de Significância; *F* = Teste F da Significância do Modelo; (gl.) = Graus de Liberdade; R^2_{ajus} = R ao Quadrado Ajustado.

4. Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo compreender quais os fatores psicossociais que se associam aos sintomas de luto antecipatório em familiares de doentes oncológicos. De um modo geral, os resultados sugerem que maiores dificuldades de MM ou integração da experiência, níveis mais elevados de stress percebido aquando do diagnóstico e maior sintomatologia depressiva estão associados a níveis mais elevados de luto antecipatório. Entre estes fatores, o MM foi o que se destacou como o preditor mais

robusto, sugerindo que a dificuldade em integrar cognitivamente e emocionalmente a experiência da doença do ente querido constitui um elemento central no sofrimento antecipatório dos familiares.

Este resultado é coerente com os modelos teóricos de MM, segundo os quais eventos desafiantes podem gerar discrepâncias entre o significado situacional atribuído ao acontecimento e os sistemas globais de crenças, que compreendem os objetivos e expectativas do indivíduo, desencadeando tentativas de reconstrução de significado (Park, 2010; Park & Folkman, 1997). No contexto da doença oncológica, esta necessidade de integração torna-se particularmente exigente, uma vez que os familiares confrontam-se não apenas com a ameaça de morte, mas também com perdas progressivas no presente, alterações relacionais e exigências emocionais prolongadas. De igual modo, o modelo conceptual do luto antecipatório em cuidadores oncológicos sublinha que este processo envolve simultaneamente sofrimento traumático face à exposição a uma condição potencialmente fatal e sofrimento de separação perante a antecipação da perda, exigindo um esforço continuado de regulação emocional e reorganização psicológica (Coelho et al., 2020). Assim, os resultados do presente estudo reforçam a perspetiva de que o luto antecipatório não se reduz a uma reação emocional à possibilidade de morte, mas envolve também a dificuldade em atribuir coerência e significado a uma experiência profundamente disruptiva.

Apesar da evidência empírica ser escassa, estudos têm vindo a demonstrar a importância do processo de reconstrução de significado nesta população. Num estudo com familiares de doentes com cancro avançado, verificou-se que a perceção de um maior significado no papel de cuidador associa-se a menores níveis de ansiedade e depressão e a uma melhor autoestima associada ao cuidar (Teo et al., 2020). De forma complementar, Applebaum et al. (2015) salientaram que o sofrimento existencial constitui uma componente frequentemente negligenciada da sobrecarga dos cuidadores oncológicos, defendendo intervenções especificamente orientadas para a promoção de sentido e de propósito. De facto, estudos qualitativos sugerem que abordagens narrativas podem facilitar a transição dos familiares de uma posição de aprisionamento no papel de cuidador para uma maior capacidade de lidar com a perda iminente (Toyama & Honda, 2016). Neste sentido, o presente estudo acrescenta evidência à hipótese de que as dificuldades de integração da experiência de doença do ente querido poderão constituir um mecanismo

particularmente relevante na intensificação do luto antecipatório e, por isso, no sofrimento psicológico.

O stress percecionado no momento do diagnóstico emergiu igualmente como preditor significativo do luto antecipatório, sugerindo que a forma como a notícia inicial é experienciada pode ter um impacto duradouro no ajustamento psicológico subsequente. Estes resultados vão ao encontro de um estudo longitudinal que demonstra que o stress relacionado com o cancro tende a ser particularmente elevado nas fases iniciais após o diagnóstico, diminuindo ao longo do tempo, mas deixando marcas importantes no funcionamento emocional dos cuidadores (Kim et al., 2023). Outro estudo qualitativo com familiares de doentes oncológicos em cuidados paliativos evidenciou que o diagnóstico introduz um período de forte incerteza e reorganização da vida quotidiana (Rozo et al., 2025). Assim, é compreensível que o momento do diagnóstico seja um evento crucial, a partir do qual é construída a narrativa da doença, habitualmente associada à ameaça, à vulnerabilidade e à imprevisibilidade, que, quando não é devidamente elaborada, poderá amplificar o sofrimento ao longo do percurso da doença.

A sintomatologia depressiva revelou igualmente um contributo significativo para a explicação do luto antecipatório. Este resultado vai ao encontro de estudos anteriores que demonstram que o luto antecipatório se associa de forma robusta a piores indicadores de saúde psicológica em familiares de doentes oncológicos. Um exemplo disto é o estudo de Schmidt et al. (2025), onde se verificou que níveis mais elevados de luto antecipatório estavam significativamente associados a maior sintomatologia depressiva, ansiosa, somática e menor satisfação de vida. Do mesmo modo, um estudo longitudinal com cuidadores de doentes oncológicos em fase avançada observou que o distress psicológico se encontrava fortemente correlacionado com o luto antecipatório e que este, por sua vez, desempenhava um papel central na ligação entre o distress psicológico e o ajustamento no período pós-perda (Coelho et al., 2022). Em conjunto, estes dados sugerem que a sintomatologia depressiva poderá refletir um estado mais global de exaustão emocional e de dificuldade de ajustamento, reduzindo os recursos cognitivos e afetivos necessários para lidar com a incerteza, a ambivalência e as perdas sucessivas inerentes ao processo de doença oncológica.

No que respeita às restantes variáveis, importa salientar que, embora algumas tenham apresentado correlações significativas com o luto antecipatório, esta associação não se manteve significativas no modelo multivariado final. Este é o caso da proximidade

relacional e de algumas dimensões do crescimento pós-traumático, nomeadamente a mudança espiritual e a apreciação da vida. Este padrão sugere que tais variáveis poderão relacionar-se com o luto antecipatório de forma mais indireta, ou partilhando variância com outros fatores.

Relativamente ao CPT, a literatura tem evidenciado de forma consistente que familiares de doentes oncológicos podem experienciar mudanças positivas decorrentes da vivência da doença, incluindo maior força pessoal, redefinição de prioridades e procura de sentido (Güven et al., 2024; Nouzari et al., 2019). O facto do CPT neste estudo não ter emergido como preditor do luto antecipatório não é indicativo de que os familiares não tenham experienciado mudanças positivas na experiência, mas apenas que estas não se traduzem necessariamente numa diminuição direta dos sintomas de luto antecipatório. Tal como a literatura demonstra, o trauma e o sofrimento podem coexistir com o crescimento pessoal entre familiares de doentes oncológicos, sem que o CPT reduza o sofrimento psicológico associado ao cuidado (Benedict et al., 2025). Isto reforça a necessidade de não interpretar o CPT como o oposto do sofrimento, mas, antes, como um processo potencialmente paralelo e coexistente.

No caso da proximidade relacional, e contrariamente ao esperado, esta variável revelou apenas uma correlação significativa com o luto antecipatório, não integrando o modelo final de regressão. Este resultado poderá refletir o carácter ambivalente das relações de grande proximidade em contexto de doença grave, na medida em que estas podem simultaneamente constituir uma fonte de suporte emocional e intensificar a perceção de ameaça de perda. Importa ainda considerar que a medida utilizada para avaliar a proximidade relacional se encontra em processo de validação, pelo que os resultados devem ser interpretados com prudência. Ainda assim, a associação observada sugere que níveis mais elevados de proximidade estão associados a uma maior intensidade de sofrimento emocional face à possibilidade de perda. Tendo em conta a evidência de que relações marcadas por elevada proximidade podem contribuir para a persistência de sintomas de luto no período pós-perda (Coelho et al., 2022), esta variável e a sua relação com o sofrimento emocional nesta população merecem ser aprofundadas em estudos futuros.

4.2. Limitações

Este estudo apresenta determinadas limitações que devem ser consideradas. Em primeiro lugar, o seu desenho transversal impede o estabelecimento de relações causais entre as variáveis, não permitindo determinar a direção temporal entre dificuldades de MM, sintomatologia depressiva, stress e luto antecipatório. Em segundo lugar, a utilização de medidas de autorrelato pode ter introduzido viés de desejabilidade social. Adicionalmente, a escala utilizada para a qualidade da relação ainda se encontra em processo de validação. Em terceiro lugar, a amostra é predominantemente feminina e foi maioritariamente recrutada através de redes sociais, o que limita a interpretação dos resultados e a sua generalização para a população portuguesa. Inicialmente este estudo foi delineado para familiares de doentes oncológicos em cuidados paliativos, no entanto, devido a diversas dificuldades no recrutamento nas unidades hospitalares, foi necessário abrir o recrutamento para as redes sociais, e, consequentemente, os critérios de inclusão.

Face a estas limitações, estudos futuros deverão recorrer a desenhos longitudinais que permitam compreender a evolução do luto antecipatório ao longo do percurso da doença e a sua articulação com o luto pós-morte. A literatura longitudinal disponível sugere, aliás, que os níveis de luto pré-perda podem ter um papel relevante no ajustamento posterior à morte, o que reforça a pertinência de estudar estes processos numa perspetiva temporal alargada (Coelho et al., 2022; Lee et al., 2025). É também aconselhada uma análise mais completa do papel da qualidade da relação e do crescimento pós-traumático nesta população.

4.2. Implicações Práticas e Clínicas

Os resultados do presente estudo reforçam a importância de uma atenção precoce aos familiares que experienciam níveis elevados de stress no momento do diagnóstico, uma vez que este momento poderá constituir um fator de vulnerabilidade com efeitos prolongados. Já o papel da sintomatologia depressiva sublinha a necessidade de rastrear e intervir no sofrimento emocional dos familiares ao longo de toda a trajetória da doença. Por último, no que diz respeito ao MM e ao papel significativo que as dificuldades em integrar a doença evidenciaram nos sintomas de luto antecipatório, salienta-se a pertinência de intervenções centradas no significado ou de abordagens narrativas no apoio de familiares em contexto oncológico e paliativo. Intervenções como a Psicoterapia Centrada no Significado para Cuidadores de Doentes Oncológicos (Meaning-Centered Psychotherapy for Cancer Caregivers) têm demonstrado resultados promissores ao nível

do significado pessoal, bem-estar espiritual e sofrimento emocional (Applebaum et al., 2022).

Em suma, o presente estudo reforça a necessidade de realizar avaliação e intervenção psicológica com familiares ou cuidadores de doentes oncológicos, ao longo da trajetória oncológica, sugerindo que a promoção da integração da experiência da doença poderá reduzir o sofrimento emocional do indivíduo e da díade familiar-doente oncológico.

5. Referências

Applebaum, A. J., Baser, R. E., Roberts, K. E., Lynch, K., Gebert, R., Breitbart, W. S., & Diamond, E. L. (2022). Meaning-Centered Psychotherapy for Cancer Caregivers: A pilot trial among caregivers of patients with glioblastoma multiforme. *Translational Behavioral Medicine*, *12*(8), 841. https://doi.org/10.1093/TBM/IBAC043

Applebaum, A. J., Kulikowski, J. R., & Breitbart, W. (2015). Meaning-Centered Psychotherapy for Cancer Caregivers (MCP-C): Rationale and Overview. *Palliative and Supportive Care*, *13*(6), 1631–1641. https://doi.org/10.1017/S1478951515000450

Benedict, E., Landa, F., Shaykevich, A., Patton, C. D., & Mitchell, H. (2025). A Systematic Review of Cancer-Related Trauma and Growth in Caregivers Across the Lifespan. *Psycho-Oncology*, *34*(1). https://doi.org/10.1002/pon.70047

Bottomley, J. S., & Neimeyer, R. A. (2021). Quality of Relationships Inventory-Bereavement Version (QRI-B). In *New Techniques of Grief Therapy* (pp. 87–93). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781351069120-11

Bottomley, J. S., Smigelsky, M. A., Floyd, R. G., & Neimeyer, R. A. (2019). Closeness and Conflict With the Deceased. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *79*(4), 377–393. https://doi.org/10.1177/0030222817718959

Coelho, A., de Brito, M., Teixeira, P., Frade, P., Barros, L., & Barbosa, A. (2020). Family Caregivers' Anticipatory Grief: A Conceptual Framework for Understanding Its Multiple Challenges. *Qualitative Health Research*, *30*(5), 693–703. https://doi.org/10.1177/1049732319873330

Coelho, A., Roberto, M., Barros, L., & Barbosa, A. (2022). Family caregiver grief and post-loss adjustment: A longitudinal cohort study. *Palliative and Supportive Care*, *20*(3), 348–356. https://doi.org/10.1017/S147895152100095X

Güven, S., Topkaya, N., Şahin, E., & Aras, N. Y. (2024). Examining posttraumatic growth among Turkish family caregivers of cancer patients. *Scientific Reports*, *14*(1), 20510. https://doi.org/10.1038/s41598-024-71772-x

Holland, J. M., Currier, J. M., Coleman, R. A., & Neimeyer, R. A. (2010). The Integration of Stressful Life Experiences Scale (ISLES): Development and Initial Validation of a New Measure. *International Journal of Stress Management*, *17*(4), 325–352. https://doi.org/10.1037/A0020892

Kim, Y., Lin, J., Epel, E. S., & Carver, C. S. (2023). A Lens on Caregiver Stress in Cancer: Longitudinal Investigation of Cancer-Related Stress and Telomere Length Among Family Caregivers of Adult Patients With Cancer. *Psychosomatic Medicine*, *85*(6), 527–534. https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001220

Lee, W.-L., Lin, Y.-S., Liu, E. T., Cheng, C.-T., & Kao, S. (2025). Attachment insecurities, continuing bonds, and grief among family caregivers of terminally ill cancer patients: A longitudinal study. *Palliative and Supportive Care*, *23*, e131. https://doi.org/10.1017/S1478951525100412

Lim, S. M., Kim, H. C., & Lee, S. (2013). Psychosocial Impact of Cancer Patients on Their Family Members. *Cancer Research and Treatment*, *45*(3), 226–233. https://doi.org/10.4143/crt.2013.45.3.226

Lindemann, E. (1994). Symptomatology and management of acute grief. 1944. *The American Journal of Psychiatry*, *151*(6 Suppl), 155–160. https://doi.org/10.1176/AJP.151.6.155

Lindstrom, C. M., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2013). The relationship of core belief challenge, rumination, disclosure, and sociocultural elements to posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *5*(1), 50–55. https://doi.org/10.1037/A0022030

Luo, Q., & Smith, D. P. (2025). Global cancer burden: progress, projections, and challenges. *The Lancet*, *406*(10512), 1536–1537. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01570-3

Mattson, R., Henderson, M., & Carlson, S. S. (2025). Assessing Grief in Cancer Care: A Systematic Review of Observational Studies Using Psychometric Instruments. *Healthcare 2025, Vol. 13, Page 1722*, *13*(14), 1722. https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE13141722

Nielsen, M. K., Neergaard, M. A., Jensen, A. B., Vedsted, P., Bro, F., & Guldin, M. B. (2017). Predictors of Complicated Grief and Depression in Bereaved Caregivers: A Nationwide Prospective Cohort Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, *53*(3), 540–550. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.09.013

Nouzari, R., Najafi, S. S., & Momennasab, M. (2019). Post-Traumatic Growth among Family Caregivers of Cancer Patients and Its Association with Social Support and Hope. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, *7*(4), 319–328. https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2019.73959.0

Oliveira, S. G., Quintana, A. M., Denardin-Budó, M. de L., Moraes, N. de A. de, Lüdtke, M. F., & Cassel, P. A. (2012). Internação domiciliar do paciente terminal: o olhar do cuidador familiar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *33*(3), 104–110. https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000300014

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, *12*(2), 225–237. https://doi.org/10.1080/13548500500524088

Park, C. L. (2010). Making Sense of the Meaning Literature: An Integrative Review of Meaning Making and Its Effects on Adjustment to Stressful Life Events. *Psychological Bulletin*, *136*(2), 257–301. https://doi.org/10.1037/A0018301

Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, *1*(2), 115–144. https://doi.org/10.1037/1089-2680.1.2.115

Quansah, A. G., Baffoe, H., & Eshun, S. (2026). Helpful or harmful? How cancer beliefs and information seeking relate to depression in U.S. adults. *PLOS One*, *21*(4), e0346262. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0346262

Rando, T. A. (2000). *Clinical dimensions of anticipatory mourning : theory and practice in working with the dying, their loved ones, and their caregivers*. Research Press.

Rocha, S. A., Avila, M. A. G. de, & Bocchi, S. C. M. (2016). Influência do cuidador informal na reabilitação do idoso em pós-operatório de fratura de fêmur proximal. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *37*(1). https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.51069

Rozo, A., Schneiders, M., Palombit, M., Sinski, K., Carmo, R., Garcia, A., Araújo, J., Bitencourt, J., Dantas, R., & Monteiro da Conceição, V. (2025). Moral distress among family caregivers of people with cancer in palliative care: A qualitative study. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 361–367. https://doi.org/10.5737/23688076352361

Schmidt, V., Kaiser, J., Treml, J., & Kersting, A. (2025). The Relationship Between Pre-Loss Grief, Preparedness and Psychological Health Outcomes in Relatives of People With Cancer. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *91*(2), 798–810. https://doi.org/10.1177/00302228221142675

Smigelsky, M. A., Bottomley, J. S., Relyea, G., & Neimeyer, R. A. (2020). Investigating risk for grief severity: Attachment to the deceased and relationship quality. *Death Studies*, *44*(7), 402–411. https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1548539

Song, Y., Wang, M., Zhu, M., Wang, N., He, T., Wu, X., Shi, Z., Chen, M., Ji, T., & Shen, Y. (2024). Benefit finding among family caregivers of patients with advanced cancer in a palliative treatment: a qualitative study. *BMC Nursing*, *23*(1), 397. https://doi.org/10.1186/S12912-024-02055-Z

Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, *370*(9603), 1960–1973. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61816-9

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *9*(3), 455–471. https://doi.org/10.1002/jts.2490090305

Teo, I., Baid, D., Ozdemir, S., Malhotra, C., Singh, R., Harding, R., Malhotra, R., Yang, M. G., Neo, S. H.-S., Cheung, Y. B., Neo, P. S. H., Kanesvaran, R., Kumarakulasinghe, N. B., Lee, L. H., Koh, G. C. H., & Finkelstein, E. A. (2020). Family caregivers of advanced

cancer patients: self-perceived competency and meaning-making. *BMJ Supportive & Palliative Care*, *10*(4), 435–442. https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-001979

Toyama, H., & Honda, A. (2016). Using Narrative Approach for Anticipatory Grief Among Family Caregivers at Home. *Global Qualitative Nursing Research*, *3*. https://doi.org/10.1177/2333393616682549

Ward, Z. J., Moraes, F. Y., Scott, A. M., Ngwa, W., Loehrer, P. J., & Hricak, H. (2026). Estimating global cancer survival and mortality from 1990 to 2050: a simulation-based analysis of 17 cancers. *The Lancet Oncology*, *27*(5), 560–568. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(26)00061-6

6. Anexos

Anexo I - Tabela 3

Correlações Pearson entre as variáveis

Variável	1	2	2a	2b	3a	3b	4	4a	4b	4c	4d	4e	5	6	7
1. Luto Antecipatório	-														
2. Meaning-Making	0,69***	-													
2a. Compreensibilidade	0,60***	0,91***	-												
2b. Posicionamento no Mundo	0,65***	0,92***	0,65***	-											
3a. QR – Proximidade	0,19*	0,15	0,24**	0,03	-										
3b. QR – Conflito	0,10	0,13	0,02	0,21*	-0,36**	-									
4. CPT	0,10	0,10	0,07	0,11	0,18	-0,05	-								
4a. Força Pessoal	-0,01	-0,08	-0,11	-0,05	0,12	-0,06	0,80***	-							
4b. Novas Possibilidades	0,05	0,05	0,04	0,06	0,15	-0,13	0,92***	0,70***	-						
4c. Relação com Outros	0,07	0,12	0,08	0,13	0,14	-0,02	0,91***	0,60***	0,80***	-					

4d. Mudança Espiritual	0,25**	0,21*	0,12	0,26**	0,14	0,14	0,68***	0,43***	0,51***	0,57***	-				
4e. Apreciação da Vida	0,19*	0,15	0,18	0,10	0,26**	-0,08	0,83***	0,70***	0,73***	0,64***	0,55***	-			
5. Ansiedade	0,59***	0,42***	0,30**	0,45***	0,02	0,24*	0,04	0,01	-0,02	0,00	0,10	0,19*	-		
6. Depressão	0,56***	0,41***	0,18	0,52***	-0,22*	0,29**	0,01	-0,02	-0,01	-0,04	0,17	0,02	0,72***	-	
7. Stress no Diagnóstico	0,36***	0,18	0,17	0,15	0,36***	0,02	0,02	0,01	-0,01	-0,02	0,02	0,18	0,35***	0,19*	-
8. Stress Atual	0,47***	0,38***	0,33**	0,35***	0,18	0,12	0,05	-0,02	-0,02	0,06	0,10	0,13	0,47***	0,33***	0,56***

Nota: *** $p < 0{,}001$; ** $p < 0{,}01$; * $p \leq 0{,}05$; QR = Qualidade da Relação; CPT = Crescimento Pós-Traumático

CAPÍTULO 4: Género e Violência

Estudo de Caso: Violências e Adaptação das Criadoras de Conteúdo em Portugal

Beatriz Pontes dos Santos Mello[1], Sabrina Brezolin Pedroso[1], Maria Jorge Santos Almeida Rama Ferro[1]

[1] Universidade de Coimbra, Portugal

Autor Correspondente: Beatriz P. S. Mello. **E-mail:** biapsmello@gmail.com

Resumo: O avanço tecnológico tem produzido mudanças significativas no mercado laboral, incluindo no trabalho sexual que é compreendido como troca de recursos a partir da performance de comportamentos com significado erótico para o cliente. Assim, a indústria do sexo é reconfigurada por plataformas digitais; que podem ampliar a autonomia e os rendimentos, mas também impor novos desafios como exposição não consentida e dependência das diretrizes de utilizador. Este estudo de caso objetiva explorar as experiências de uma criadora de conteúdo em Portugal, com foco nas vivências de estigmatização e violências, bem como nas estratégias de enfrentamento adotadas. Logo, é qualitativo e selecionado por conveniência, apesar da tentativa de ampliação amostral. P1 é uma mulher cis brasileira de 24 anos, residente em Portugal há mais de cinco anos com trajetória em outras ocupações e produção de conteúdo erótico. A recolha de dados foi realizada por entrevista semiestruturada e, a partir da análise temática de Braun & Clarke (2006), identificaram-se padrões de significado. Os resultados, embora não generalizáveis, indicam benefícios percebidos em contraste com o medo de capping, assédio e julgamento. Alinhados à bibliografia, refletem as exigências de adaptação que devem ser propostas por profissionais de saúde preparados. Conclui-se que a psicologia deve contribuir por meio de intervenções sensíveis para o bem-estar desta comunidade emergente, ainda não orientadas no acompanhamento psicológico.

Palavras-chave: Trabalho sexual; Plataformização; Conteúdo erótico; Portugal; Intervenção seletiva.

1. Introdução

As constantes transformações tecnológicas reconfiguram as formas de estabelecer as relações sociais e laborais (Machado, 2021), bem como a própria subjetividade (Silva, 2024). A expansão dos mercados mediados pela internet, tais como as plataformas digitais e as redes sociais, intensificou a circulação de serviços e produziu novas formas de monetização pela exposição (Mazer, 2025; Silva, 2024). De longa existência, o trabalho sexual alterou-se significativamente e tornou-se também online (Mazer, 2025; Gonçalves, 2022; Machado, 2021; Oliveira, 2017). Diversas são as modalidades em que este pode ser performado; sobretudo, destaca-se a criação de conteúdo. Com pouca literatura na área (Lins, 2024; Machado, 2021), é apresentada como uma indústria que oferece benefícios, mas impõe desafios (Cordeiro, 2022; Machado, 2021; Jones, 2015). As novas exigências adaptativas, ao serem evidenciadas, permitem a compreensão dos impactos psicossociais desta realidade emergente e, por conseguinte, garantem uma abordagem sensibilizada às necessidades (Cordeiro, 2022). Desta forma, o presente estudo enquadra-se na lacuna existente, sendo a exploração de um caso de uma criadora de conteúdo em Portugal com foco nas vivências de violências e estratégias de enfrentamento mobilizadas. A partir da abordagem qualitativa, amplia-se a discussão sobre saúde mental neste contexto de marginalização laboral e promove-se dignidade a esta população frequentemente moralizada (Cordeiro, 2022; Csalog, 2021).

Cunhado por Carol Leigh nos anos 70 (Areias, 2024; Cordeiro, 2022; Machado, 2021), o termo "trabalho sexual" é definido como o desempenho de um comportamento com significado erótico em que há uma compensação material. A expressão possui relevância política ao ampliar o conceito para visibilizar uma diversidade de práticas, além de enfatizar agência e condições laborais (Lins, 2024; Cordeiro, 2022; Gonçalves, 2022; Machado, 2021). Apenas no âmbito digital, em que os serviços são mediados pela internet, pode-se categorizar 12 tipos (Mazer, 2025; Silva, 2024; Machado, 2021). Apesar disto, o trabalho sexual permanece socialmente estigmatizado e, com frequência, associado a discursos de vitimização ou desvio da moralidade (Gonçalves, 2022; Machado, 2021; Oliveira, 2017). Esta visão é bastante simplista (Gonçalves, 2022) e redutora ao desconsiderar a opção de escolha (Machado, 2021)

e a pluralidade de vivências possíveis (Csalog, 2021). A realidade apresentada é que a utilização de seus corpos como instrumento denota poder sobre eles (Gonçalves, 2022), mesmo que sejam objetificados enquanto mercadoria (Areias, 2024). A valorização contemporânea da corporalidade (Gonçalves, 2022) pode ter efeitos positivos na autoestima com aumento do autoconhecimento e da confiança ao verem-se de diversos ângulos (Machado, 2021). Ainda, os comentários positivos por parte de clientes tendem a contribuir para a extinção de problemas prévios a nível de imagem (Machado, 2021).

Em Portugal, o trabalho do sexo não é uma atividade criminalizada em si, sendo a legislação apenas punitiva em relação ao lenocínio (Cordeiro, 2022; Csalog, 2021; Oliveira, 2017) que é a prática de exploração de outrem. Não sendo uma profissão regulamentada, não há leis laborais ou tributárias (Oliveira, 2017), encontrando-se em uma "zona cinzenta" que reflete diretamente na sua invisibilidade social (Csalog, 2021) e que resulta na marginalização da ocupação (Cordeiro, 2022). Severamente estigmatizada no país (Cordeiro, 2022), impõe efeitos sobre os profissionais, por exemplo a internalização (Winter & Olivia, 2024; Cordeiro, 2022).

O espaço digital pode ampliar impasses na garantia de direitos e regulamentação (Mazer, 2025). A plataformização do mercado sexual gera a dependência de algoritmos, conferindo uma liberdade condicionada pelos interesses definidos unilateralmente pelos aplicativos (Mazer, 2025; Lins, 2024). Evidencia-se ainda que a adoção das nomenclaturas de "produção de conteúdo" e dos respectivos "criadores", além de afastar a identificação com a dinâmica sexual (Lins, 2024; Cordeiro, 2022), torna mais flexíveis os limites entre trabalho e vida cotidiana (Mazer, 2025) com um alto tempo despendido na gestão (Machado, 2021) e organização (Lins, 2024). Este "sujeito-empresa", caracterizado pela autonomia associada à exigência contínua de autoaperfeiçoamento, atua como empreendedor de si (Mazer, 2025). Sem vínculos empregatícios formais (Mazer, 2025; Lins, 2024; Silva, 2024), há uma ausência de vigilância e proteção laboral que pode favorecer um ritmo produtivo extenuante (Mazer, 2025; Lins, 2024). Adiciona-se que divulgar nas redes sociais é tido como um recurso importante para mobilização da clientela (Mazer, 2025; Lins, 2024; Machado, 2021).

Por um lado, pode proporcionar uma flexibilidade (Mazer, 2025; Lins, 2024; Silva, 2024; Machado, 2021); favorecer a saúde e segurança física (Mazer, 2025; Lins, 2024; Machado, 2021); possibilitar a gestão da própria imagem (Mazer, 2025; Lins, 2024); oportunizar melhores rendimentos (Mazer, 2025; Lins, 2024) pela seleção de uma clientela mais especializada (Machado, 2021) ou pela possibilidade complementar outra remuneração (Silva,

2024; Csalog, 2021); além de reduzir interações negativas com o sistema de justiça (Lins, 2024; Machado, 2021). Não obstante, introduz novos riscos tais como exposição não consentida de conteúdos (capping) ou de dados pessoais (doxxing) (Lins, 2024; Machado, 2021); ganhos imprevisíveis (Areias, 2024; Machado, 2021); vigilância algorítmica (Mazer, 2025; Silva, 2024); e dependência das regras das plataformas (Mazer, 2025; Lins, 2024) que incluem o pagamento de taxa (Mazer, 2025; Lins, 2024; Machado, 2021). Situações de estigma e discriminação acontecem (Lins, 2024; Cordeiro, 2022; Machado, 2021), mesmo que percebidas como um assédio sem impacto na "vida real" (Machado, 2021). Desta forma, as plataformas podem produzir formas específicas de vulnerabilidade, devendo o criador ser polifuncional e responsável pela própria segurança digital, em uma lógica que transfere riscos para o indivíduo (Mazer, 2025). É evidente, portanto, o desenvolvimento de estratégias (Lins, 2024; Cordeiro, 2022; Gonçalves, 2022; Machado, 2021) individuais e coletivas, inclusive de evitamento (Lins, 2024; Cordeiro, 2022; Machado, 2021), para proteger-se e permanecer na profissão.

A relação entre trabalho sexual, estigma e saúde mental deve ser analisada com cautela. Em razão da revisão integrativa da literatura (Winter & Olivia, 2024), que aponta que profissionais do sexo podem estar expostos a fatores de risco (como discriminação, violência, isolamento, rejeição familiar, precariedade laboral e barreiras no acesso a serviços de saúde), por conseguinte, estão mais propensos ao desenvolvimento de problemas psicológicos (Winter & Olivia, 2024; Cordeiro, 2022; Machado, 2021). No entanto, não se deve estabelecer uma relação causal simples dado que Cordeiro (2022) argumenta que eventuais questões devem ser compreendidas à vista das especificidades da atividade, das condições sociais e das histórias de vida, sem reduzir à condição de vítimas nem romantizar suas experiências. Portanto, exige-se uma abordagem multifacetada que reconheça a interseccionalidade (Lins, 2024; Winter & Olivia, 2024) dos fatores que influenciam os resultados de saúde mental destes, destacando a necessidade imperativa de intervenções e sistemas de apoio personalizados para promover bem-estar (Winter & Olivia, 2024). Esta posição é fundamental para uma prática psicológica não moralizante e não patologizante desta comunidade emergente.

A partir do estado da arte existente, formulam-se como hipóteses orientadoras que: (1) P1 experiencia elevados níveis de estigma social com repercussões na sua saúde mental; (2) a exposição a formas de violência constitui um fator de risco significativo para o seu bem-estar; e (3) as estratégias de coping adotadas incluem tanto mecanismos resilientes quanto estratégias

potencialmente evitativas. A análise temática realizada na entrevista semiestruturada possibilitou a identificação de padrões que tendem a alinharem-se à bibliografia. Foram apontados benefícios que contrapõem situações negativas, sendo a permanência percebida como uma avaliação geral favorável e edificante. Nomeadamente, refere-se à discriminação sofrida por parte de uma psicóloga que a atendeu por um período; sendo a dificuldade de recorrer à ajuda profissional nesta área uma realidade documentada, visto que percebem o trabalho sexual como a matriz singular de todas as problemáticas do indivíduo (Cordeiro, 2022). Outras situações de violência foram vividas e, com base na própria experiência e com o auxílio de pares, considera-se capaz de proteger-se atualmente. Desta forma, a compreensão dos recursos que utiliza para preservar seu equilíbrio psíquico e sua autonomia, além de construir sua identidade vocacional, preliminarmente, contribui para a literatura sobre trabalho sexual digital ainda escassa no contexto português. Ainda, a argumentação da necessidade de acolhimento sem julgamento é tida em favor de uma psicologia inclusiva que faz jus aos princípios da beneficência e da não-maleficência (Cordeiro, 2022). Logo, é primordial que a presente investigação seja mobilizadora de transformações na intervenção clínica e em contextos de saúde relativos aos trabalhadores do sexo. Designadamente, perante as particularidades circunstanciais à criação de conteúdo plataformizado em Portugal. Por fim, tem-se em atenção que a pesquisa científica deve ser uma aliada contra estereótipos (Lins, 2024), projetando o impacto que este artigo pode ter na mudança das atitudes sociais em cooperação para uma desestigmatização coletiva.

2. Métodos

De caráter exploratório, a abordagem qualitativa permite de forma apropriada a investigação de temáticas acerca do mundo social e das experiências humanas (Machado, 2021). A compreensão de contextos por meio da escuta e do aprendizado com o diálogo, especialmente por vozes daqueles em posições desfavorecidas, permite alcançar profundidade intersubjetiva (Cordeiro, 2022). Enquanto uma população invisibilizada e ainda com a plataformização emergente, a apreciação qualitativa dos dados é particularmente adequada (Machado, 2021). A entrevista é uma técnica eficiente para a indagação de significados situacionais (Cordeiro, 2022; Machado, 2021). Esta pode ser semiestruturada, isto é, com um guião flexível que permite ao investigador fazer mais perguntas quando necessário, o que enriquece a pesquisa (Machado, 2021). Sendo justificada a sua adoção, procedeu-se à definição

dos critérios amostrais. Incluem-se: (1) ser maior de 18 anos, (2) exercer ou ter exercido a função de criação de conteúdos em plataformas digitais e redes sociais como trabalho sexual, (3) residir em Portugal, (4) estar disponível para uma entrevista por meio de uma sessão síncrona em que a utilização da câmera é opcional e com a gravação do áudio. Apesar da tentativa de contato com 26 pessoas, com a utilização de pesquisa autônoma no Instagram e do método bola de neve, foram obtidas algumas respostas que variaram desde apenas uma mensagem ignorada até o início do processo de envio das questões. Contudo, foi possível a concretização do recrutamento somente de uma profissional.

Selecionada por conveniência, o estudo de caso permite uma análise aprofundada de uma trajetória singular, sem pretensão de generalização estatística, mas com potencial para elucidar processos psicossociais relevantes em uma população ainda pouco estudada (Machado, 2021). Logo, a coleta de dados foi conduzida por um roteiro previamente elaborado. Antes do início da entrevista, foram explicados os objetivos da investigação, o caráter voluntário da participação, a garantia de anonimato e a possibilidade de interromper ou não responder a qualquer questão. A participante confirmou ter lido o consentimento informado, enviado previamente, e forneceu o seu assentimento verbalmente. No decorrer, foi utilizado o código P1 com o objetivo de proteger sua identidade. A entrevistadora partilhou o guião na tela virtual, permitindo que a participante acompanhasse a estrutura e as dimensões abordadas.

Inicialmente, foram recolhidos dados sociodemográficos que incluíram idade, identidade de gênero, escolaridade, estado civil e situação relacional, nacionalidade e zona de origem, local e tempo de residência em Portugal, além de experiências profissionais em outros contextos. Em seguida, foram exploradas questões relativas à trajetória e ao contexto do trabalho sexual digital tais quais entrada na produção de conteúdo, motivações, tempo de atuação, permanência, eventual desejo de interrupção, tipo de conteúdo produzido, plataformas utilizadas, rotina e uso de redes sociais para divulgação. Depois, contemplou um conjunto relacionado à regulação, aos direitos e à visibilidade, sendo questionada sobre a forma como percebe o tratamento social e legal deste tipo de atividade em Portugal, o grau de controle sobre suas decisões, possíveis mudanças na percepção coletiva do trabalho sexual digital e medidas que poderiam melhorar as condições de quem atua na área. Em consideração aos objetivos, foram incluídas perguntas sobre perspectivas e experiências de estigma, nomeadamente julgamento e preconceito, reconhecimento, impacto emocional, assim como a gestão da revelação ou ocultação da atividade (disclosure / nondisclosure). Foram ainda incluídas

questões específicas sobre vivências de violência, impactos psicossociais e estratégias de coping. Neste bloco, foi convidada a refletir sobre riscos no ambiente digital, como segurança e privacidade (por exemplo, capping e doxxing); consequências emocionais, sociais e profissionais; apoio das plataformas; efeitos sobre autoestima e relações interpessoais; além de estratégias utilizadas para lidar com exposição, críticas e ataques. Visto que pesquisa-se acerca da adaptação e a coletividade foi tida com importância nas referências, foi incorporado o ativismo sexual como prática de resistência; questionando-se sobre o contato com coletivos ou discussões sobre direitos de trabalhadores do sexo e o impacto na autoestima, senso de dignidade e modo de lidar com o estigma. Estas perguntas foram consideradas relevantes, uma vez que engajamento cívico e empoderamento emergem como parte de uma ressignificação mobilizada em pares (Lins, 2024; Cordeiro, 2022; Machado, 2021).

Após a coleta, o conteúdo foi transcrito integralmente, preservando-se a organização por turnos de fala em uma extensa tabela. Os dados foram examinados por meio da análise temática, conforme a proposta de Braun e Clarke (2006, cit. em Machado, 2021). Esta metodologia permite identificar, analisar e interpretar padrões de significado, sendo particularmente adequada a estudos qualitativos exploratórios. A verificação foi realizada de forma manual e interpretativa, seguindo seis etapas: familiarização com os dados; codificação inicial; busca por temáticas; revisão dos conjuntos; definição dos temas; e redação analítica dos resultados. Logo, iniciou-se pela leitura repetida seguida do destaque de unidades essenciais para a compreensão da trajetória. Os códigos precursores foram agrupados a partir de sua recorrência, relevância para os objetivos do estudo e capacidade de sintetizar padrões de sentido presentes no discurso. As 7 temáticas preliminares foram refinadas, sendo formalizadas 4 para uma distinção determinante entre os eixos interpretativos que são nomeados: (1) Entre trabalho criativo e trabalho sexual digital: entrada, permanência e autoria; (2) Violências e vulnerabilidades na circulação digital da imagem; (3) Estigma, saúde mental e relações interpessoais; e (4) Estratégias de adaptação: redes, limites e resistência estética. Foram adotados cuidados éticos relacionados ao consentimento informado e à confidencialidade. Tendo em conta a sensibilidade da investigação e os riscos associados à exposição da identidade, a apresentação privilegiou uma abordagem não moralizante, não patologizante e orientada pela dignidade da participante. Assim, integrando de forma crítica os excertos representativos e o enquadramento teórico, buscou-se respeitar a forma como P1 nomeia e atribui sentido à sua própria experiência.

Trata-se de uma mulher cisgênero brasileira, de 24 anos, residente em Portugal há aproximadamente cinco anos e seis meses, vivendo atualmente no norte do país. Possui licenciatura concluída e encontrava-se, no momento da entrevista, em fase final de mestrado. Além da criação de conteúdo erótico em duas plataformas digitais, relatou as funções atuais de professora particular (de línguas e outras matérias) e modelo comercial (em serviços ligados a portfólios, editoriais e campanhas empresariais), citando a experiência anterior como bailarina em companhia profissional. A entrada de P1 no trabalho sexual online ocorreu em agosto de 2022, inicialmente por meio do OnlyFans, até julho de 2023. Posteriormente, passou a utilizar o Patreon em julho de 2024. A participante descreve seu conteúdo como nu artístico implícito articulado com fotografia analógica e digital, tendo sessões de lingerie, biquíni e undressed (sem roupa). Interpreta ainda ASMR (em português, Resposta Sensorial Meridiana Autônoma) de textos autorais, poesia e/ou crônicas; além de disponibilizar bastidores em vídeos exclusivos para subscritores. Inicialmente, o Instagram funcionava como mostruário de modelo profissional e espaço de conexão com a audiência, mas passou a também ser utilizado como meio de captação de possíveis assinantes para a plataforma.

3. Resultados

A análise temática da entrevista permitiu identificar 4 temas centrais que evidenciam uma experiência marcada por ambivalências. Por um lado, a criação de conteúdo digital aparece como possibilidade de renda, autonomia, expressão artística e fortalecimento da autoestima. Em contrapartida, é atravessada por estigma, insegurança digital, exposição não consentida, conflitos interpessoais, além da necessidade constante de autorregulação emocional.

O primeiro tema, “Entre trabalho criativo e trabalho sexual digital: entrada, permanência e autoria”, evidencia que a entrada de P1 na criação de conteúdo digital ocorreu de forma articulada ao seu percurso na área da modelagem. Iniciou como forma de complementar o salário, destacando a instabilidade característica das áreas criativas e audiovisuais nas quais há períodos de maior e menor oferta de trabalho e, consequentemente, rendimento. Cita outras mulheres do próprio nicho que a inspiram e que fizeram o mesmo com sucesso, afirmando “foi aí que eu tomei a decisão”. Por fim, comenta sobre a adição de uma nova vertente para o Instagram, publicando conteúdo de “leading” (encaminhamento), antes para o Onlyfans e, atualmente, para o Patreon. Neste sentido, aparece como estratégia de liquidez econômica e continuidade profissional, especialmente em contextos marcados por sazonalidade,

dependência da aparência e disponibilidade física. Paralelamente, realiza um mestrado e é professora particular. Assim, aproxima-se da literatura que identifica a possibilidade de rendimento complementar, flexibilidade e conhecimentos do funcionamento da indústria do audiovisual como fatores importantes para a entrada e permanência; de que pode ser realizado em paralelo a outras ocupações ou estudos; e da utilização das redes sociais para divulgação (Mazer, 2025; Lins, 2024; Silva, 2024; Caslog, 2021; Machado, 2021).

Contudo, a experiência de P1 não pode ser reduzida a uma motivação exclusivamente financeira, atribuindo centralidade à identidade visual, à autoria e à coerência estética do seu projeto. Após a experiência no OnlyFans, interrompeu a atividade para uma reestruturação, posteriormente, retornando exatamente após 1 ano por meio do Patreon. A mudança de plataforma foi justificada pelo fato de alinhar melhor ao conteúdo produzido e ao tipo de audiência pretendida. Enquanto a primeira permite publicações explícitas, a segunda e as redes sociais são restritivas (Machado, 2021). Por não permitirem nudez, para P1, reduzem-se frustrações decorrentes de um desalinhamento de expectativas do serviço implícito oferecido. Tal posicionamento revela que as plataformas não são apenas meios neutros, mas ambientes que organizam diferentes públicos e tipos de material para circulação; tais quais aplicativos específicos para fetiches (Lins, 2024). De forma que tudo é monetizável (Silva, 2024), a autenticidade e o lado artístico são valorizados, contrariando uma interpretação homogênea deste grupo com diferentes potenciais criativos (Machado, 2021). Para uma marca pessoal forte e um grande público assinante é necessária a aproximação de um nicho (Lins, 2024; Machado, 2021). Sendo o caso de P1, a autoria é um elemento estruturante e não percebe-se apenas como alguém que disponibiliza imagens do corpo, mas como produtora de uma proposta de narrativa. A ideia de "corpo-mercadoria" (Areias, 2024) deixa de existir, sendo o corpo feminino valorizado e promovendo a elevação da mulher. O lugar de submissão e indignidade é refutado pela visão naturalista da corporalidade, não existindo padrões de beleza. Este consentimento tido foi estudado, na ausência de uma romantização e ao contrário do que comumente é afirmado, tem-se como fato a posse sobre os seus corpos e a superação de papéis de gênero (Gonçalves, 2022).

Refere-se ainda que a interpretação do discurso de P1, em que se posiciona como polivalente, permite tensionar a argumentação sobre autonomia associada ao trabalho plataformizado. A literatura sobre o trabalho sexual digital aponta que as criadoras são responsáveis não apenas pela produção, mas também pela divulgação, captação de público,

gestão de visibilidade e elaboração da sua segurança online (Mazer, 2025; Machado, 2021). Neste sentido, há um risco de sobrecarga (Lins, 2024). Por isto, frequentemente, delegam a terceiros (Machado, 2021). No caso analisado, P1 precisa gerir dois aplicativos que têm diferentes públicos e níveis de exposição. Refere que mais no Instagram recebe comentários "que são nojentos", tendo reflexo na bibliografia (Lins, 2024) que reconhece os "haters" (pessoas que realizam ataques nas redes) e especifica o envio de mensagens desrespeitosas. De modo oposto, os clientes dentro das plataformas são tidos como "mais educados" (Lins, 2024). P1 ainda afirma sentir "100%" de controle sobre o que publica em suas próprias plataformas. Ao transitar para o Patreon, em conjunto com técnico da área, organizou estratégias de proteção digital; especialista que continua a atuar como gestor da sua privacidade virtual. No entanto, continua vulnerável quando depende de terceiros ou das "Diretrizes de Usuário". Ao relatar uma sessão de fotografia realizada para a página de outra pessoa, menciona ter se sentido desrespeitada e sem controle sobre o resultado, interpretando a situação como próxima de assédio. Ademais, as remoções de fotos no Instagram consideradas "contra as regras" foram situações consideradas "tristes, mas não graves" e que pensa que "acontece por denúncia direta da postagem". Esta é uma realidade verificada e que pode prejudicar com a consequente perda de seguidores pela suspensão da conta ou pela redução do alcance do usuário (shadowbanning), tendo impacto financeiro direto (Lins, 2024). Para o retorno das fotos, P1 afirma que ativamente recorreu e a decisão foi alterada, recuperando-as em seu perfil. Os dados sugerem uma autonomia situada, sendo vinculada a um intenso trabalho de curadoria e autopromoção, bem como à instituição de limites circunstanciais aos aplicativos, a pares e seguidores. É possível, logo, integrar a criação de conteúdo erótico em plataformas digitais à discussão estrutural do trabalho que advém do termo "uberização" em que argumenta-se a precarização laboral em aplicativos que necessitam de regulamentação (Mazer, 2025).

O segundo tema, "Violências e vulnerabilidades na circulação digital da imagem", refere-se aos riscos associados à exposição de conteúdos no ambiente digital. Para P1, o principal do trabalho em plataformas é o vazamento, entendido não apenas como cópia de imagens, mas como perda de controle sobre a forma, o contexto e a intenção da publicação. Relatou ter vivenciado exposição não consentida, sobretudo no período em que utilizava o OnlyFans, tendo sido alertada por outra criadora sobre seu material em outro site. Este, entre outros episódios, exigiu um movimento ativo de identificação, denúncia e tentativa de remoção das imagens. P1 afirma que este é um risco com o qual "todo mundo que faz esse tipo de atividade convive", acrescentando que o problema não se restringe às imagens em si, mas ao impacto psicológico

de saber que deixa de circular no enquadramento autoral e consentido da criadora, sendo apropriada por terceiros. Segundo P1, o OnlyFans era mais suscetível a vazamentos, tanto pelas características da plataforma quanto pelo público que a consome. Como supracitado, a migração para o Patreon foi acompanhada de técnicas e apoio de especialista para reduzir este risco. Entretanto, explica que, em 2025, o Patreon instalou um novo sistema de segurança, sendo esse o último período em que recorda ter sofrido com capping. Afirma que "imagem marcada como conteúdo do Patreon em outro site, o Patreon às vezes consegue mandar abaixo sem o criador ter que ativamente pedir", além de não permitir a captura de ecrã (print screen) e fazer cópia do código da plataforma. Nas referências (Lins, 2024), encontram-se também redes sociais que possuem a função da tela ficar preta caso haja a tentativa de print screen. Outra alternativa era o uso de marca d'água, podendo ainda ser uma de divulgação indireta (Lins, 2024). Isso sugere que a proteção institucional oferecida é insuficiente ou variável, exigindo que a própria criadora assuma parte significativa do risco (Lins, 2024).

A literatura já identifica que, embora os ambientes digitais possam reduzir alguns riscos associados ao contato físico, não eliminam a violência e a exposição (Machado, 2021). Ao contrário, criam novos desafios relacionados ao assédio verbal e/ou psicológico, à revelação da identidade ou outros dados e ao controle do conteúdo online. P1 confirma esta perspectiva ao distinguir entre diferentes tipos de risco e declarar o seu medo de que a esfera digital tenha uma transferência para o presencial. Ela mencionou o receio de stalkers (perseguidores) ou pessoas "fanáticas" tentarem aproximar-se de sua vida pessoal. Esta preocupação revela a permeabilidade entre online e offline, já apontada nas referências (Cordeiro, 2022), mostrando que os riscos digitais podem repercutir na sensação cotidiana de segurança e na necessidade de vigilância constante. A monitorização da sua "pegada virtual" é feita pela pesquisa da presença dos seus nomes online (Lins, 2024), afirmando "eu não uso (...) completo já por razões óbvias". P1 relata ainda ter vivenciado agressão verbal e moral tanto virtual quanto presencialmente envolvendo uma pessoa próxima do seu convívio. A situação foi interpretada como uma tentativa de ultrapassar os seus limites, o que levou-a a cortar relações e afastar-se de um ambiente onde não considerava-se apoiada. O alcance da Internet torna problemática a manutenção da privacidade (Machado, 2021); contudo, as criadoras apresentam-se cientes e em concórdia de que, à medida que o conteúdo é compartilhado, perdem o controle (Lins, 2024). Assim, de forma similar, apenas aceita tendo em consideração que pensa muito sobre o que vai postar e não tem vergonha de que seja visto.

O terceiro tema, “Estigma, saúde mental e relações interpessoais”, evidencia que o julgamento permanece como dimensão central da experiência, manifestando-se em contextos interpessoais, especialmente familiares. P1 descreve o tratamento social do trabalho sexual digital em Portugal como uma “situação muito complicada”, ainda que reconheça a existência de grupos mais progressistas e receptivos, sobretudo no meio artístico e entre jovens, reafirma o conservadorismo como presente. Neste sentido, converge com a literatura de uma persistência do moralismo no país (Mazer, 2025; Cordeiro, 2022). P1 afirma já ter sentido preconceito de forma explícita e implícita, nomeadamente no convívio social. Relatou omitir o trabalho para a sua família como forma de autoproteção emocional pela percepção de que a revelação poderia gerar conflito, incompreensão e sofrimento. Aqueles que sabem, conforme dito por P1, “já me chamaram de muita coisa”. Em consequência da falta de abertura para conversar, teve momentos em que “passava muito mal e tinha vontade de excluir tudo”; atualmente, percebe ser capaz de distanciar-se. Sendo cuidadosamente administrada, a exposição da atividade é realizada apenas a pessoas consideradas confiáveis com o objetivo de evitar comentários desagradáveis (Cordeiro, 2022; Machado, 2021). Ademais, em uma antiga relação amorosa, o estigma aparece como uma experiência de coerção da sua liberdade, na medida em que a pressão externa para abandonar as plataformas se apresentava como tentativa de controle moral sobre a sua autonomia decisória. Segundo P1, “ele tentou excluir as minhas plataformas sem que eu soubesse” e deu-lhe um ultimato em que não ficariam mais juntos. Interpretando como tentativa de abuso de limites, encerrou a relação. As consequências negativas e a dificuldade de estabelecimento afetivo são citadas como realidade da comunidade (Cordeiro, 2022).

P1 também identifica uma dimensão de gênero no estigma. Ao falar sobre a necessidade de conscientização e dignidade, afirma sentir que há mais em relação às produtoras mulheres do que aos homens. Cita que a negatividade que recebe no Instagram é transversal à identidade feminina, não diretamente relacionada à atividade no Patreon. Desta forma, os estereótipos de gênero incluem as representações generalizadas acerca do que os homens e mulheres devem “ser” (traços de gênero) e “fazer” (papéis de gênero), segundo as autoras Pinto e Marques (2023). Classificam-se, por conseguinte, as criadoras de conteúdo como mulheres que não se conformam com as normas socialmente sancionadas (Cordeiro, 2022; Machado, 2021). Ademais, a proporcionalidade é vista, considerando ser a lógica de composição díspar de gênero nesta atividade online e offline, sendo majoritariamente feminina (Machado, 2021). Neste sentido, há uma menor percepção de vitimação. Por fim, embora a entrevista não

aprofunde diretamente a nacionalidade como marcador de vulnerabilidade, o fato de P1 ser uma mulher do Brasil em Portugal pode ser ponderado e discutido com cautela. Dando importância à literatura sobre estereótipos associados à brasileira no imaginário português, que são frequentemente relacionados à sensualidade e ao "sexo fácil" (Pinto & Marques, 2023), para P1, pode-se intensificar formas específicas de julgamento e objetificação. A "Metáfora do Nó" explicita a experiência da interseccionalidade entre raça, gênero e classe social; isto é, do racismo, patriarcado e capitalismo (Lins, 2024).

O quarto tema, "Estratégias de adaptação: redes, limites e resistência estética", reúne os recursos mobilizados por P1 para lidar com situações difíceis e estressantes. A experiência não é descrita apenas em termos negativos, tendo afirmado sentir-se feliz no Patreon, mais segura em relação ao próprio corpo e mais conectada a uma dimensão expressiva da sua identidade. Identifica a criação de conteúdo como um lugar próximo "ao que a dança representava" para si: um espaço de fala. Após definir melhor o seu projeto, cresceu tanto dentro das plataformas quanto na área comercial. A literatura sobre ajustamento psicossocial no trabalho sexual indica que profissionais lidam com as adversidades através das estratégias disponíveis (Mazer, 2025; Lins, 2024; Cordeiro, 2022; Machado, 2021). Embora anteriormente já tivesse passado por fases em que tenha passado mal e sentido vontade de excluir tudo, hoje afirma que sente-se bem em relação à ansiedade. Estes mecanismos podem ser cognitivos, técnicos, relacionais e simbólicos, permitindo-lhe enfrentar os riscos que estão associados à atividade.

No plano cognitivo, P1 afirma que procura "analisar a realidade" do que faz. Este reconhecimento da literalidade é feito a partir de um conjunto de quadros primários (Nunes, 1993). Diferentemente do repertório tradicional, reenquadra a sua atividade como algo digno. Quando enfrenta momentos de ansiedade, retorna à ideia de que publica apenas aquilo que quer, que não está sendo forçada, que pensa cuidadosamente antes de publicar e que não sente vergonha do conteúdo. Ela distingue do constrangimento, pois pode não desejar que certas pessoas vejam, mas não considera que o que faz em si seja errado. Neste sentido, é externa a percepção de que não é "digna de respeito" e que podem ultrapassar limites porque "se sentem no direito". Esta estratégia pode ser compreendida como uma forma de ajustamento intrapsíquico e de resistência ao estigma internalizado (Cordeiro, 2022) em que antes "pensava que não merecia coisas básicas". A resiliência é uma construção complexa, podendo ser por análise mental ou, como as evidências mostram, pela capacidade de recorrer ao sentido de

humor para lidar com os desafios diários da clientela, podendo promover saúde física e emocional (Benoit & Mellor, 2025).

No plano técnico, a mudança do OnlyFans para o Patreon e a construção de medidas de segurança com apoio de pessoa especializada aparecem como formas práticas de adaptação. P1 relata que, após 2025, o Patreon passou a oferecer mecanismos que dificultam a circulação indevida de imagens, mas também destaca que "muitas estratégias" que continua a aplicar foram feitas por fora da plataforma. De modo geral, o conhecimento básico a nível de info-segurança é apresentado como meio para a minimização da ocorrência de doxxing e hacking (Machado, 2021). Assim, a adaptação não é apenas psicológica, envolvendo também o desenvolvimento de competências digitais, da necessidade de assessoria profissional e da capacidade de gestão de risco.

Outra estratégia importante é a delimitação de relações. P1 relata ter deixado de tentar se explicar excessivamente para familiares e outras pessoas que não estavam dispostas a escutá-la. A "hiperjustificação" é descrita como uma estratégia que deixou de funcionar, pois gerava desgaste e não produzia compreensão, sendo uma mudança que mostra uma passagem de uma posição defensiva para uma posição de evitamento. Na percepção externa, aqueles julgados como "sujos" (isto é, que ferem as concepções morais) pela sociedade, em uma hierarquização, devem ser "purificados"; apesar da discordância do próprio profissional (Lins, 2024). Assim, a participante reconhece que não pode controlar a forma como todas as pessoas interpretam seu trabalho, mas pode controlar a quem oferece explicações, com quem convive e quais limites estabelece.

Em oposição a uma típica falta de envolvimento com as redes de suporte por parte de quem realiza trabalho sexual, que pode levar a um aumento de sentimentos de isolamento, este apoio ocupa um lugar central no caso. P1 menciona o namorado, amigos, outras criadoras de conteúdo e fotógrafos. O contato com pessoas próximas do contexto ajuda porque estas compreendem melhor o que ela vivencia, uma vez que também passam por situações semelhantes. Este dado confirma a importância dos pares como suporte emocional e informacional em atividades marcadas por estigma, sendo motivador da permanência na indústria do sexo (Machado, 2021). É evidenciado ainda que recorrem às redes sociais como forma de criar uma comunidade online para este fim (Machado, 2021). Também destaca-se que a cooperação permite criar espaços de reconhecimento, partilha de estratégias e redução da vergonha (Cordeiro, 2022).

A resistência por meio dos seus próprios conteúdos constitui um elemento central da adaptação de P1. Compreende sua produção como “arte, estética e conceito”, recusando a redução do corpo a mercadoria. Para ela, o corpo feminino pode ser valorizado de forma natural e artística, sendo que o seu posicionamento busca não colocar-se em posição de submissão ou à disposição do que o público pede. Embora não participe formalmente de coletivos, reconhece seu posicionamento como uma forma indireta de ativismo e acompanha outras criadoras e páginas voltadas à defesa de direitos, à denúncia de violências e à valorização do feminino. Portanto, alinha-se à bibliografia que identifica que a atividade é uma forma de militância ao fugir ao molde imposto pela sociedade do que é comportamento aceitável da mulher (Machado, 2021). O contato com estes discursos é descrito como importante para mudar a forma como P1 percebe-se. Relata que, no início, internalizava uma visão conservadora; com o tempo, passou a desassociá-lo da percepção de indignidade. Portanto, o ativismo é recurso de saúde mental, permitindo demonstrar orgulho pela sua identidade (Cordeiro, 2022).

4. Discussão

Os resultados deste estudo permitem interpretar a experiência de P1 como uma trajetória marcada por vulnerabilidades e adaptação. A criação de conteúdo erótico em plataformas digitais surge, inicialmente, como uma resposta pragmática à instabilidade financeira associada a outras ocupações, mas progressivamente adquire sentidos mais complexos. Esta ambivalência é central para a discussão dos achados, pois impede leituras simplistas que enquadrem o trabalho sexual digital exclusivamente como forma de exploração ou, inversamente, como expressão plena de empoderamento.

A primeira hipótese orientadora, segundo a qual P1 experiencia elevados níveis de estigma social com repercussões na saúde mental, é confirmada pela necessidade de gerir a visibilidade da sua atividade em diferentes contextos. O sofrimento relatado não parece decorrer da criação de conteúdo em si, mas das condições sociais que envolvem a prática: o receio de julgamento, a possibilidade de exposição não consentida, a incompreensão familiar, a pressão de parceiros, o medo de repercussões profissionais e a experiência de invalidação em contexto psicológico. Esta distinção é fundamental porque desloca a análise de uma perspectiva patologizante para uma compreensão psicossocial. Não aparece, por si só, como matriz do sofrimento, emerge da relação entre a atividade e um campo social que moraliza a sexualidade, controla a exposição corporal das mulheres e tende a reduzir trabalhadores sexuais a estereótipos de promiscuidade,

desvio ou vitimização. Esta leitura converge com a literatura que defende cautela ao relacionar trabalho sexual e saúde mental. No caso de P1, ansiedade, medo e desconforto coexistem com autoestima, orgulho, prazer criativo e senso de autoria. Evidencia, assim, que os impactos psíquicos não podem ser explicados por uma causalidade linear. P1 não se apresenta apenas como alguém vulnerabilizada, também se reconhece como sujeito que escolhe, cria, negocia limites, desenvolve competências e constrói sentido para sua prática. A abordagem clínica, portanto, deve ser capaz de sustentar esta complexidade. Reduzir a experiência ao sofrimento seria apagar sua agência, assim como à autonomia seria desconsiderar os riscos concretos que atravessam sua trajetória. A principal contribuição dos dados está precisamente neste ponto: mostrar que a saúde mental deve ser compreendida como resultado de relações entre subjetividade, trabalho, corpo, tecnologia, gênero, estigma e suporte social.

A segunda hipótese, referente à exposição a formas de violência como fator de risco para o bem-estar, também é confirmada, especialmente a partir da dimensão da violência digital. Ocupa um lugar particularmente significativo na experiência de vulnerabilidade de P1 porque rompe a intenção original da publicação. A violação, neste caso, não se limita à imagem enquanto arquivo digital, mas alcança a própria corporalidade simbolicamente investida no conteúdo. O corpo digitalizado continua sendo corpo, pois carrega identidade, intimidade, autoria e reputação. Neste sentido, amplia-se a compreensão de violência no trabalho sexual online, visto que não precisa ocorrer presencialmente para produzir efeitos psíquicos relevantes. No caso, o medo de que os riscos digitais se convertam em ameaças presenciais revela um estado de vigilância constante que pode produzir ansiedade e sensação de insegurança, ainda que a atividade também seja fonte de satisfação. Deste modo, a violência digital deve ser reconhecida como uma dimensão legítima de sofrimento psicossocial e não como um risco menor por ocorrer em ambiente virtual. Ao mesmo tempo, a experiência de P1 mostra que a autonomia é situada e condicionada. A plataformização, portanto, reorganiza o trabalho sexual sem eliminar suas vulnerabilidades. Pelo contrário, desloca parte delas para dependência tecnológica e responsabilização individual. A criadora precisa atuar como polivalente, aproximando sua experiência das discussões sobre “uberização” do trabalho, nas quais a promessa de flexibilidade convive com a precarização e a transferência de riscos para o próprio trabalhador. O uso do Instagram como ferramenta de divulgação ilustra esta ambiguidade. A rede social amplia o alcance da participante e possibilita a captação de subscritores, mas também aumenta a exposição ao julgamento. A atividade exige presença constante, reforçando a urgência de reconhecer como trabalho efetivo com exigências

cognitivas, técnicas, relacionais e emocionais. A ausência de regulamentação mantém esta "zona cinzenta".

A terceira hipótese, relacionada às estratégias de coping, também é sustentada pelos achados. P1 mobiliza recursos variados para lidar com estigma e violência. Não são apenas individuais, mas relacionais, tecnológicas e simbólicas. O apoio de pares aparece como elemento crucial, pois permite troca de experiências, aprendizagem sobre segurança, validação emocional e construção de pertencimento. Em um contexto marcado por julgamento e ocultação seletiva, os pares funcionam como fonte de reconhecimento e proteção contra o isolamento. A participante também estabelece limites interpessoais, delimitando o que e com quem compartilha. A dimensão tecnológica do enfrentamento também é relevante. O desenvolvimento de competências digitais e a possibilidade de contratar terceiros especializados em segurança demonstram que a adaptação ao trabalho sexual online envolve aprendizagem prática e investimento em proteção. A segurança digital passa a constituir uma dimensão do cuidado de si. No entanto, este dado também revela uma desigualdade estrutural: quanto mais a proteção depende dos recursos individuais da criadora, mais vulneráveis ficam aquelas que não possuem capital econômico, rede de apoio ou literacia digital suficiente. Assim, ainda que P1 demonstre capacidade de enfrentamento, sua experiência não deve ser interpretada como prova de que a adaptação individual é suficiente. Pelo contrário, a necessidade de tais estratégias evidencia a ausência de mecanismos coletivos e institucionais robustos de proteção. A resistência estética e o contato com discursos ativistas também aparecem como recursos fundamentais. Ao sinalizar o seu trabalho como "arte, estética e conceito", P1 ressignifica a própria experiência e combate o estigma internalizado. O conteúdo produzido permite compreender a atividade como mais do que exposição corporal. Há uma dimensão criativa que garante felicidade no labor e que conecta a criação de conteúdo a outras experiências, como a dança e a modelagem. Esta continuidade é importante porque situa o trabalho sexual digital dentro de uma relação mais ampla com corpo e performance. Contribuiu ainda para o questionamento dos papéis de gênero, tendo P1 maior abertura sexual e orgulho identitário, o que indica um deslocamento subjetivo. O corpo, antes submetido a expectativas externas de pureza, adequação ou controle, passa a ser instrumento de expressão e liberdade. Esta transformação não elimina as pressões sociais, mas permite uma relação mais afirmativa consigo. A melhora da saúde mental não é apenas redução de sintomas, mas também ampliação da capacidade de integrar a própria história, aceitar a sexualidade e atribuir dignidade à atividade desempenhada.

A discussão de gênero é indispensável para interpretar os resultados. P1 identifica uma disparidade entre o julgamento dirigido a mulheres e homens quando se trata de sexualidade. Esta percepção remete à persistência de uma dupla moral: espera-se que mulheres sejam puras, discretas e contidas, enquanto a liberdade sexual masculina tende a ser naturalizada. Assim, P1 é julgada não apenas por produzir conteúdo erótico, mas por fazê-lo enquanto mulher. Esta dimensão ajuda a explicar por que o estigma assume força tão intensa em sua experiência. A sua criação de conteúdo desafia normas tradicionais de feminilidade, pois transforma o corpo em espaço de decisão e não em objeto de controle social ou desejo alheio. A nacionalidade de P1 também pode ser considerada com prudência. Embora a entrevista não aprofunde diretamente este tema, o fato de ser brasileira vivendo em Portugal não é irrelevante em termos socioculturais. A literatura sobre o imaginário português frequentemente associa brasileiras à disponibilidade sexual. Não se trata de projetar automaticamente estes estereótipos sobre a experiência de P1, mas de reconhecer que podem intensificar formas específicas de objetificação e estigmatização. A análise interseccional permite compreender que gênero, classe, migração e sexualização podem atuar de modo articulado, produzindo vulnerabilidades que não seriam captadas por uma leitura isolada de cada categoria. A "Metáfora do Nó" ajuda a interpretar esta sobreposição de sistemas de opressão sem reduzir a participante a qualquer um deles.

Outro achado de grande relevância diz respeito à experiência de P1 com atendimento psicológico. A percepção de que uma profissional teria interpretado o trabalho sexual como origem de todas as suas dificuldades ilustra um problema ético e clínico significativo. Quando a psicologia parte de pressupostos moralizantes, corre o risco de reproduzir o estigma que deveria ajudar a desconstruir. A escuta deixa de orientar-se pela experiência da pessoa e passa a enquadrá-la previamente em uma narrativa de desvio. Este tipo de intervenção pode aumentar o isolamento, reduzir a confiança em serviços de saúde e reforçar a sensação de incompreensão. Portanto, aponta-se para a urgência de formação profissional sensível ao trabalho sexual digital, à violência online e à interseccionalidade. As implicações clínicas dos achados são amplas. Profissionais de saúde mental devem ser capazes de acolher o sofrimento sem apagar a agência, reconhecer os riscos sem presumir patologia e discutir estratégias de proteção sem reforçar culpa ou vergonha. A intervenção deve considerar medo de exposição, conflitos familiares, controle em relações afetivas, ansiedade associada à circulação da imagem, limites interpessoais, redes de apoio e recursos já mobilizados pela própria criadora. Também é necessário compreender que a identidade profissional pode incluir orgulho, prazer, estética e

sentido. Uma escuta qualificada não deve buscar convencer a abandonar a atividade, nem celebrá-la de forma acrítica, mas ajudar a compreender as experiências, fortalecer recursos, avaliar riscos e sustentar escolhas informadas. Do ponto de vista teórico, o estudo reforça que o trabalho sexual plataformizado deve ser analisado como fenômeno psicossocial complexo. A tecnologia não é ferramenta neutra, pois organiza relações de trabalho, regimes de visibilidade e possibilidades de violência. As plataformas podem ampliar margens de escolha, mas também introduzem dependências, instabilidades e novas formas de controle.

Apesar de tratar-se de caso único, os resultados oferecem contribuição relevante ao evidenciar a experiência de uma população frequentemente invisibilizada e moralizada. A não generalização não diminui a potência analítica, pois permite aprofundar nuances que investigações amplas poderiam não captar. A trajetória de P1 mostra que podem vivenciar complexidades específicas, sendo precisamente o que torna o fenômeno emergente relevante para a Psicologia Clínica e da Saúde. Mais do que produzir conclusões universalizantes, contribui para abrir perguntas, qualificar a escuta e orientar futuras investigações com amostras diversas, incluindo diferentes identidades de gênero, nacionalidades, plataformas, níveis socioeconômicos e formas de produção de conteúdo. Outra limitação a superar é adotar desenhos longitudinais e triangulação metodológica com políticas das plataformas e entrevistas com profissionais de saúde. Assim, a Psicologia é convocada a desenvolver intervenções sensíveis e orientadas pela dignidade, capazes de reconhecê-los como sujeitos dotados de agência e capacidade de resistência. Portanto, defende-se a importância de práticas clínicas, comunitárias e institucionais baseadas em escuta ativa e reconhecimento da individualidade.

5. Referências Bibliográficas

Areias, M. V. (2024). *Corpo-mercadoria? A imagem corporal em trabalhadoras do sexo* [Dissertação mestrado, Universidade do Porto]. https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/163095/2/696893.pdf

Benoit, C., & Mellor, A. (2025). Understanding resilience among people in sex work. *Sexes*, *6*(3), 46. https://doi.org/10.3390/sexes6030046

Csalog, R. A. (2021). *Mulheres (in)visíveis: Prostituição, trabalho e migrações nas ruas de Lisboa*. e-cadernos CES, (35), 163–181. https://doi.org/10.4000/eces.6394

Cordeiro, A. L. F. (2022). *Trabalho sexual, estigma e saúde: Discursos e percursos de profissionais portugueses/as* [Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa]. https://bdigital.ufp.pt/bitstreams/fcf1e0e6-d244-4dc2-a3ac-bdc852a65f19/download

Gonçalves, M. S. F. (2022). *Representações de um corpo - mulheres em situação de trabalho sexual* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto]. https://hdl.handle.net/10216/144918

Jones, A. (2015). Sex work in a digital era. *Sociology Compass*, *9*(7), 558–570. https://doi.org/10.1111/soc4.12282

Lins, A. L. V. (2024). *Trabalho sexual em plataformas digitais: Uma análise a partir da experiência das trabalhadoras* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal da Paraíba]. https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/37166

Machado, B. B. (2021). *O trabalho sexual online com recurso a plataformas de distribuição de conteúdo: Um estudo exploratório* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto]. https://hdl.handle.net/10216/137659

Mazer, L. (2025). *O trabalho sexual na era da plataformização: Um estudo de caso do OnlyFans* [Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal do Rio de Janeiro]. https://pantheon.ufrj.br/handle/11422/27753

Nunes, J. A. (1993). *Erving Goffman, A Análise de Quadros e a Sociologia da Vida Quotidiana*.

Oliveira, A. (2017). Prostituição em Portugal: Uma atividade marginalizada num país que tolera mais do que persegue. *Bagoas*, *17*, 201–224.

Pinto, F. B. P., & Marques, J. (2023). O estereótipo da mulher brasileira no imaginário português: Estudo de caso na cidade de Coimbra. *Temas Sociais*, *5*, 46–64.

Silva, M. B. (2024). A plataformização chegou no trabalho do sexo: Apontamentos sobre a formalização da precarização a partir da plataforma "OnlyFans". *Conversas & Controvérsias*, *11*(1), 1–13. https://doi.org/10.15448/2178-5694.2024.1.45932

Winter, M. L., & Olivia, S. G. (2024). Life intricacies of sex workers: An integrative review on the psychiatric challenges faced by sex workers. *Psychiatry International*, *5*, 395–411. https://doi.org/10.3390/psychiatryint5030027

Perceção da Vítima Masculina: Estereótipos, Gravidade e Ajuda em Estudantes Universitários

Miriam Bicho[1], Fátima Bernardo[2]

[1] Universidade de Évora, Portugal
[2] Universidade de Évora, Portugal

Autor Correspondente: Miriam Bicho **E-mail:** miriambicho23@hotmail.com

Resumo: A violência psicológica é comum nas relações íntimas dos estudantes universitários. Estudos recentes revelam que, cada vez mais, homens são vítimas, carecendo de devido apoio, o que afeta negativamente a sua saúde mental. Atendendo esta mudança social, surge uma necessidade de explorar este fenómeno. Pretendeu-se uma investigação quantitativa, correlacional, que usa dois vídeos como forma de manipular as variáveis da perceção da gravidade, atribuição de culpa à vítima/agressor e intenção de ajuda, com o objetivo de compreender como uma vítima reativa ou passiva, masculina impacta a perceção do espetador e a sua intenção em ajudar. Após a exposição ao vídeo, foram aplicadas as questões de Chamberland e Leporte aplicadas ao contexto português por Tojo (2017) e a Escala de Violência Psicológica Perpetrada pelas Raparigas, adaptada por Saveedra (2010). A amostra foi constituída por estudantes universitários voluntários. Os resultados revelam ausência de diferenças significativas entre as condições na maioria das variáveis contrariando as hipóteses iniciais, contudo, a vítima passiva gerou maior atribuição de culpa ao agressor, e a responsabilidade percebida constitui o preditor mais robusto da intenção de ajuda em todas as formas analisadas. Por outro lado, a atribuição de culpa à vítima associa-se a menor disponibilidade para intervir, e experiências prévias de vitimação podem reduzir a propensão para ajudar em certos contextos.

Palavras-chave: violência psicológica; violência no namoro; violência contra o homem; perceção da vítima; estudantes universitários.

1. Introdução

A violência entre parceiros íntimos é uma área de investigação bastante vasta. Existe uma elevada prevalência de comportamentos violentos no seio das relações íntimas e a sua prevalência tem aumentado, especialmente, em populações mais jovens (Neves et al., 2022) nomeadamente, nas relações íntimas de estudantes universitários (Santos & Rezende, 2021; Bobato et al., 2021). A violência psicológica configura-se como a forma de violência mais exercida nas relações íntimas (Neves et al., 2022; Bobato et al., 2021).

Ao debruçarmo-nos na prevalência de comportamentos violentos nas relações íntimas, investigações mais datadas reforçam que os principais agressores seriam do género masculino, enquanto as principais vítimas seriam do género feminino (Archer, 2000). A violência

praticada por mulheres e raparigas, exercida em homens e rapazes seria, do ponto de vista social e judicial, desvalorizadas, apoiadas na crença de que não conferiam uma verdadeira ou severa ameaça à integridade física e psicológica do homem (Armond et al., 2020). Investigações mais recentes têm apontado para a progressiva incidência de casos de vitimação masculina e como esses casos são encarados, ainda, como pouco relevantes ou significativos (Armond et al., 2020; Tosta & Cassepp-Borges, 2021). Alertando-se para esta crescente problemática, e verificando-se que ainda existe pouca investigação neste âmbito, compreende-se de que existe uma necessidade de aprofundar este fenómeno.

A perceção da gravidade configura-se como uma variável pertinente para a compreensão deste fenómeno uma vez que influencia a responsabilidade percebida do espetador e, consequentemente, a intenção de ajudar a vítima (Delgado-Alvarez & Sánchez-Prada, 2021). A perceção da gravidade face à violência exercida nas relações íntimas pode variar dependendo de vários aspetos como, por exemplo, o sexo do agressor e o sexo da vítima, julgando-se a violência exercida por rapazes e homens mais grave do que a violência exercida por raparigas e mulheres (Lippert et al., 2024, Herrero et al., 2017). O motivo que melhor parece explicar este facto, são os estereótipos de género, pois parece existir consenso de que o género masculino é mais agressivo e violento, comparativamente ao género feminino (Souza et al., 2022; Armond et al., 2020).

A perceção de gravidade também influencia a atribuição de culpa que, por sua vez, também é importante na responsabilidade percebida e na intenção de ajuda, pois se o espetador percecionar a vítima como culpada da situação de vitimação, a perceção de gravidade e responsabilidade percebidas serão menores e, assim, também será a intenção de ajuda (Kirby et al., 2022). Por outro lado, se o espetador percecionar o agressor como culpado da situação, a perceção da gravidade e responsabilidade percebidas serão maiores, por conseguinte, a intenção de ajuda também será superior (Nardi-Rodríguez et al., 2024).

Outro fator importante na perceção da gravidade, é a visão construída da vítima, quer isto dizer, as vítimas podem ser reativas – assumindo um papel mais ativo nas agressões - ou passivas – assumindo um papel mais passivo e inativo nas agressões, normalmente, apenas aceitam os abusos - e parece que as vítimas reativas são percecionadas como "menos" vítimas (Torre Laso & Rodríguez-Díaz, 2022), por este motivo, a perceção da gravidade aumenta quando a vítima assume um papel mais passivo e diminui quando a vítima apresenta um papel

mais reativo, considerando-se a vítima reativa como mais capaz de lidar com a situação e de se autonomizar da mesma (Delgado-Alvarez & Sánchez-Prada, 2021).

As investigações em torno da vitimação masculina permanecem escassas, especialmente as investigações que comparam diferenças na perceção da gravidade, responsabilidade percebida e disponibilidade para ajudar, perante estas duas condições: vítima reativa e vítima passiva. Considerando estas circunstâncias, o presente trabalho visa contribuir para o conjunto de investigações que alertam para o aumento de casos de vitimação masculina e para as investigações relativas à violência no namoro de forma global, direcionando-se para uma forma de violência pouco explorada: a violência psicológica e objetiva compreender a perceção do espetador quanto a uma vítima do sexo masculino, passiva e reativa, compreendendo como estas duas condições influenciam a perceção da gravidade, responsabilidade percebida, atribuição de culpa e disponibilidade para ajudar. Considerou-se, também, se experiências anteriores de vitimação do espetador, poderiam contribuir para a intenção de ajuda (Nardi-Rodríguez et al., 2024).

2. Método

Desenvolveu-se uma investigação quantitativa, transversal, que utiliza a exposição a dois vídeos como método de manipulação das variáveis. Os vídeos retratam uma cena com várias formas de violência psicológica e diferem, apenas, na resposta da vítima: num dos vídeos a vítima, do sexo masculino, reage às formas de violência psicológica (condição reativa) e, no outro vídeo, a vítima não reage (condição passiva).

O recurso a cenários hipotéticos é uma estratégia para recolher dados, visando despertar no participante algum tipo de emoção e/ou reação (Möller & Husemann, 2006). Embora os cenários lidos possam provocar uma reação no participante, é uma experiência diferente estar de forma presencial, ou se o espetador ouvisse e/ou visualizasse a situação, conforme se pretendeu com os vídeos, esperando-se uma maior perceção da gravidade (Möller & Husemann, 2006).

O seguinte estudo visa compreender a perceção do espetador quanto a uma vítima do sexo masculino, passiva e reativa, compreendendo como estas duas condições influenciam a perceção da gravidade, perceção da responsabilidade, atribuição de culpa à vítima e agressor, e disponibilidade para ajudar. Pretendeu-se, também, compreender se as experiências passadas

de vitimação do espetador ou se fatores contextuais da vida do agressor, afetam a perceção do espetador. Assim, estabeleceram-se como hipóteses:

Hipótese 1: Espera-se que existam diferenças significativas na perceção da gravidade entre as condições reativa e passiva, sendo a condição reativa percecionada como menos grave, comparativamente à passiva.

Hipótese 2: Espera-se que existam diferenças significativas entre as condições reativa e passiva, na responsabilidade percebida, espera-se uma maior responsabilidade percebida na condição passiva, comparativamente à vítima da condição reativa.

Hipótese 3: Espera-se que existam diferenças significativas entre as condições reativa e passiva, na atribuição da culpa à vítima, espera-se uma maior atribuição de culpa na condição reativa em comparação à condição passiva.

Hipótese 4: Espera-se que existam diferenças significativas entre as condições reativa e passiva, na atribuição da culpa ao agressor, espera-se uma menor atribuição de culpa na condição reativa em comparação à condição passiva.

Hipótese 5: Espera-se que existam diferenças significativas entre as condições reativa e passiva, na disponibilidade para ajudar, esperando-se uma maior disponibilidade para ajudar a vítima da condição passiva, comparativamente à vítima da condição reativa.

Hipótese 6: Espera-se que existam diferenças nas atitudes do espetador face à resposta da vítima reativa e vítima passiva.

Hipótese 7: Espera-se que a perceção de gravidade, a responsabilidade percebida, atribuição de culpa à vítima ou ao agressor, as situações de vida do agressor, o sexo do respondente, a experiência anterior com situações de violência (como vítima ou espetador, incluindo o facto de o espetador ter, ou não, observado uma situação de violência) contribuam para a disponibilidade para ajudar.

Os participantes tiveram acesso ao Consentimento Informado, dando a sua autorização ao início da experiência. Primeiramente, assistiram ao vídeo, sendo instruídos de que dúvidas relativas ao mesmo deveriam ser reservadas para o final, e que durante o processo de visualização do vídeo e resposta ao questionário, deveriam manter o silêncio. Cada participante visualizou um dos vídeos onde constava uma situação de violência entre um casal, com formas

de violência psicológica (insultos, humilhações, controlo da ação/comportamento do paceiro e ciúmes desmedidos). Após a visualização do vídeo, os participantes responderam ao conjunto de questões adaptadas dos trabalhos Turgeon & Chamberland (1994, como citado em Chamberland & Laporte, 2010) e Gracia e Colaboradores (2008) e aplicadas no contexto português por Tojo (2017), à Escala de Violência Psicológica Perpetrada pelas Raparigas (adaptada por Saveedra, 2010) e, por fim, ao Questionário Sociodemográfico.

Após o Questionário Sociodemográfico, foram colocadas duas questões de resposta dicotómica ("Sim" ou Não") aos participantes: "Já alguma vez observou alguma situação de violência no namoro?" e "Já alguma vez passou por alguma situação de violência no namoro como vítima e/ou agressor/a?", averiguando a experiência de violência no namoro, dos participantes.

Antes dos participantes enviarem as suas respostas, constava no documento de resposta uma nota explicativa acerca do vídeo, explicitando que o mesmo foi encenado e criado para atingir os objetivos da investigação vigente com a colaboração de dois estudantes da Licenciatura em Teatro. Ademais, foram incluídos contatos de várias Linhas de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (uma vez que casos de violência no namoro são integrados, de acordo com a legislação portuguesa, no crime de violência doméstica), ressaltando a necessidade e a pertinência dos participantes pedirem ajuda no caso de se encontrarem em relações abusivas ou de conhecerem alguém que se encontre em designada situação. Todo o procedimento descrito foi aceite pela Comissão de Ética da Universidade de Évora. Obteve-se um total de 250 participantes, 125 para cada grupo (grupo da condição passiva e grupo da condição reativa) de estudantes universitários, voluntários.

No que se refere à análise dos dados, efetuou-se a exportação das respostas dos participantes da plataforma Google Forms, transferindo e convertendo as mesmas para um ficheiro Excel. Após a sua codificação, o ficheiro foi introduzido no IBM SPSS Statistics™ 24 onde se procedeu ao cálculo do teste t para amostras independentes, para verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre as reativa e passiva, considerando-se um nível de significância de $\alpha = .05$. Efetuaram-se Regressões Lineares Múltiplas, recorrendo ao modelo stepwise, para analisar a hipótese sete.

3. Resultados

Para testar as diferenças entre as duas condições experimentais e as variáveis dependentes, foi realizado um teste de diferença de médias de t-Student, cujos resultados são apresentados na tabela 2 (cf. anexo I).

O teste *t* não permitiu constatar diferenças significativas para as hipóteses 1, 2 e 3, não se verificam diferenças significativas entre as duas condições para as variáveis perceção da gravidade da situação, perceção de responsabilidade e atribuição causal à vítima. Em contrapartida, verificam-se diferenças significativas para as duas condições na atribuição de culpa pela situação ao agressor (hipótese 4). A condição passiva atribuiu significativamente mais culpa da situação ao agressor do que a condição reativa.

No que concerne a hipótese 5 e 6, o teste t não apresentou diferenças significativas entre a condição passiva e a condição reativa.

No que concerne à hipótese sete, foram conduzidas uma série de Regressões Lineares Múltiplas, com o modelo stepwise, para prever as variáveis que contribuíam para os diferentes tipos de disponibilidade para ajudar (variável dependente) para as duas situações estudadas, condição ativa e condição passiva. Foram consideradas as seguintes variáveis: a partir da perceção de gravidade, perceção de responsabilidade, atribuição causal da culpa à vítima e à agressora, sexo do participante e experiência anterior como vítima ou agressor (variáveis independentes).

No que concerne a Disponibilidade para Ajudar com Intervenção Direta, a tabela 3 apresenta os resultados das análises de regressão linear múltipla para as duas condições distintas: reativa e passiva.

Os resultados da tabela 3 revelam que o principal preditor da intervenção direta é a responsabilidade percebida ($R^2 = 0,561$), ($\beta = 0,749$), no Modelo 1, tanto na condição reativa como na condição passiva. Na condição reativa (no Modelo 2), a atribuição da culpa à vítima ($\beta = -0,118$), apresenta poder explicativo adicional ($R^2 = 0,574$), quando combinada com a responsabilidade percebida, assim, parece que quanto maior a atribuição de culpa à vítima, menor é a disponibilidade para intervir diretamente. Em ambas as condições, a responsabilidade percebida é elevada e tem um efeito forte e consistente sobre a disponibilidade para ajudar (cf. anexo I).

Os resultados da tabela 4 revelam que o principal preditor de falar diretamente com a vítima é, também, a responsabilidade percebida (R^2= 0,101). Na condição reativa e passiva, a responsabilidade percebida apresenta um efeito positivo sobre a disponibilidade para ajudar, portanto, quanto maior a responsabilidade percebida, maior a probabilidade de falar diretamente com a vítima. Este efeito é mais acentuado na condição passiva (β = ,514). No modelo 2, a responsabilidade percebida mantém-se como um preditor positivo e significativo (β = ,358), enquanto a culpa atribuída à vítima surge como um preditor negativo (β = -,337), quer isto dizer que quanto mais a vítima é percebida como culpada, menor é a disponibilidade do espetador para ajudar. O efeito negativo da culpa é mais acentuado na condição reativa, do que na condição passiva (cf. anexo I).

A tabela 5 mostra os resultados da disponibilidade para ajudar através da denúncia identificada, e verifica-se que a responsabilidade percebida permanece forte em ambas as condições reativa e passiva, contudo, o efeito é mais pronunciado na condição passiva (B = ,488; β = ,519). Com a inclusão da variável atribuição de culpa da vítima no Modelo 2, observa-se um aumento considerável do poder explicativo (R^2 = ,400; R^2 ajustado = ,390), este resultado indica que, neste tipo de ajuda, uma maior perceção de culpa atribuída à vítima está associada a uma ligeira tendência de aumento da disponibilidade para agir (cf. anexo I).

Os resultados da tabela 6 revelam que a responsabilidade apresenta um efeito positivo (B = 0,558; β = 0,463) na disponibilidade para ajudar, assim, quanto maior a perceção de responsabilidade, maior a predisposição para intervir anonimamente numa situação de violência. No Modelo 1, na condição passiva e reativa, apenas a responsabilidade percebida foi incluída como variável preditora, revelando novamente um efeito positivo e forte (B = 0,692; β = 0,599). No Modelo 2, foi acrescentada a variável gravidade da situação, observando-se um aumento no poder explicativo do modelo (R^2 = 0,404; R^2 ajustado = 0,427). A responsabilidade percebida manteve-se como o preditor mais relevante (B = 0,612; β = 0,530), enquanto a gravidade apresentou um contributo positivo (B = 0,368; β = 0,223). Estes resultados indicam que, mesmo que a perceção da gravidade influencie a disponibilidade para ajudar, a responsabilidade permanece o principal preditor da intenção de denunciar anonimamente. No Modelo 3, foi introduzida a variável já passou por situação de violência no namoro, que mostrou um efeito negativo sobre a disponibilidade para ajudar (B = - 1,044; β = - 0,156), sugerindo que quem vivenciou situações de violência tende a sentir-se menos propenso a

intervir anonimamente. Em resumo, tanto na condição reativa como na passiva, a responsabilidade percebida surge como o principal fator explicativo da disponibilidade para ajudar. No entanto, enquanto na condição reativa o efeito é mais direto e isolado, na condição passiva o comportamento de ajuda mostra-se influenciado pela gravidade da situação pela experiência pessoal de violência (cf. anexo I).

Por fim, no que concerne os resultados da tabela 7, a variável responsabilidade percebida permanece o principal preditor da intenção de ajuda (B = 0,445; β = 0,372; R^2 = 0,139), neste caso, através de falar diretamente com a agressora. No Modelo 2, verifica-se que a variável sexo apresenta um efeito negativo na variável da disponibilidade para ajudar (B = -1,94; β = -0,265), o que parece indicar que os participantes da condição reativa, do sexo masculino, apresentam menor disponibilidade para ajudar. Por fim, no Modelo 3, a responsabilidade percebida permanece positiva e o sexo negativo, o modelo melhora ligeiramente com a inclusão da gravidade (β = 0,177), o que parece indicar que quanto maior a gravidade, maior a disposição para ajudar (cf. anexo I).

Em conclusão, a responsabilidade percebida é o preditor mais consistente em todas as formas de ajuda, quanto mais as pessoas se sentem responsáveis, mais estão dispostas a intervir, tanto na condição reativa como passiva.

4. Discussão

Este estudo visa compreender como uma vítima masculina, reativa e passiva, influencia a perceção de gravidade, a responsabilidade percebida, a atribuição de culpa à vítima e/ou agressor e a disponibilidade para ajudar do espetador. Pretendeu-se compreender, adicionalmente, se as experiências passadas de vitimação do espetador, influencia as suas respostas.

Proceder-se-á à discussão dos resultados obtidos considerando-se cada hipótese. No que concerne a primeira hipótese, em que se esperavam diferenças significativas na perceção da gravidade entre as condições reativa e passiva, esperando-se que a condição reativa fosse percecionada como menos grave, o teste t para amostras independentes não detetou diferenças entre as duas condições. Parece que a resposta reativa não influenciou a perceção de gravidade dos espetadores, pois esperava-se, de acordo com a literatura, que a perceção de gravidade fosse menor, aliada à crença de que a vítima reativa apresenta controlo sob a situação onde se encontra, contrariamente a uma vítima passiva (Delgado-Alvarez & Sánchez-Prada, 2021;

Torre Laso & Rodríguez-Díaz, 2022). Sugere-se que os espetadores sentiram tanta empatia pela vítima da condição reativa como da condição passiva, o que vai contra a literatura encontrada, pois esperava-se que a empatia fosse menor para com a vítima reativa (Pilati et al., 2008).

Crê-se que os resultados da H1 se possam dever a três aspetos: primeiramente, talvez o recurso ao vídeo tenha facilitado que a situação fosse considerada grave, pois criou-se a ideia de que se tratava de uma situação real, a que alguém assistiu e gravou, e que poderia, neste sentido, ter acontecido até mesmo com o próprio espetador (Barter & Renold, 2000; Cheah et al., 2022; Möller & Husemann, 2006).

Em segundo lugar, tanto na condição reativa como na condição passiva, cerca de 58.2% dos participantes admitiu já ter assistido a uma situação de violência no namoro. Este aspeto, considerando também que alguns participantes também já sofreram violência no namoro (31.2% dos participantes na condição reativa e 25.6% na condição passiva) pode ter contribuído para que a situação fosse percecionada como grave, o que é coerente com literatura encontrada, portanto, o facto de o participante ter passado por situações de vitimação como vítima ou como observador, parece contribuir para uma menor tolerância a situações de violência e, por conseguinte, a uma maior perceção de gravidade (Kujiperes, 2017).

Por último, ainda que este aspeto também possa ser considerado uma limitação, é facto que grande maioria dos participantes pertence à área das Ciências Sociais, existindo a crença de que estes estudantes tendem a ser mais empáticos e menos benevolentes a situações de violência, pelo que se crê que este aspeto possam ter influenciado as respostas dos estudantes e, consequentemente, os resultados desta hipótese (Ferreira, 2018).

Relativamente à hipótese dois, esperavam-se diferenças significativas entre as condições reativa e passiva, na responsabilidade percebida em intervir, se o espetador estivesse na sala, se a vítima fosse familiar do espetador ou se fosse uma pessoa conhecida, mais precisamente, esperava-se uma maior responsabilidade percebida na condição passiva, mas não se verificaram diferenças entre as duas condições.

Sugere-se que não tenham existido diferenças entre as duas condições porque a situação foi percecionada como grave, conforme constatado através dos resultados da H1, assim, não existindo diferenças na perceção de gravidade entre as duas condições, seria expectável que

não existissem diferenças na responsabilidade percebida, uma vez que a perceção afeta a responsabilidade (Delgado-Alvarez & Sánchez-Prada, 2021).

Quanto à hipótese três, esperava-se que existissem diferenças significativas entre as condições reativa e passiva, na atribuição da culpa à vítima, esperando-se valores elevados de culpa atribuída à vítima na situação reativa, no entanto, não se verificaram diferenças entre as duas condições. Seria de esperar que a vítima, tratando-se de um homem e reativa, seria considerada como mais culpada não só porque a vítima respondia (Delgado-Alvarez & Sánchez-Prada, 2021) mas também devido aos estereótipos de género do homem enquanto uma figura mais forte ou agressiva, comparativamente a uma mulher (Archer, 2000). Por outro lado, podemos também hipotetizar que não existiram diferenças nas duas condições porque, precisamente, esperava-se que uma vítima masculina respondesse.

Não se verificando esta atribuição, crê-se que os participantes desta investigação tenham interpretado a resposta da vítima reativa como uma forma de proteção, talvez, a resposta da vítima reativa não foi agressiva o suficiente para provocar no espetador dúvida em se a vítima reativa seria também culpada pela sua própria situação (Pinciotti & Orcutt, 2019).

No que concerne a hipótese quatro, constatou-se que existem diferenças significativas na atribuição da culpa do agressor, na condição passiva, os participantes atribuíram mais culpa da situação ao agressor, na condição passiva. Este aspeto vai de encontro com a revisão de literatura efetuada, nas situações onde a vítima não reage (vítima passiva) a atribuição de culpa é efetivamente direcionada ao agressor (Torre Laso & Rodríguez-Díaz, 2022), pois a vítima, ao não reagir, é percecionada como incapaz de se defender, de se autonomizar, contrariando a situação onde se encontra, assim, a culpa é direcionada ao agressor. Não obstante, este resultado é importante, pois o homem é tipicamente desvalorizado enquanto vítima e, no polo oposto, é também relevante que a culpa tenha sido atribuída ao agressor feminino pois as infrações cometidas pelas mulheres são desvalorizadas, apoiadas na ideia de que não conferem uma séria ameaça à integridade física e psicológica do homem (Armond, 2020).

Crê-se que os esperadores tenham empatizado mais com a vítima passiva, por um lado, porque esta não manifesta os estereótipos típicos do homem, enquanto indivíduo austero, forte … O que poderá ter despertado, nos espetadores, sentimentos de empatia. Por outro lado, ainda que as práticas de violência no namoro exercidas por mulheres, sejam desvalorizadas (Archer, 2000), talvez os espetadores, ao depararem-se com a situação, consideraram que, mesmo se

tratando a agressora de uma mulher, os seus atos eram severos. Ademais, algumas investigações suportam que as mulheres empatizam mais facilmente com as vítimas em situações de violência no namoro (Grigorova, 2020) e, uma vez que a amostra foi essencialmente constituída por mulheres, talvez o sexo do espetador tenha impacto os resultados desta investigação e, mais precisamente, desta hipótese.

Quanto à hipótese cinco, esperavam-se diferenças significativas entre as condições reativa e passiva, na disponibilidade para ajudar, considerando vários tipos de ajuda. Esperava-se que os tipos de ajuda fossem superiores na condição passiva, isto é, esperava-se uma maior disponibilidade para ajudar a vítima da condição passiva. Os resultados do teste t para amostras independentes, não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre as duas condições. Estes resultados parecem indicar que a situação foi interpretada, por ambas as condições, como merecedora de intervenção por parte de um espetador, independentemente de a vítima ser do sexo masculino e da resposta reativa ou passiva.

O facto de os participantes se sentirem mais predispostos em ajudar a vítima passiva, é coerente com literatura na área (Pilati et al., 2008), porém, não se esperava esta disponibilidade em ajudar na condição reativa, pois existe a crença de que a vítima reativa apresenta maior controlo sob a situação, e é capaz de se defender e autonomizar mais facilmente (Weiner, 1980).

Crê-se que estes resultados se alinhem com a perceção da gravidade, quer dizer que, independentemente de a vítima ser masculina, a situação foi percecionada como grave o suficiente em ambas as condições para merecer ser alvo de intervenção por parte dos espetadores. De facto, literatura científica suporta que quanto maior a perceção de gravidade e responsabilidade percebida, maior a disponibilidade em ajudar (Latané & Darley, 1968).

Também se crê que os participantes consideraram mais pertinente falar com a vítima e/ou agressor acreditando ser esta a melhor opção para ajudar sem, em simultâneo, gerar prejuízos para o próprio como poderiam existir se, por exemplo, interviessem durante a situação (Latané & Darley, 1968). Para melhor justificar este resultado, podemo-nos debruçar no Modelo do Cálculo do Observador, à análise de custo-benefício, onde o espetador analisa quais as consequências individuais de vários cursos de ação (Latané & Darley, 1968). Normalmente, apenas uma pequena percentagem de espetadores intervém diretamente na situação, a grande maioria age de forma indireta, esperando, por exemplo, que o conflito termine para abordar

uma das partes (vítima ou agressor) envolvidas, no sentido de aconselhar e ajudar (Lippert et al., 2024).

Por último, é de destacar que a amostra é unicamente constituída por estudantes universitários, e existe literatura que enfatiza que esta população apresenta, normalmente, índices de disponibilidade em ajudar mais elevados comparativamente a outras populações, nomeadamente, em situações de violência no namoro (Palmer et al., 2016).

Quanto à hipótese seis, esperavam-se diferenças nas atitudes nos espetadores da condição reativa e passiva, face à resposta da vítima, o teste t para amostras independentes não mostrou diferenças entre as duas condições.

Várias investigações se debruçaram nas diferenças de género entre homens e mulheres, no que concerne situações de vitimação verificando, na sua maioria, diferenças. Normalmente, as mulheres sentem-se mais predispostas em agir e revelam mais empatia para com as vítimas, independentemente do género (Franklin et al., 2020; Savage et al., 2017). Outras investigações revelam que as mulheres revelam mais empatia com outras mulheres e menos com os homens, demonstrado empatia para com estes apenas em situações de violência física muito grave (Capezza et al., 2017; Kujiperes, 2017).

Quanto aos homens, algumas investigações revelam que estes se sentem mais predispostos em ajudar vítimas femininas do que masculinas. Em termos da gravidade da situação, os homens tendem a interpretar situações de violência contras as mulheres mais graves do que contra os homens (Bosma et al., 2018), porém, curiosamente, algumas investigações também apontam que os homens culpam mais facilmente as vítimas femininas, especialmente, em cenários de violência sexual (Alleyne et al., 2014 cit. por Torre Laso & Rodríguez-Díaz, 2022). Nesta investigação, compreendemos que os participantes de ambas as condições interpretaram a situação de vitimação como grave, atribuindo a culpa da situação ao próprio agressor.

Sugere-se que os participantes desta investigação não apresentem, na sua maioria, crenças estereotipadas dos papéis de género que pudessem conduzir à normalização da violência, conforme alguns estudados enfatizam (e.g., Afonso & Teixeira, 2015). Por conseguinte, isto justificaria, em parte, os resultados anteriores, quer isto dizer, o facto de a situação ter sido interpretada como grave a culpa ser atribuída ao agressor. Crê-se que isto possa dever-se a dois motivos: pode dever-se à área de formação dos espetadores, cuja grande maioria é da área de Psicologia, existindo o estereótipo de que os estudantes das áreas das Ciências Sociais se

revelam menos benevolentes a situações de violência (Ferreira, 2018), e ao facto de os participantes da investigação terem passado por situações de vitimação, hipotetizando-se que, à semelhança do encontrado na literatura, este aspeto origina que os espetadoras se sintam mais predispostos em agir e a não legitimar a situação de violência (Nardi-Rodríguez et al., 2024).

No que concerne a hipótese sete, espera-se que a perceção de gravidade, a responsabilidade percebida, a atribuição de culpa à vítima ou agressor, o sexo do respondente e a experiência anterior em situações de violência (como vítima ou espetador), contribuam para a disponibilidade para ajudar, as regressões lineares múltiplas efetuadas para todos os tipos de ajuda (intervenção direta; falar diretamente com a vítima; denúncia identificada; denúncia anónima; e falar diretamente com o agressor) revelaram a influência comum da responsabilidade percebida, quer isto dizer, parece que os espetadores se sentem mais dispostos em ajudar quando percebem que são ou que teriam responsabilidade na situação, porém, outras variáveis também apresentaram um efeito significativo, consoante o tipo de ajuda.

Na intervenção direta e na condição de falar diretamente com a vítima, além da responsabilidade percebida que apresentava um efeito positivo na disponibilidade em ajudar, a perceção de culpa da vítima apresentava, nestes dois cenários, um efeito negativo, o que nos parece indicar que quanto maior a perceção de culpa da vítima, menor a disponibilidade de ajuda. Este resultado é congruente com a literatura científica encontrada (Pilati et al., 2008; Wijaya et al., 2021; Weiner, 1980).

Na disponibilidade para ajudar através de denúncia identificada, a atribuição de culpa à vítima também surge, porém, apenas na condição passiva e com um efeito positivo na disponibilidade de ajuda, contrariamente aos resultados anteriores, assim, parece que quanto maior a perceção de culpa da vítima, maior a disponibilidade para ajudar. Face a este resultado, crê-se que o espetador se sentiria compelido em intervir, pois ainda que a vítima seja interpretada como culpada, o facto de se mostrar passiva poderá ter despertado nos espetadores empatia, e a ambiguidade circundante à própria situação de violência, poderá ter despertado dúvidas suficientes no espetador para que, ainda que a vítima seja considerada culpada, exista também a possibilidade de inocência, tornando-se a situação de violência injusta para esta. Com efeito, o espetador efetua a denúncia identificada, como forma de amenizar a sua própria angústia face à situação e trazer clareza à situação.

No que toca à disponibilidade para ajudar através de denúncia anónima, duas variáveis surgem como significativas, na condição passiva, a perceção da gravidade e a experiência prévia em vivências de situações de violência no namoro. Enquanto a gravidade apresenta um efeito positivo na disponibilidade em ajudar, isto é, quanto mais grave a situação, maior a disponibilidade em ajudar, através de denúncia anónima, as experiências prévias do espetador em situações de violência no namoro apresenta um efeito negativo, isto é, quanto maior a experiência do espetador em situações de violência no namoro, menor a disponibilidade.

A influência da gravidade na condição passiva é coerente com literatura encontrada nesta área, parece que quanto mais a situação for percecionada como grave, maior a disponibilidade em ajudar (Pilati et al., 2008). Ademais, o facto de a vítima se mostrar passiva, isto é, não reagir ao abuso do seu agressor, desperta no espetador mais empatia (Wijaya et al., 2021).

Quanto às experiências de vitimação do espetador, de acordo com a literatura na área, seria expectável que o fato do espetador ter passado por situações semelhantes à da vítima, despertaria sentimentos de empatia que motivariam o espetador a agir (Nardi-Rodríguez et al., 2024). Uma vez que este resultado não se verificou, crê-se que os espetadores poderão ter considerado que agir de forma anónima não iria conferir realmente uma grande ajuda, mas antes se interviessem diretamente (Beeble et al., 2008). Por outro lado, também existe literatura que sustenta de que sujeitos com crenças enraizadas acerca dos tradicionais papéis de género nas relações íntimas, se mostram mais benevolentes a situações de violência, o que não parece ser o caso destes espetadores devido a resultados anteriores. Porém, é de ressaltar que outro corpo de literatura sustenta que o facto de um sujeito ter passado por situações de vitimação parece permitir que este normalize a própria violência (e.g., Kirby et al., 2022), desvalorizando-a e, considerando que grande parte dos participantes sofreu violência no namoro, poderá esta ser a justificação para os resultados.

Por fim, no que concerne a disponibilidade para ajudar através de falar com a agressora, o sexo do respondente e a perceção da gravidade surgiram como variáveis significativas adicionais, na condição reativa. O sexo do respondente apresenta um efeito negativo na disponibilidade em ajudar, mais precisamente, o sexo masculino, isto é, os homens sentiram-se menos predispostos em ajudar, falando diretamente com a agressora. Sugere-se que, por um lado, os participantes masculinos consideraram que intervir na situação poderia ser pior (Gustafson, 1998), por outro lado, considera-se que, uma vez que nos estamos a referir à condição reativa, os espetadores masculinos podem ter considerado de que a vítima aparentava

estar em controlo da situação, pelo que falar com a agressora poderia não fazer sentido (Pilati et al., 2008).

Já a perceção da gravidade apresenta um efeito positivo, portanto, quanto maior a perceção de gravidade, maior a disponibilidade em ajudar, na condição reativa. Literatura nesta área sustenta que as situações de reatividade são percecionadas, efetivamente, como menos graves, e a disponibilidade em ajudar a vítima é inferior, devido à crença de que a mesma apresenta capacidades para se defender (Pilati et al., 2008), porém, crê-se que a disponibilidade em ajudar o espetador, falando diretamente com o agressor, vise garantir que o conflito não escale, evitando-se consequências para ambas as partes.

Em conclusão, a investigação vigente pretendeu contribuir para o conjunto de investigações na área da violência no namoro, mais especificamente, de formas de violência psicológica em casais heterossexuais de estudantes universitários, cuja vítima é do sexo masculino e cujo agressor é do sexo feminino.

É de ressaltar, porém, considerando-se a dimensão da amostra desta investigação (N=250) e existindo uma discrepância entre os participantes do sexo feminino e do sexo masculino, que os resultados desta investigação não podem ser generalizados à população, para tal, seria necessário aumentar a dimensão da amostra e homogeneizar os participantes em termos das suas características sociodemográficas, como o sexo. Não obstante, é um resultado que deverá ser considerando e posteriormente aprofundado em estudos futuros.

É pertinente desenvolver mais investigações que englobem todas as variáveis utilizadas nesta investigação e que permitam evidenciar o peso da responsabilidade percebida na disponibilidade em ajudar considerando vários géneros de ajuda. Não obstante, estes dados merecem atenção, pois a literatura científica na área postula que as situações de vitimação masculina não são tão valorizadas como as situações de vitimação feminina (Herrero et al., 2017; Lippert et al., 2024).

Sugere-se que a área de curso dos participantes possa ter influenciado os resultados, uma vez que a maioria dos participantes são do curso de Psicologia, constituindo cerca de 43.2% da amostra. Este aspeto pode ter influenciado os resultados pois existe a conceção de que os estudantes de Psicologia, ou de áreas das Ciências Sociais e 54 Humanistas (como os estudantes da área da Educação), no geral, se mostrem menos benevolentes à aceitação de situações de violência, independentemente da sua configuração (Ferreira, 2018). Uma outra limitação desta

investigação, é o tamanho da amostra e o desequilíbrio entre participantes do sexo feminino e do sexo masculino. Sugere-se que investigações futuras amplie a dimensão da amostra e procure expandir o número de participantes do sexo masculino, equilibrando ambos os grupos, para melhor compreender diferenças entre os sexos. Uma vez que esta investigação foi elaborada com o recurso a dois vídeos, crê-se que seria interessante reproduzir a investigação, mas recorrendo a uma encenação cujos participantes assistem diretamente à situação, para melhor avaliar a disponibilidade em ajudar, pois ainda que o uso do vídeo estimule a reação dos participantes, uma situação real e assistida em primeira pessoa estimularia ainda mais a perceção da gravidade, a responsabilidade percebida e, como consequência, disponibilidade em ajudar.

Sugere-se que, para também melhor compreender os resultados desta investigação, seria interessante desenvolver um estudo igual, mas utilizando a vítima feminina e o agressor masculino, para averiguar se existe uma interação entre a reação da vítima e o sexo da vítima. Seria também pertinente averiguar se a respostas dos participantes mudariam face à presença de um cenário de violência física, pelo que se sugere que estudos futuros incluam esta e outras formas de violência.

5. Agradecimentos

Um grande obrigada à Professora Doutora Maria de Fátima Bernardo por todo o seu acompanhamento e orientação, e pela possibilidade de juntas, criarmos conhecimento científico.

Um especial agradecimento à Universidade da Beira Interior e à Comissão Organizadora pelo acolhimento caloroso, pela qualidade científica dos trabalhos integrados, e pelo reconhecimento deste trabalho.

6. Referências Bibliográficas

Afonso, J., & Teixeira, F. (2015). Olhares sobre a violência no namoro: um projeto com adolescentes do ensino secundário. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, *10*(2), 504-523.

Archer (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: meta analytic review. *Psychological Bulletin, 26*(5). 651-680.

Armond, J., R., da Silva, C. V. F., Rodrigues, C. L., & de Oliveira, J. C. (2020). Uma visão geral de um país em desenvolvimento sobre homens vítimas de física e sexual. *Nursing Edição Brasileira, 23*(26), 4741-4750.

Barter, C., & Renold, E. (2000). *Once upon a time [...]": Stimulating management research through vignettes*. *Contextus –Revista Contemporânea de Economia e Gestão, 21.* https://doi.org/10.19094/contextus.2023.83246

Beeble, M. L., Post, L. A., Bybee, D., & Sullivan, C. M. (2008). Factors related to willingness to help survivors of intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, *23*(12), 1713-1729. https://doi.org/10.1177/0886260508314333

Bobato, S. T., Alves, B., de Novaes Benvinuti, J., & Becker, A. P. S. (2021). Violência nos relacionamentos amorosos de estudantes universitários. *Psicologia Argumento*, *39*(107), 1199-1219. http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.39.107.AO10

Bosma, A. K., Mulder, E., Pemberton, A., & Vingerhoets, A. J. (2018). Observerreactions to emotional victims of serious crimes: Stereotypes and expectancy + violations. *Psychology, Crime & Law*, *24*(9), 957-977.

Capezza, N. M., D'Intino, L. A., Flynn, M. A., & Arriaga, X. B. (2021). Perceptions of psychological abuse: The role of perpetrator'gender, victim's response, and sexism. *Journal of Interpersonal Violence*, *36*(3-4), 1414-1436.

Chamberland, C. & Laporte, L. (2010). Spontaneous and Reflexive Cognitions Related to Spousal Abuse: The Role of Experiences of Violence. *Journal of Applied Social Psychology, 40*(9), 2170-2200.

Cheah, C. W., Cheah, K. Y., & Koay, K. Y. (2022). Knowing the Unknown: Application of Qualitative-Vignette Method in the Social-Political Sensitive Business Environment. *International Journal of Qualitative Methods*, *21*. 1-12. https://doi.org/10.1177/16094069221074495

Delgado-Alvarez, C., & Sanchez-Prada, A. (2022). Stereotypes about battered women and victim's self-defense: Legal implications. *Journal of Interpersonal Violence*, *37*(21-22). https://doi.org/10.1177/08862605211055154

Ferreira, B. B. (2018). *Crenças sobre violência nas relações íntimas: Relação com sintomatologia depressiva na população universitária* (Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior). Universidade da Beira Interior.

Franklin, C. A., Brady, P. Q., & Ashworth, L. M. (2020). Bystander behaviors following an accusation of rape: The effect of relational distance and participant sex on victim-centered intervention. *Journal of School Violence*, *19*(3), 292-308. https://doi.org/10.1080/15388220.2019.1680558

Grigorova, M. (2021). *Gender Differences in Bystanders' Intention to Help Towards Female and Male Victims of Domestic Violence: A Web-Based Online Survey* (Tese de Doutoramento) Universidade de Essex, Reino Unido https://repository.essex.ac.uk/30120/

Gustafson, P. E. (1998). Gender Differences in risk perception: Theoretical and methodological perspectives. *Risk Analysis*, *18*(6), 805-811.

Herrero, J., Torres, A., & Rodríguez, F. J. (2017). Gender Differences in Perceptions of Intimate Partner Violence: A Cross-Cultural Study. *Violence and Victims, 32(5), 789–806.*

Kirby, C. M., Jarnecke, A. M., Leone, R. M., & Flanagan, J. C. (2022). A preliminary exploration of the influence of intimate partner violence victimization on perceptions of others' intimate partner violence experiences. *Partner Abuse, 13*(3), 2-19.

Kujiperes, K. F., Blokland, A. A., & Mercer, N. C. (2017). Gendered perceptions of intimate partner violence normality: An experimental study. *Journal of interpersonal violence*, *36*(3-4) https://journals.sagepub.com/home/jiv

Latané, B., & Darley, J. M. (1968). Group inhibition of bystander intervention in emergencies. *Journal of Personality and Social Psychology, 10*(3), 215-221.

Lippert, A., Baker, D., Hawk, G., Gongora, N., & Golding, J. (2025). Whom would you help? The impact of perpetrator and victim gender on bystander behavior during a sexual assault. *Violence Against Women*, *31*(11), 1-24. https://us.sagepub.com/en-us/journals-permissions

Möller, J., & Husemann, N. (2006). Internal comparisons in everyday life. Journal of Educational Psychology, 98(2), 342–353. https://doi.org/10.1037/00220663.98.2.342

Nardi-Rodríguez, A., Sánchez-Prada, A., Delgado-Álvarez, C., Bosh-Fiol, E., Vázquez González, L. I., & Ferrer-Pérez, V. A. (2024). *Willingness to help women victimsof intimate partner violence in a Spanish context: Differential factors, interactions and predictors*. *PLoS One*, *19*(7), 1-23. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307274

Neves, S., Correia, A., Borges, J., Rocha, H., Costa, S., Peixoto, S., Rodrigues, C., Duarte,A., & Allen, P. (2022). *Estudo Nacional sobre a Violência no Namoro no Ensino Superior: Crenças e Práticas –2020/2021*. Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. https://www.cig.gov.pt/2022/02/estudo-nacional demonstra-dados-de-violencia-no-namoro-no-ensino-superior/

Palmer, J. E., Nicksa, S. C., & McMahon, S. (2016). Does who you know affect how you act? The impact of relationships on bystander intervention in interpersonal violence situations. *Journal of Interpersonal Violence*, *33*(17), 2623-2642. https://doi.org/10.1177/0886260516628292

Pilati, R., Leão, M., Vieira, J. N., & Fonseca, M. D. M. (2008). Efeitos da atribuição de causalidade e custo pessoal sobre a intenção de ajuda. *Estudos de Psicologia (Natal)*, *13*, 213-221.

Pinciotti, C. M., & Orcutt, H. K. (2020). It won't happen to me: An examination of the effectiveness of defensive attribution in rape victim blaming. *Violence Against Women*, *26*(10), 1-21. https://doi.org/10.1177/1077801219853367

Saavedra, R. M. M. (2010). *Prevenir antes de remediar: Prevenção da violência nos relacionamentos íntimos juvenis* (Tese de Doutoramento). Universidade do Minho (Portugal).

Santos, J., & Rezende, M. M. (2021). Violência psicológica entre jovens parceiros íntimos: uma revisão bibliográfica. *Revista Uniandrade*, *21*(1), 11-22. http://dx.doi.org/10.5935/1519-5694.20200002/revuniandrade.v21n1p-11-22

Savage, M. W., Menegatos, L., & Roberto, A. J. (2017). When do friends prevent friends from hooking up intoxicated? An examination of sex differences and hypothetical intoxication in peer interventions. *Archives of Sexual Behavior*, *46*(6), 1819-1829.

Souza, V. M. P. D., Larocca, L. M., Chaves, M. M. N., Fialla, M. D. R. P. M., Durand, M. K., & Lourenço, R. G. (2021). Violência de gênero no espaço universitário. *Cogitare Enfermagem*, *26*, 1-23.

Tojo, R. A. G. F. (2017). *Para além do silêncio: Responsabilidade social e intenção de agir em situações de violência entre parceiros íntimos* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Évora (Évora, Portugal).

Torre-Laso, J., & Rodríguez-Díaz, J. M. (2022). The relationship between attribution of blame and the perception of resistance in relation to victims of sexual violence. *Frontiers in Psychology*, *13*.

Tosta Souza, A., & Cassepp-Borges, V. (2021). Understanding Intimate Relationships with Abusive Behavior through Attachment Theory. *Revista Interamericana de Psicología*, *55*(1), 1-17.

Weiner, B. (1980). A cognitive (attribution)-emotion-action model of motivated behavior: An analysis of judgments of help-giving. Journal of Personality and Social Psychology, 39(2), 186–200. https://doi.org/10.1037//00223514.39.2.186

Wijaya, C. N., Roberts, L. D., & Kane, R. T. (2022). Attribution theory, bystander effect and willingness to intervene in intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, *37*, 13-14

7. Anexos

Anexo I – Tabelas dos Resultados

Tabela 1

Teste t para a Diferença das Médias.

	Condição Reativo (Média)	**Condição Passivo (Média)**	***T***	***Sig.***
Quão grave lhe parece a situação que visualizou?	7.21	7.34	-.565	.573
Até que ponto se sentiria responsável por fazer alguma coisa se estivesse na sala a assistir?	3.81	3.90	-.752	.453
Até que ponto se sentiria responsável por fazer alguma coisa se o João fosse seu familiar?	7.32	7.76	-.1119	.264
Até que ponto se sentiria responsável por fazer alguma coisa se o João fosse uma pessoa desconhecida?	3.65	3.50	-.267	.790
E que medida concorda que a culpa da situação seja do João?	3.21	2.45	1.863	.064
Em que medida concorda que a culpa da situação seja da Maria?	6.42	7.09	-2.064	.040
Em que medida concorda que a culpa da situação se deva a outras situações de vida (ex.: divórcio dos pais de Maria, stress, etc.)?	5.60	5.77	-.296	.767
Qual a probabilidade de intervir diretamente na situação?	3.43	2.99	.572	.568
Qual a probabilidade de falar/aconselhar João?	5.89	5.89	-.199	.843
Qual a probabilidade de realizar uma denúncia identificada (não anónima)?	2.49	2.44	-.051	.960
Qual a probabilidade de realizar uma denúncia anónima?	3.37	3.67	-.892	.373
Qual a probabilidade de falar/aconselhar Maria?	5.78	5.33	.541	.589

Escala de Atitudes relativas à Violência Namoro (EAVN)	5.27	5.88	.362	.718

Tabela 2

Disponibilidade para Ajudar com Intervenção Direta

		Modelo 1				Modelo 2		
Condição		B	Erro Padrão	Beta	*Sig.*	B	Erro Padrão	Beta
Reativa	(Constante)	.451	.271			.754	.308	
	Responsabilidade percebida se estivesse na sala a assistir?	.776	.062	.749	.000	.791	.062	.763
	Perceção de Culpa da Vítima					-.116	.059	-.118
	R^2	.561				.574		
	R^2 ajustado	.557				.567		
Passiva	(Constante)	.500	.241					
	Responsabilidade percebida se estivesse na sala a assistir?	.669	.053	.754				
	R^2	.568						
	R^2 ajustado	.565						

Nota. Considera-se $p < .05$.

Tabela 3

Disponibilidade Para Ajudar Falando Diretamente com a Vítima

	Modelo 1				Modelo 2			
Condição	B	Erro Padrão	Beta	*Sig.*	B	Erro Padrão	Beta	*Sig.*

Reativa	(Constante)	4.53	.400			5.43	.434		
	Responsabilidade percebida se estivesse na sala a assistir?	.341	.092	.318	.000	.384	.087	.358	.000
	Perceção de Culpa da Vítima					-.343	.082	-.337	.050
	R^2	.101				.213			
	R^2 ajustado	.094				.200			
Passiva	(Constante)	3.48	.423			4.08	.494		
	Responsabilidade percebida se estivesse na sala a assistir?	.612	.092	.514	.000	.602	.091	.505	
	Perceção de Culpa da Vítima					-.225	.100	-171	
	R^2	.264				.293			
	R^2 ajustado	.258				.282			

Tabela 4

Disponibilidade para Ajudar através de Denúncia Identificada

		Modelo 1				Modelo 2			
Condição		B	Erro Padrão	Beta	*Sig.*	B	Erro Padrão	Beta	*Sig.*
Reativa	(Constante)	.778	.366						
	Responsabilidade percebida se estivesse na sala a assistir?	.457	.084	.441	.000				
	R^2	.195							
	R^2 ajustado	.188							
Passiva	(Constante)	.303	.314			-1.76	.714		
	Responsabilidade percebida se estivesse na sala a assistir?	.557	.068	.591		.488	.069	.519	.000

Perceção de Culpa da Vítima		.317	.099	.235	.027
R^2	.350	.400		
R^2ajustado	.344	.390		

Nota. Considera-se $p < .0$

Tabela 6

Disponibilidade para Ajudar Através de Denúncia Anónima

		Modelo 1				Modelo 2				Modelo 3			
Condição		B	Erro Padrão	Beta	*Sig.*	B	Erro Padrão	Beta	*Sig.*	B	Erro Padrão	Beta	*Sig.*
Reativa	(Constante)	1.20	.421										
	Responsabilidade percebida se estivesse na sala a assistir?	.558	.096	.463	.000				.000				.000
	R^2	.463											
	R^2ajustado	.214											
Passiva	(Constante)	.891	.382			-1.51	.873			.129	1.135		
	Responsabilidade percebida se estivesse na sala a assistir?	.692	.083	.599		.612	.085	.530	.000	.583	.085	.505	.000
	Gravidade					.368	.121	.223	.003	.339	.120	.205	.006
	Já passou por situação de violência no namoro									- 1.04	.473	- .156	.029
	R^2	.359				.404				.427			
	R^2ajustado	.354				.427				.413			

Tabela 7

Disponibilidade para Ajudar através de Falar com a Agressora

		Modelo 1				Modelo 2				Modelo 3			
Condição		B	Erro Padrão	Beta	*Sig.*	B	Erro Padrão	Beta	*Sig.*	B	Erro Padrão	Beta	*Sig.*
Reativa	(Constante)	3.72	.437			6.260	.894			4.21	1.281		
	Responsabilidade percebida se estivesse na sala a assistir?	.445	.100	.372	.000	.379	.099	.317	.000	.346	.098	.289	.001
	Sexo					-1.94	.604	-.265	.002	-1.90	.595	-.260	.002
	Gravidade									.294	.134	.177	.030
	R^2	.139				,206				.237			
	R^2ajustado	.132				,193				.218			
Passiva	(Constante)	3.37	.465										
	Responsabilidade percebida se estivesse na sala a assistir?	.456	.101	.376	.000								
	R^2	.141											
	R^2ajustado	.134											

Anexo II – Guião Vídeo: Agressor do Género Feminino (Vítima Masculina Passiva)

- **João** (*Confuso*): Como assim?

- **Maria** (*Levantando ligeiramente o tom*): Eu vi-te com aquela gaja!

- **João** (*Perplexo*): Mas que gaja?

- **Maria**: Já te disse.

- **João**: Mas do que é que estás a falar?

- Maria (*Em tom acusador*): Na Receção ao Caloiro. Disseste que ias ter com o Miguel e o Marco, mas eu vi-te com a Marta.

- **João** *(Confuso)*: Mas… Tu disseste que não ias à receção!

- **Maria** (*Desviando o olhar, fria*): Fui, e não tens nada a ver com isso. O que interessa é que me mentiste.

- **João** (*Tentando controlar a voz*): Mas eu não te menti!

- **Maria**: Eu sabia que ias fazer porcaria e fui lá ver … E tinha razão!

- **João**: Mas eu não fiz nada! Fala mais baixo …

- **Maria** (*Encarando-o, furiosa*): Já estou a perder a paciência … E tu não queres que me passe já aqui!

- **João** (*Baixando a cabeça, quase em sussurro*): Desculpa… Mas eu não fiz nada!

- **Maria** (*Aumentando a agressividade no tom*): Epah, vi-te com a Marta e isso já é fazer muito!

- **João**: Mas nós só trocámos meia dúzia de palavras!

- **Maria** (*Rindo sarcasticamente*): Ah, claro ... Só a falar… Com uma imperial na mão e às gargalhadas … Achas que sou parva?

- **João** (*Quase implorando*): Era só uma conversa, juro-te…

- **Maria** (*Balançando a cabeça*): Eu não posso confiar em ti.

- **João** (*Tentando se justificar, nervoso*): Mas eu não fiz nada!

- **Maria** (*Silêncio*).

- **João** (*Tocando no ombro de Maria*): Por favor, acredita em mim…

- **Maria** (*Olhando-o com raiva*): Não percebes que ela se está a atirar a ti?

- João (*Baixa a cabeça, derrotado*): Não foi isso, Maria…Ela só queria falar comigo acerca do Miguel …

- Maria (*Interrompendo com autoridade*): Não quero falar mais nisto … E não quero que voltes a falar com ela!

- João (*Em sussurro, sem levantar o olhar*): Desculpa…

Anexo III - Agressor do Género Feminino (Vítima Reativa)

- **João** (*Confuso*): Como assim?

- **Maria** (*Levantando ligeiramente o tom*): Eu vi-te com aquela gaja!

- **João** (*Perplexo*): Mas que gaja? Estás te a passar?

- **Maria**: Já te disse.

- **João**: Mas do que é que estás a falar? Não estou a gostar desse teu tom.

- Maria (*Suspira*): Na Receção ao Caloiro. Disseste que ias ter com o Marco e o Miguel, mas eu vi-te com a Marta.

- **João** *(Confuso*): Mas… Tu disseste que não ias à receção!

- **Maria** (*Desviando o olhar, fria*): Fui, e não tens nada a ver com isso. O que interessa é que me mentiste.

- **João** (*Tentando controlar o tom de voz*): Desculpa?! Se é assim, tu também me mentiste!

- **Maria** (*Perplexa*): Não me compares contigo. Eu sabia que ias fazer porcaria e fui lá ver … E tinha razão!

- **João** (*Chateado*): Comparar comigo? Estás te a passar? Eu não fiz nada!

- **Maria** (*Encarando-o, furiosa*): Já estou a perder a paciência … E tu não queres que me passe já aqui!

- **João** (*Levanta ligeiramente a voz*): Eu não fiz nada! Não tens o direito de falar assim comigo e de me acusar, nem tens motivos para isso, já te disse que não fiz nada!

- **Maria** (*Aumentando a agressividade no tom*): Epah, vi-te com a Marta e isso já é fazer muito!

- **João**: Mas nós só trocámos meia dúzia de palavras!

- **Maria** (*Rindo sarcasticamente*): Ah, claro ... Só a falar… Com uma imperial na mão e às gargalhadas … Achas que sou parva?

- **João**: Mas eu alguma vez te dei motivos para não confiares em mim?!

- **Maria** (*Balançando a cabeça*): Deste-me agora …

- **João** (*Tentando se justificar, um pouco irritado*): Mas Maria, já disse que não fiz nada! Ela só queria falar comigo acerca do Miguel … E que eu saiba, eu posso falar com quem eu quiser.

- **Maria** (*Silêncio*).

- **João** (*Tocando no ombro de Maria, irritado*): Estou a falar contigo. Não acreditas em mim?!

- **Maria** (*Olhando-o com raiva*): Não percebes que ela se está a atirar ti?

- **João**: Já te disse, não é isso Maria … Nunca te dei motivos para desconfiares de mim, também não seria agora!

- Maria (*Interrompendo com autoridade*): Não quero falar mais nisto … E não quero que voltes a falar com ela!

- João (*Irritado*): O quê?! Era só o que me faltava, não mandas em mim nem vais começar a mandar agora.

(*João levanta-se e sai da sala, resmungando algo impercetível*).

Anexo IV – Link para Visualização dos Vídeos

Link Vídeo Vítima Masculina Reativa, Agressor Feminino: https://youtube.com/shorts/rQWWwwhcq5Q?feature=share

Link Vídeo Vítima Masculina Passiva, Agressor Feminino: https://youtube.com/shorts/rQWWwwhcq5Q?feature=share

Protocolo de Atendimento Psicológico a Mulheres Vítimas de Violência de Género Internadas num Hospital de Urgência

Bianca Brito Ferreira [1], Suelenn Eloise de Freitas [1], Kimberly Borcelly Alves [1]

[1] Superintendência da Escola de Saúde de Goiás- Programa de Residência Multiprofissional- Área de concentração Urgência e Trauma, Brasil.

Autor Correspondente: Bianca Brito Ferreira. **E-mail:** biancabritopsi@gmail.com

Resumo: Introdução: A violência contra a mulher é um grave problema de saúde pública e uma violação dos direitos das mulheres com altas taxas de ocorrência e impacto físico e psicológico. No Brasil, apesar dos avanços legais, persistem desafios na efetivação de políticas de proteção, especialmente em contextos de hospitalização em urgência e trauma. Nesses casos, o acolhimento psicológico é essencial, mas há escassez de protocolos que orientem essa prática. **Objetivo**: Desenvolver e validar o conteúdo de um protocolo de atendimento psicológico para mulheres vítimas de violência de gênero internadas em hospital de urgência e trauma. **Métodos**: Estudo metodológico realizado

entre fevereiro de 2025 e janeiro de 2026, em duas etapas: elaboração e validação de conteúdo do protocolo. A validade de conteúdo foi avaliada pelo método e-Delphi modificado, em duas rodadas, com sete psicólogos especialistas, selecionados por amostragem em bola de neve. Os questionários foram aplicados via Google Formulários, utilizando a escala Likert 4 pontos e espaço para comentários. **Resultados**: Na primeira rodada, seis itens obtiveram 100% de consenso e cinco atingiram 87,5%. Foram realizados ajustes de conteúdo e linguagem conforme sugestões dos juízes. Na segunda rodada, observou-se 100% de concordância em quase todos os itens, com exceção de um (85,7%). **Conclusão**: O protocolo apresentou validade de conteúdo satisfatória e consistência entre os especialistas, mostrando-se um instrumento confiável para padronizar o atendimento psicológico de mulheres vítimas de violência em contextos hospitalares de urência e trauma.

Palavras-chave: Violência de Género; Hospitais Públicos; Protocolos Clínicos; Técnica Delphi

1. Introdução

A violência contra a mulher é um fenómeno social que transcende culturas e períodos históricos, sendo considerada uma grave violação dos direitos humanos e um problema de saúde pública mundial. Segundo dados da World Health Organization (WHO) a prevalência global de violência física e/ou sexual por parceiro íntimo entre as mulheres que já tiveram um parceiro foi de 30%, sendo que cerca de 38% dos homicídios de mulheres globalmente são efetuados por parceiro íntimo (WHO, 2024). No Brasil, o cenário também é alarmante: de acordo com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), apenas em 2021, mais de 230 mil mulheres relataram ter sofrido violência doméstica (FBSP, 2022). Além disso, o Brasil Registou 1437 1.437 feminicídios em 2022, uma média de quase quatro assassinatos por dia, demonstrando a extensão e gravidade desta problemática (FBSP, 2023).

No contexto da violência contra a mulher, destaca-se a questão do gênero como um motivador do ato violento, sendo esta denominada de violência de gênero. Esse tipo de violência é uma questão social e de saúde pública que no Brasil ganhou maior visibilidade com a promulgação da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), que trouxe importantes avanços no combate e na prevenção à violência doméstica e familiar contra a mulher. Esta

lei define a violência doméstica não apenas como física, mas também como psicológica, moral, patrimonial e sexual, ampliando o entendimento sobre o impacto das agressões no bem-estar das vítimas (Brasil, 2006). Mesmo com o marco legal, o país ainda enfrenta grandes desafios na implementação efetiva de políticas públicas que garantam a proteção e o apoio às vítimas, especialmente em cenários de vulnerabilidade extrema, como os atendimentos hospitalares de urgência e trauma (Miller, 2021).

No contexto de violência de género, observa-se um ciclo que inclui diferentes fases que se apresentam em um padrão repetitivo. Este padrão costuma contemplar as seguintes fases: fase da tensão, da explosão e da reconciliação ou lua de mel. Durante a fase de tensão ocorre a chamada violência psicológica, durante a qual a vítima mantém esperança de que o comportamento do agressor possa ser modificado, além de se sentir culpada diante da situação. Durante a fase da explosão a violência física apresenta-se mais acentuada. Já durante a fase da reconciliação, o comportamento do agressor é voltado para pedidos de desculpas e promessas de mudança que alimentam esperança da transformação do modelo atual de relacionamento (Carmo; Moura, 2010; Brasil, 2020).

No contexto hospitalar essas fases também podem ser observadas, visto que muitas mulheres vítimas de violência são admitidas com traumas físicos visíveis, mas também frequentemente ocultam os danos psicológicos e emocionais, seja por medo de represálias, seja pela naturalização da violência em suas relações íntimas ou até mesmo pela sua condição de saúde. Diante desta realidade, os hospitais de urgência e trauma são locais estratégicos para a identificação precoce de casos de violência de género e para a intervenção psicológica. Segundo o Concelho Federal de Psicologia (CFP) o atendimento às mulheres em situação de violência deve-se fundamentar em práticas que priorizem o acolhimento, a escuta qualificada e a compreensão dos impactos psicológicos decorrentes das múltiplas formas de violência, reconhecendo que esse cuidado inicial pode ser determinante para a rutura do ciclo violento e para a proteção da vítima (CFP, 2024).O atendimento psicológico imediato pode, portanto, funcionar como uma porta de entrada para a quebra do ciclo de violência e para o fortalecimento emocional da vítima, permitindo que ela busque mais facilmente os serviços de apoio e proteção oferecidos pelo Estado (Madeira; Furtado; Dill, 2021).

Ademais, a escassez de serviços de saúde mental e a falta de capacitação adequada de muitos profissionais para lidar com situações de violência contra a mulher intensificam ainda mais o desafio de oferecer um atendimento eficaz. Além disso, ainda são limitados

os protocolos de intervenções para nortear esse processo (FBSP, 2022). Assim, torna-se pertinente a implementação de estratégias eficazes de acolhimento e acompanhamento psicológico para essas mulheres nos hospitais de urgência e trauma. A criação de um protocolo de atendimento psicológico voltado para mulheres vítimas de violência no contexto hospitalar visa otimizar o serviço oferecido a elas, através de um suporte emocional que, além de dar assistência aos sintomas psicológicos agudos, pode ser determinante na articulação de uma rede de proteção para essas mulheres (FBSP, 2022). Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi criar um protocolo de atendimento psicológico para mulheres vítimas de violência de género e avaliar a validade de conteúdo e aplicabilidade do instrumento pelo método e-Delphi.

2. Métodos

Tratou-se de um estudo metodológico sobre o processo de desenvolvimento e validação de conteúdo de um protocolo para atendimento psicológico a mulheres vítimas de violência de género internadas em um hospital de urgência e trauma na cidade de Goiânia-Goiás, realizado no período entre fevereiro de 2025 a janeiro de 2026, incluindo a etapa de desenvolvimento do protocolo. O estudo foi desenvolvido em duas etapas: construção do protocolo e validação de conteúdo e protocolo. Este estudo foi aprovado foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Leide das Neves Ferreira sob parecer nº 7.425.555.

A primeira etapa do estudo consistiu na elaboração de um protocolo de atendimento psicológico para mulheres vítimas de violência de gênero. Diante da escassez de protocolos específicos de atendimento psicológico voltados para esse público descritos na literatura científica, foi elaborado um protocolo próprio para orientar a atuação profissional nesse contexto.

A construção do protocolo baseou-se em legislações e diretrizes brasileiras que asseguram o direito à proteção, ao acolhimento humanizado e à qualidade do atendimento prestado às mulheres em situação de violência Entre os documentos utilizados como referência, destacam-se a Lei nº 14.550/2023, a Lei nº 12.845/2013, o Decreto nº 7.958/2013, a Lei nº 10.778/2003, a Lei nº 13.931/2019 e a Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) (Brasil, 2003, 2006, 2013a, 2013b, 2019, 2023). Além do embasamento legal, o protocolo foi construído à luz de evidências científicas (Dalgalarrondo, 2019; Karakurt et al., 2022; Luiz; Brüning; Walger, 2022; Oliveira et al., 2017; Petersen, 2021; Walker, 1979) e recomendações técnicas sobre o atendimento psicológico de mulheres em

situação de violência, com foco na escuta qualificada, acolhimento, respeito à autonomia, confidencialidade e fortalecimento da rede de apoio.

Na segunda etapa do estudo foi avaliada a validade de conteúdo do protocolo elaborado pelos autores através do método e-Delphi modificado (Rocha-Filho; Cardoso; Dewulf, 2021), que consiste na aplicação de questionários interativos a um painel de juízes formados por profissionais com conhecimento e prática sobre o assunto investigado, realizado em duas rodadas. Como critério de inclusão, os juízes deveriam ter a formação em psicologia, possuir titulação mínima de especialista em psicologia hospitalar e/ou áreas afins e experiência profissional de no mínimo 10 anos em psicologia hospitalar sendo que destes, pelo menos 2 anos em contexto de urgência e emergência. Já como critério de exclusão, estabeleceu-se que seriam os indivíduos que se recusassem a participar do estudo a qualquer momento. A busca desses juízes aconteceu inicialmente dentro da instituição de realização da pesquisa por meio da sugestão de potenciais painelistas conforme os critérios de elegibilidade da pesquisa. A composição da amostra seguiu o modelo de "bola de neve" no qual os profissionais abordados indicam outras pessoas que também atendem aos critérios da pesquisa.

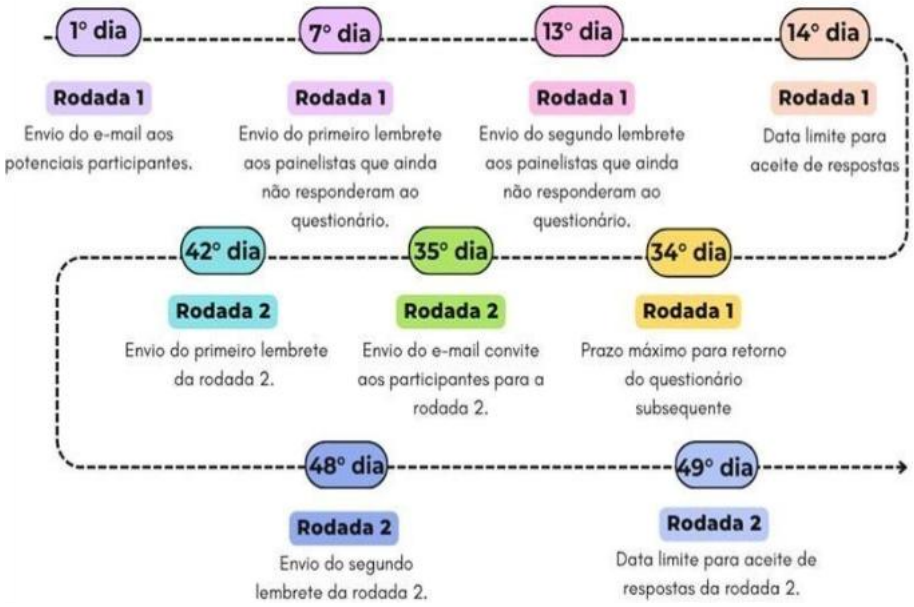
Os juízes foram então contatados e convidados a participar da pesquisa através de e-mail. Foi utilizada a plataforma Google Formulários na qual foram dispostos os questionários interativos, divididos em cinco secções. Na primeira secção continha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Na segunda seção foi apresentada uma nota de esclarecimento sobre a execução da pesquisa com detalhes sobre a estrutura do questionário, organização dos itens, forma de avaliação e os critérios utilizados. Na seção três foram dispostas opções para as informações referentes à titulação acadêmica, local de trabalho, campo de atuação e anos de experiência. Na quarta seção foram dispostos os conteúdos a serem julgados para validação. As perguntas foram apresentadas aos participanetes na forma de escala tipo Likert de 4 pontos (1) Discordo totalmente; (2) Discordo parcialmente; (3) Concordo parcialmente; e (4) Concordo totalmente, e de modo complementar foi aberta uma secção de "comentários" para cada item, oferecendo aos participantes um espaço para sugestões de melhorias no protocolo. Os painelistas encontraram as seguintes perguntas no tangente ao conteúdo: a declaração/questão apresenta clareza no seu enunciado? O item é pertinente ao conteúdo do estudo? As opções apresentadas como intervenções atendem aos objetivos do protocolo? Por último, na seção cinco foi realizada a avaliação do critério de abrangência do protocolo por meio

da qual foram investigados tanto a sua coerência como o tamanho, à ordem de apresentação das questões dos temas abordados, verificando se todos foram adequadamente contemplados para atingir os objetivos.

Após a primeira rodada foi então construído um protocolo para validação de conteúdo com questões que abrangeram a convergência dos resultados (acima de 70% de concordância). Esse questionário foi submetido a uma segunda rodada de julgamento na mesma plataforma virtual e sua disposição foi semelhante à primeira, bem como o parâmetro de concordância. Permaneceu a questão aberta para demais considerações. O tempo de aplicação entre as duas rodadas foi de 20 dias (figura 1).

Figura 1

Fluxograma do modelo e-Delphi na pesquisa



Fonte: Próprio autor, 2025

3. Análise Estatística

Foi realizada análise estatística dos dados para investigar a validade de conteúdo do protocolo. A validade de conteúdo diz respeito a quanto cada item representa adequadamenteo construto medido (American Educational Research Association; American Psychological Association; National Council on Measurement in Education, 2014; Andrade; Valentini, 2018; Bienemann; Damásio, 2017). Foi calculado o índice de Validade de Conteúdo (IVC) para analisar o grau de concordañcia dos juízes. A

conformação do item foi determinada pelo consenso onfigurando a versão final do protocolo com itens com concordância acima de 70%, a partir dos itens da escala Likert e o score foi calculado. somando o número de avaliações “3” e “4”, dividindo pelo total de respostas da questão. Resultados de IVC abaixo do nível de consenso estabelecido de 70% indicariam a necessidade de revisão do item, situação que não ocorreu neste estudo. No entanto, mesmo não havendo itens com IVC < 70%, alguns itens foram submetidos a uma nova rodada de julgamento devido a sugestões de mudanças no campo qualitativo. Para análise de conteúdo qualitativo, os comentários dos juízes em cada item foram resumidos e agrupados por semelhança e significado, conforme proposto por Bardin (2011). A seleção dos paine-listas foi não probabilística composta por sete psicólogos.

4. Resultados

O documento resultante da primeira etapa de elaboração de um protocolo de atendimento psicológico para mulheres vítimas de violência de género foi composto por 11 itens, os quais sintetizam orientações práticas derivadas dos princípios legais e científicos supracitados.

Para a segunda etapa (a validação de conteúdo) foram convidados 19 potenciais participantes para essa pesquisa, dos quais seis recusaram o convite. Entre os 13 convidados que aceitaram, um foi excluído por não atender os critérios de inclusão. Dos 12 participantes, quatro não responderam o questionário, restando ao final da primeira rodada, oito juízes. Na segunda rodada, um participante não respondeu, restando ao final sete participantes. Dessa forma, na primeira rodada tivemos uma taxa de abstenção de 30,76% e na segunda rodada, 12,5%. Em relação à caracterização da amostra final de juízes, cinco possuem o título de especialista e dois possuem o título de doutor. O tempo médio de experiência profissional dos participantes foi de dezasseis anos, enquanto a média de experiência em serviços de urgência e emergência foi de oito anos. Observou-se ainda que aproximadamente seis (85,7%) participantes trabalham em hospitais públicos.

Na primeira rodada do método e-Delphi, foram realizadas modificações em alguns itens do protocolo a partir das sugestões dos juízes. No Item 1, acrescentou-se que a realocação da mulher para um local seguro deve ocorrer conforme o seu desejo. No Item 2, foi incluída a orientação para verificar se houve notificação e, caso não tenha ocorrido, realizar a notificação. O Item 5 foi ampliado para incluir que o tempo que a mulher necessita para falar sobre o ocorrido e sua história será respeitado. No Item 7,

acrescentou-se a avaliação psicológica e a avaliação de risco psicológico ao exame psíquico. O Item 11 foi reformulado e reposicionado para o Item 9, passando a incluir a orientação sobre atendimento psicológico ambulatoriais na rede e destacando que o acompanhamento deve ocorrer conforme o interesse da mulher. Além disso, houve ajustes na ordem dos itens 9, 10 e 11, sem alteração de conteúdo nos demais.

Figura 1

Alterações realizadas no protocolo após a primeira rodada Delphi conforme sugetsões dos juízes

ITEM PRELIMINAR	ALTERAÇÃO SUGERIDA	ITEM MODIFICADO
ITEM 1: Garantir que ao ser admitida no hospital, a mulher com suspeita de violência seja cuidadosa e empaticamente realocada para local que resguarde sua segurança, autonomia e sigilo.	Acrescentar que a realocação é conforme o desejo da mulher.	ITEM 1: Garantir que ao ser admitida no hospital, a mulher com suspeita de violência seja cuidadosa e empaticamente realocada para local que resguarde sua segurança, autonomia e sigilo, conforme seu desejo.
ITEM 2: Garantir que a notificação compulsória seja realizada quando houver indícios ou confirmação de violência contra a mulher.	Indicar responsável pela notificação.	ITEM 2: Garantir que a notificação compulsória seja realizada quando houver indícios ou confirmação de violência contra a mulher. Conferir se houve notificação e caso não tenha, notificar.
ITEM 5: Orientar quanto a não obrigatoriedade de falar detalhes sobre o evento.	Informar que o tempo que a mulher precisa para falar sobre o ocorrido e sua história, será respeitado.	ITEM 5: Orientar quanto a não obrigatoriedade de falar detalhes sobre o evento e informar que o tempo que a mulher precisa para falar sobre o ocorrido e sua história, será respeitado.
ITEM 7: Realizar o exame psíquico.	Acrescentar avaliação psicológica e avaliação de risco psicológico.	ITEM 7: Realizar o exame psíquico, avaliação psicológica e avaliação de risco psicológico.
ITEM 9: Garantir a orientação sobre a possibilidade de denúncia.	Concordância. Se mantém como está, apenas foi mudado de posição pela alteração sugerida no item 11.	ITEM 10: Garantir a orientação sobre a possibilidade de denúncia.
ITEM 10: Garantir o acesso à rede de proteção.	Identificar figuras de referência na rede de apoio social e na equipe. Foi mudado de posição pela alteração sugerida no item 11.	ITEM 11: Garantir o acesso a rede de proteção e identificar figuras de referência na rede de apoio social e na equipe de saúde.
ITEM 11: Ofertar atendimento psicológico contínuo durante a internação.	Mudar o item de posição no protocolo para posição 9. Orientar sobre atendimentos psicológicos ambulatoriais na rede. Ressaltar que é conforme o interesse da mulher.	ITEM 9: Ofertar atendimento psicológico contínuo durante a internação e na rede após alta hospitalar, conforme o interesse da mulher.

Fonte: Próprio autor, 2025.

Em relação à análise quantitativa, o IVC dos itens da primeira rodada obteve 100% de consenso para os itens 1, 2, 3, 8, 9 e 10. Já para os itens 4, 5, 6, 7 e 11 obteve-se um consenso de 87,5%. Não foram sugeridas exclusões ou inserções de novos itens. Na segunda rodada, as análises não indicaram necessidades de novas alterações dos itens. O

IVC apresentou 85,7% de concordância no item 2 e 100% de concordância nos demais itens. O protocolo na sua versão final está apresentado no quadro 2.

Figura 2

Versão final protocolo de atendimento psicológico a mulheres

Item	O que?	Quem?	Onde?	Quando?	Como?	Por quê?
1	Garantir que a mulher com suspeita de violência possa ser realcoada	Psicólogo responsável pelo atendimento e/ou qualquer profissional de saúde	Em local que resguarde a privacidade e segurança da mulher	Ao ser admitida no hospital	De forma cuidadosa e empática, conforme o desejo da mulher	Porque é um direito garantido legalmente (LI4.550/2023, L12.845/2013, D7.958/2013) para resguardar a segurança, autonomia e sigilo
2	Garantir que a notificação compulsória seja realizada	Primeiro profissional da saúde que realizou o atendimento ou o que identificou que não foi notificado	SINAN	Quando houver indícios ou confirmação de violência em até 24h	Conferindo se houve notificação e, caso não tenha, notificando	Porque é estabelecido legalmente (L10.778/2003, L13.931/2019, P204/2016) como uma notificação compulsória
3	Ofertar possibilidade de restrição de visitas	Psicólogo responsável pelo atendimento e/ou qualquer profissional de saúde	Em todos os ambientes do hospital	Durante toda a estadia na instituição hospitalar	No local/sistema em que o cadastramento de visitas é realizado	Para ampliar a proteção da mulher suspeita ou vítima de violência
4	Orientar sobre o seu papel enquanto psicólogo hospitalar	Psicólogo hospitalar	Em todos os ambientes do hospital	Nos primeiros atendimentos à paciente	Por meio de orientação verbal direta	Para esclarecimento da função profissional, formação de
5	Orientar quanto à não obrigatoriedade de detalhar o ocorrido da escolha de quando falar	Psicólogo hospitalar	Em todos os ambientes do hospital	Nos primeiros atendimentos à paciente	Por meio de orientação verbal direta	Para resguardar seus direitos (L8.080/1990 autonomia, dignidade, direito à informação) e prevenir agravos
6	Ofertar escuta qualificada	Psicólogo hospitalar	Em todos os ambientes do hospital	Em todos os atendimentos	Por meio de técnicas reconhecidas pelo CFP	A escuta é um eixo técnico e ético do profissional psicólogo
7	Realizar exame psíquico, avaliação psicológica e avaliação de risco psicológico	Psicólogo hospitalar	Em todos os ambientes do hospital	Em todos os atendimentos	Por meio de avaliação clínica, baseada em princípios científicos	Para diagnóstico e proposta terapêutica
8	Realizar psicoeducação sobre o ciclo da violência	Psicólogo hospitalar	Em todos os ambientes do hospital	Em qualquer um dos atendimentos	Orientar sobre as fases: 1) tensão, 2) explosão e 3) reconciliação/lu a de mel	Porque possibilita que a vítima compreenda os padrões repetitivos da relação abusiva
9	Ofertar atendimento psicológico contínuo	Psicólogo hospitalar	Em todos os ambientes do hospital	Em qualquer um dos atendimentos	Realizando atendimento psicológico inicial e retornos	Para acompanhar o processo de elaboração e as diferentes fases de mudança (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção)
10	Garantir orientação sobre a possibilidade de denúncia	Psicólogo hospitalar	Em todos os ambientes do hospital	Ao menos uma vez durante os atendimentos iniciais	Por meio de orientação verbal	Porque é um direito garantido legalmente (D6.052/2007) para resguardar a segurança, autonomia e sigilo
11	Garantir o acesso à rede de proteção e identificar figuras de referência	Psicólogo hospitalar	No território de residência da mulher	Em qualquer um dos atendimentos e especialmente na ocasião da alta	Por meio de contato com a RAPM (Rede de atenção e proteção à mulher) e com a família/comunidade	Para garantir acesso, encaminhamento e acompanhamento (CFP/RAPM)

Fonte: Próprio autor, 2025.

5. Discussão

O número final de participantes deste estudo foi de sete juízes. Esses índices estão dentro do esperado para pesquisas realizadas pelo método e-Delphi, o qual, por ocorrer de forma virtual, possibilita maior alcance geográfico dos participantes, mas também pode gerar variações na adesão ao longo das rondadas. Essa oscilação é considerada comum nesse tipo de investigação, visto que a continuidade da participação depende do interesse e da disponibilidade dos especialistas em cada etapa (Rocha-Filho, Cardoso & Dewulf, 2021).

Os resultados obtidos evidenciam elevado nível de consenso entre os especialistas, demonstrando a consistência e pertinência do conteúdo do protocolo. A obtenção de valores de IVC superiores a 70% em todos os itens indica que as proposições foram consideradas claras, relevantes e representativas pelos juízes, atendendo aos critérios de validade de conteúdo preconizados na literatura. Além disso, as alterações concentraram-se na primeira ronda, não havendo novas sugestões na segunda, o que reforça a adequação das reformulações realizadas e a efetividade do método e-Delphi no aperfeiçoamento do instrumento. Assim, os resultados confirmam a conformidade do protocolo, permitindo sua utilização como ferramenta de apoio à atuação das equipas de psicologia e à padronização dos atendimentos em contexto hospitalar (Rocha-Filho, Cardoso & Dewulf, 2021).

Os itens relacionados ao acolhimento inicial obtiveram elevados níveis de consenso, evidenciando a importância de garantir um local seguro, reservado e adequado para o atendimento de mulheres em situação de violência. Esses resultados corroboram a Lei nº 14.550/2023, a Lei nº 12.845/2013 e o Decreto nº 7.958/2013, que preconizam atendimento humanizado e livre de revitimização. Nesse contexto, os juízes também reconheceram a relevância de esclarecer o papel do psicólogo hospitalar, respeitar a autonomia da mulher quanto à partilha de informações e assegurar uma escuta qualificada. Tais aspetos encontram-se alinhados com os princípios fundamentais do Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2022) e com a literatura que destaca a escuta ética, o acolhimento humanizado e o reconhecimento da subjetividade da paciente como componentes centrais do cuidado psicológico em contexto hospitalar (Angerami-Camon, 2004; CFP, 2018; Ferreira, 2022; Frank & Rodowski, 1999).

O item referente à notificação compulsória também alcançou consenso satisfatório entre os juízes. Embora tenha sido sugerida a definição de um profissional responsável

pela notificação, a legislação brasileira estabelece que qualquer profissional de saúde pode realizar esse procedimento. Os resultados reforçam a compreensão da notificação como instrumento fundamental para a vigilância epidemiológica, ativação da rede de proteção e garantia de direitos, conforme previsto na Lei nº 10.778/2003, Portaria MS nº 204/2016 e Lei nº 13.931/2019. Contudo, a literatura destaca a necessidade de preservar o sigilo, a autonomia e a confiança da mulher nos serviços de saúde, evitando que a obrigatoriedade da comunicação às autoridades produza barreiras ao acesso ao cuidado (Deslandes, Gomes & Minayo, 2011; Minayo, 2006; CFP, 2013; CFP, 2024).

Os itens relacionados à avaliação psicológica, avaliação de risco e exame do estado mental também apresentaram elevado consenso. Esse resultado reforça a importância dessas ferramentas para a identificação de sofrimento psíquico, sintomas de ansiedade, depressão, transtornos relacionados ao trauma e situações de risco à integridade da mulher. Conforme a Resolução CFP nº 09/2018, a avaliação psicológica constitui um processo científico e ético que subsidia a tomada de decisão profissional. No contexto da violência, tais procedimentos contribuem para intervenções mais seguras e direcionadas, considerando a complexidade dos fatores biológicos, sociais e culturais envolvidos (CFP, 2018; Dalgalarrondo, 2019; Miller et al., 2021; WHO, 2013; Medeiros, 2015).

Da mesma forma, os especialistas reconheceram a relevância da psicoeducação sobre o ciclo da violência, da oferta de acompanhamento psicológico contínuo e da articulação com a rede de proteção. A literatura demonstra que compreender as dinâmicas da violência favorece a identificação de padrões abusivos, reduz sentimentos de culpa e fortalece estratégias de enfrentamento (Walker, 1979; Petersen et al., 2021). Além disso, a continuidade do acompanhamento psicológico e o fortalecimento das redes de apoio constituem fatores protetores importantes para a recuperação emocional, reconstrução da autonomia e redução da vulnerabilidade das mulheres em situação de violência (Oliveira et al., 2017; Munguía-Romero, Fernández-Ortiz & Sánchez-López, 2023; Micklitz et al., 2024).

Por fim, o consenso obtido acerca das orientações sobre denúncia e acesso à rede de proteção demonstra o reconhecimento da importância de garantir informação qualificada sobre direitos e recursos disponíveis. Esses resultados estão em consonância com a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), o Decreto nº 8.086/2013 e as recomendações do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2024), que enfatizam a necessidade de práticas integradas entre saúde, assistência social e segurança pública. Dessa forma, o protocolo

validado contribui para fortalecer a atuação do psicólogo hospitalar, promovendo um cuidado ético, humanizado e articulado com a rede de proteção, ampliando as possibilidades de rompimento do ciclo da violência e de recuperação psicossocial das mulheres atendidas.

6. Conclusão

A elevada concordância alcançada nas rodadas evidencia a pertinência, clareza e representatividade dos itens, confirmando que o instrumento apresenta adequação teórica e aplicabilidade prática para a avaliação do fenómeno estudado no contexto de urgência e emergência na região centro-oeste do Brasil. A participação qualificada dos especialistas contribuiu para o aprimoramento dos itens e para o fortalecimento da robustez metodológica do processo de validação de conteúdo. Assim, o instrumento final se mostra válido em termos de conteúdo e constitui uma ferramenta potencialmente útil para apoiar práticas clínicas, de pesquisa e de gestão, favorecendo avaliações mais precisas e fundamentadas na área. Recomenda-se que futuros estudos investiguem sua confiabilidade, validade de constructo e aplicabilidade em diferentes contextos e populações.

7. Referências Bibliográficas

American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. American Educational Research Association.

Andrade, J. M., & Valentini, F. (2018). Diretrizes para a construção de testes psicológicos: a resolução CFP n.º 009/2018 em destaque. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *38*, 28-39. https://doi.org/10.1590/1982-3703000208890

Angerami-Camon, V. A. (Org.). (2004). *Psicologia hospitalar: Teoria e Prática* (4.ª ed.). Pioneira.

Bardini, L. (2011). *Análise de conteúdo* Almedina.

Bienemann, B., & Damásio, B. F. (2017). Desenvolvimento e validação de uma escala de atitude em relação à ciência na psicologia. *Avaliação Psicológica*, *16*(4), 489-497. https://doi.org/10.15689/ap.2017.1604.13409

Brasil. (2007). *Decreto n.º 6.052 de 7 de fevereiro de 2007*: institui o sistema nacional de vigilância em saúde e dispões sobre as atribuições da vigilância em saúde no âmbito do sistema único de saúde. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6052.htm

Brasil. (2013). *Decreto n.º 7.958, de 13 de março de 2023: Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de saúde*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm

Brasil. (2023). *Decreto n.º 8.086, de 30 de agosto de 2013: Institui o Programa Mulher, Viver sem Violência e dá outras providências*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d8086.htm

Brasil. (2003). *Lei n.º 10.778, de 24 de novembro de 2003: Estabelece a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher atendidos em serviços de saúde públicos e privados. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.778.htm*

Brasil. (2006). *Lei n.º 11.340, de 7 de agosto de 2006: Cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher (Lei Maria da Penha)*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm

Brasil. (2013). *Lei n.º 12.845, de 1.º de agosto de 2013: Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.* https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm

Brasil. (2019). *Lei n.º 13.931, de 10 de dezembro de 2019: Altera a Lei n.º 10.778/2003 para dispor sobre notificação compulsória de casos de suspeita ou confirmação de violência contra a mulher à autoridade policial.* https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13931.htm

Brasil. (2023). *Lei n.º 14.550, de 19 de abril de 2023: Altera a Lei n.º 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) para dispor sobre medidas protetivas de emergência*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14550.htm

Brasil, Ministério da Saúde. (2013). *Portaria n.º 1.378, de 9 de julho de 2013: Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html.

Brasil, Ministério da Saúde. (2016). *Portaria n.º 204, de 17 de fevereiro de 2016: Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html

Carmo, P. C. C. S., & Moura, F. G. A. (2010). Violência doméstica: A difícil decisão de romper ou não com esse ciclo. *Fazendo Gênero*, *9*.

Conselho Federal de Psicologia. (2022). *Código de ética profissional do psicólogo*. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2022/10/Codigo-de-Etica-Profissional-do-Psicologo-2022.pdf

Conselho Federal de Psicologia. (2018). *Resolução n.º 9, de 25 de abril de 2018: Define e regulamenta a Avaliação Psicológica e dispõe sobre o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos – SATEPSI*. https://atosoficiais.cfp.org.br/resolucao/resolucao-n-9-de-25-de-abril-de-2018/

Conselho Federal de Psicologia. (2013). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) em situações de violência*. https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologasos-no-atendimento-as-mulheres-em-situacao-de-violencia-2a-edicao/

Conselho Federal de Psicologia. (2024). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) no atendimento às mulheres em situação de violência (2.ª ed.)*. CFP/Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas. https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologasos-no-atendimento-as-mulheres-em-situacao-de-violencia-2a-edicao/

Dalgalarrondo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (3.ª ed.). Artmed.

Deslandes, S. F., Gomes, R., & Minayo, M. C. S. (2011). A notificação compulsória da violência: Desafios e dilemas éticos. *Ciência & Saúde Coletiva*, *16*, 1267–1276.

Ferreira, E. M. (Org.). (2022). *A psicologia no Brasil: Teoria e pesquisa 4*. Atena. https://doi.org/10.22533/at.ed.506222004

Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2022). *16.º Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/06/anuario-2022.pdf

Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2023). *17.º Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf

Karakurt, G., Koç, E., Katta, P., Jones, N., & Bolen, S. D. (2022). Treatments for female victims of intimate partner violence: Systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, *13*, 793021. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.793021

Luiz, C. R., Brüning, C., & Walger, C. S. (2022). Trabalho real e prescrito do psicólogo hospitalar no Brasil: Uma revisão sistemática de literatura. In E. M. Ferreira (Org.), *A psicologia no Brasil: Teoria e pesquisa 4* (pp. 125–142). Atena.

Madeira, L. M., Furtado, B. A., & Dill, A. R. (2021). *Vida: Simulando violência doméstica em tempos de quarentena*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/220166/001123901.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Medeiros, M. N. (2015). *Avaliação de risco em casos de violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo* [Tese de doutoramento, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional da Universidade de Brasília. https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/20191/1/2015_MarcelaNovaisMedeiros.pdf

Micklitz, H. M., Glass, C. M., Bengel, J., & Sander, L. B. (2024). Efficacy of psychosocial interventions for survivors of intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, *25*(2), 1000–1017. https://doi.org/10.1177/15248380231169481

Miller, C. J., Dardis, C. M., Magruder, K. M., Williford, A., & Iverson, K. M. (2021). Screening for intimate partner violence in healthcare settings: An implementation-oriented systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, *60*(5). https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.11.013

Minayo, M. C. S. (2006). *Violência e saúde*. Fiocruz.

Munguía-Romero, S., Fernández-Ortiz, V., & Sánchez-López, M. P. (2023). A scoping review on the coping strategies used by intimate partner violence survivors. *Health Care for Women International*, *44*(12), 1237–1262.

Oliveira, M. S., Boff, R. M., Cazassa, M. J., & DiClemente, C. C. (Orgs.). (2017). *Por que é tão difícil mudar? Contribuições do Modelo Transteórico de mudança do comportamento na prática clínica e na promoção de saúde*. Sinopsys.

Petersen, M. G. F., Zamora, J. C., Fermann, I. L., Crestani, P. L., & Habigzang, L. F. (2021). Psicoeducação sobre violência e mindfulness para mulheres com histórico de violência: Uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, *23*(2), 183–200. https://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=393

Rank, J. B., & Rodowski, M. F. (1999). Review of psychological issues in victims of domestic violence seen in emergency settings. *Emergency Medicine Clinics of North America*, *17*(3), 657–677. https://doi.org/10.1016/S0733-8627(0570089-4)

Rocha-Filho, C. R., Cardoso, T. C., & Dewulf, N. L. (2021). *Método e-Delphi modificado: Um guia para validação de instrumentos avaliativos na área da saúde*. Moriá.

Walker, L. (1979). *The battered woman*. Harper & Row.

World Health Organization. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK174250/

World Health Organization. (2024, March 25). *Violence against women.* https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women

Projeto Bem-Vinda Mulher Imigrante: viabilidade e aprendizagens de uma intervenção psicoeducativa comunitária

Patricia Silva[1,2], Henrique Pereira[1,2], Sandra Carriço[3]

[1]Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade da Beira Interior, Portugal

[2] Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento Humano (CIDESD), Portugal

[3] Centro Local de Apoio à Integração de Migrantes do Fundão (CLAIM Fundão), Município do Fundão, Portugal

Autor Correspondente: Patricia Silva. **E-mail:** pg.silva@ubi.pt

Resumo: Este estudo descreve o desenvolvimento participativo e a implementação do Projeto Bem-Vinda Mulher Imigrante (WIW), uma intervenção psicoeducativa comunitária, avaliando a sua viabilidade e sistematizando aprendizagens decorrentes da experiência de implementação com mulheres migrantes. O programa foi construído sequencialmente a partir de uma revisão sistemática, de um diagnóstico nacional com 565 mulheres migrantes, de um grupo focal local com 15 mulheres e de uma revisão participativa com especialistas e parceiros. A intervenção incluiu oito sessões grupais de duas horas cada e foi avaliada através de métodos mistos. Vinte e quatro mulheres iniciaram o programa e 22 completaram a avaliação em T0, T1 e T2 (seis meses). A retenção foi de 91,7%, a presença média de 87,5% e todas as participantes da amostra final cumpriram a dose mínima. Em T1, as participantes apresentaram menor sofrimento psicológico, melhor adaptação psicossocial e níveis mais elevados de literacia de

navegação migratória, sendo esta a mudança mais expressiva. As participantes referiram também agência e autonomia percebidas para lidar com os desafios da migração. Em T2, estes padrões mantiveram-se globalmente, sem diferenças significativas entre T1 e T2 nos indicadores quantitativos. Persistiram, contudo, barreiras institucionais, burocráticas e sociais à aplicação das aprendizagens. A experiência de implementação evidenciou ainda a importância da articulação com parceiros locais, das condições de acessibilidade e da flexibilidade para ajustar conteúdos e organização às necessidades das participantes. Em conjunto, os resultados apoiam a viabilidade do WIW neste contexto e oferecem aprendizagens relevantes para o desenvolvimento de intervenções psicoeducativas comunitárias com mulheres migrantes.
Palavras-chave: mulheres migrantes; investigação participativa baseada na comunidade; CBPR; intervenção psicoeducativa; viabilidade.

Abstract: This study describes the participatory development and implementation of the Welcome Immigrant Women Project (WIW), a community-based psychoeducational intervention, assessing its feasibility and systematizing lessons arising from the implementation experience with migrant women. The programme was developed sequentially from a systematic review, a national needs assessment with 565 migrant women, a local focus group with 15 women, and a participatory review with experts and partners. The intervention comprised eight two-hour group sessions and was evaluated using mixed methods. Twenty-four women started the programme, and 22 completed the assessments at T0, T1, and T2, at six months. Retention was 91.7%, mean attendance was 87.5%, and all participants in the final sample met the minimum dose criterion. At T1, participants showed lower psychological distress, better psychosocial adaptation, and higher levels of migration navigation literacy, with the latter showing the most marked change. Participants also reported perceived agency and autonomy to deal with migration-related challenges. At T2, these patterns were broadly maintained, with no significant differences between T1 and T2 in the quantitative indicators. However, institutional, bureaucratic, and social barriers to applying the learning persisted. The implementation experience also highlighted the importance of collaboration with local partners, accessibility conditions, and flexibility in adapting content and organisation to participants' needs. Overall, the findings support the

feasibility of WIW in this context and provide relevant lessons for the development of community-based psychoeducational interventions with migrant women.
Key-Words: migrant women; community-based participatory research; CBPR; psychoeducational intervention; feasibility.

1. Introdução

A experiência migratória é atravessada por fatores sociais, económicos, culturais e institucionais que podem influenciar a saúde, o bem-estar e as oportunidades de participação no contexto de acolhimento. Para as mulheres migrantes, estas experiências podem ainda articular-se com desigualdades de género, responsabilidades de cuidado, maior exposição à precariedade laboral, dificuldades no acesso a serviços, discriminação e violência, tornando insuficientes respostas de saúde mental centradas exclusivamente em características individuais (McAuliffe & Ceriani Cernadas, 2026; Teodorescu, 2024; UN Women, 2025). Em Portugal, apesar da existência de políticas e serviços orientados para a inclusão, têm sido descritos hiatos entre direitos formalmente reconhecidos e a sua concretização quotidiana, nomeadamente no acesso à informação, proteção social e outros recursos (Oliveira & Peixoto, 2022; Padilla & França, 2020).

Neste contexto, o bem-estar psicossocial e o empoderamento constituem dimensões importantes a considerar no trabalho com mulheres migrantes. O bem-estar psicossocial resulta da interação entre dimensões psicológicas e sociais da experiência, envolvendo a forma como as pessoas se sentem, funcionam, estabelecem relações e respondem às exigências e condições do contexto em que vivem. No processo migratório, este bem-estar pode ser particularmente desafiado pelas mudanças pessoais, relacionais e socioculturais associadas à adaptação a um novo contexto, bem como pelas condições sociais e institucionais encontradas no país de acolhimento (Londoño & McMillan, 2015; Ward, 2022). O empoderamento complementa esta perspetiva ao centrar-se nos recursos e nas possibilidades de ação das pessoas sobre questões relevantes para as suas vidas. Envolve o acesso a recursos, o desenvolvimento de agência e a capacidade de transformar escolhas em ações significativas (Kabeer, 1999; Rappaport, 1987). Para as mulheres migrantes, este processo pode traduzir-se em maior agência e autonomia para tomar decisões, procurar apoio, exercer direitos e mobilizar os recursos disponíveis no contexto de acolhimento.

Intervenções psicoeducativas e comunitárias podem contribuir para estas dimensões ao combinar informação, reflexão, desenvolvimento de competências, apoio social e aproximação aos recursos existentes no território. Neste âmbito, a literacia de navegação migratória pode constituir um recurso particularmente relevante, ao envolver a capacidade de aceder, compreender e utilizar informação sobre direitos, serviços e recursos para responder a necessidades concretas ao longo do processo migratório. Estudos com populações migrantes sugerem que intervenções orientadas para a literacia e para a utilização prática da informação podem favorecer conhecimentos e estratégias para lidar com desafios quotidianos. Contudo, a sua utilidade depende também da adequação às necessidades das participantes, das condições de acesso e participação e da articulação com os recursos existentes no contexto local (Choi, 2017; Tran et al., 2014).

Para que esse potencial se traduza em respostas úteis, é importante compreender não apenas os resultados associados a estas intervenções, mas também a sua viabilidade nos contextos em que são implementadas. A análise da participação, da aceitabilidade e da experiência de implementação pode ajudar a identificar elementos relevantes para o desenvolvimento de respostas comunitárias ajustadas às necessidades de mulheres migrantes. Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo descrever o desenvolvimento participativo e a implementação de uma intervenção psicoeducativa comunitária dirigida a mulheres migrantes, avaliar a sua viabilidade, aceitabilidade e os padrões exploratórios de mudança no bem-estar psicossocial e no empoderamento das participantes ao longo de três momentos de avaliação. Procurou-se ainda sistematizar as principais aprendizagens decorrentes da experiência de implementação.

2. Métodos

2.1 Desenho do estudo e enquadramento metodológico

Foi utilizado um desenho não aleatorizado, de grupo único e medidas repetidas, com integração de métodos quantitativos e qualitativos. As participantes foram avaliadas antes da intervenção (T0), imediatamente após a intervenção (T1) e seis meses depois (T2), entre maio e dezembro de 2025. O desenvolvimento do programa foi orientado pelos princípios da Community-Based Participatory Research (CBPR), que valorizam a participação das comunidades na produção de conhecimento e a adequação dos processos de investigação às necessidades e características dos contextos locais (Collins et al., 2018; Israel et al., 2026; Wallerstein & Duran, 2010). Foi adotado o enquadramento da

Educação para a Saúde orientada para o empoderamento, que privilegia a transmissão de informação e o desenvolvimento de capacidades e de condições que favoreçam maior controlo sobre decisões e determinantes relevantes para a saúde e o bem-estar (World Health Organization [WHO], 1986; World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2012).

Uma Teoria da Mudança foi desenvolvida para explicitar as relações esperadas entre contexto, recursos, componentes, produtos e resultados. Partiu-se do pressuposto de que o acesso a informação sobre direitos, serviços e recursos, combinado com um formato grupal participativo, poderia favorecer o bem-estar psicossocial e o empoderamento, reconhecendo-se, no entanto, que barreiras logísticas, limitações institucionais persistentes e oportunidades reduzidas de aplicar a aprendizagem podem limitar estes resultados (De Silva et al., 2014; WHO, 2024). O protocolo e os materiais suplementares estão disponíveis na página do projeto no OSF (https://osf.io/jt5cy/).

2.2 Desenvolvimento participativo da intervenção

O desenvolvimento do WIW ocorreu em etapas sequenciais, permitindo que decisões sobre conteúdos e implementação fossem informadas progressivamente pela evidência reunida e produzida ao longo do projeto. A primeira etapa consistiu numa revisão sistemática de 13 estudos, envolvendo 585 participantes, que identificou a educação para a saúde/psicoeducação, a reestruturação cognitiva e os formatos grupais ou combinados entre os componentes mais frequentemente associados a resultados favoráveis de bem-estar psicossocial e empoderamento. As melhorias reportadas abrangiam humor, depressão, stress, stress aculturativo, autoestima, autoeficácia, literacia em saúde e sentido de propósito na vida. A revisão também destacou limitações relacionadas com pequenas amostras, qualidade metodológica, sensibilidade contextual e ausência de informação suficiente para replicação (Silva & Pereira, 2023).

A segunda etapa foi um diagnóstico nacional de necessidades, destinado a identificar as principais necessidades de adaptação percebidas pelas mulheres migrantes em Portugal. Foi construído um questionário de resposta mista, a partir da literatura e com o contributo direto de mulheres migrantes e especialistas nas áreas da migração e género, incluindo opções de escolha múltipla e campos abertos para necessidades não previstas. O questionário foi traduzido para cinco idiomas por tradução e retroversão e distribuído online a nível nacional entre janeiro e outubro de 2024, com o apoio de organizações da

sociedade civil que trabalham com comunidades migrantes. A amostra final incluiu 565 mulheres de 68 nacionalidades. A idade média foi de 36,6 anos (DP = 11,43). A maioria era originária da América do Sul (49,4%), seguindo-se a Europa de Leste (11,5%), a África Subsariana (5,8%), o Médio Oriente (5,8%), a Europa Ocidental (5,1%) e a América do Norte (4,4%). Quase metade situava-se em estratos socioeconómicos baixos ou médio-baixos (49,0%), 55,4% residia em Portugal há mais de cinco anos, 59,8% tinha autorização de residência temporária e 33,3% referia um domínio nulo ou elementar do português.

Foram identificadas 25 necessidades de adaptação (Tabela 1), com maior frequência de necessidades estruturais e práticas, incluindo emprego, habitação, cuidados de saúde, informação jurídica e língua, seguidas de discriminação, educação e formação, apoio social e financeiro, recursos de saúde mental e participação na cultura local. Das 565 participantes, 550 indicaram pelo menos uma necessidade, e as mais referidas foram as oportunidades de emprego (66,2%), a habitação acessível e adequada (58,6%) e o acesso a serviços de saúde (52,9%). Estes resultados mostraram que uma intervenção centrada apenas em competências psicológicas não responderia, por si só, à diversidade de obstáculos reportados, o que conduziu a um currículo organizado em torno do acesso, da informação e da participação.

Tabela 1

Necessidades de adaptação referidas no diagnóstico nacional (N = 565).

Necessidade	***n***	**%**
Oportunidades de emprego	374	66,2
Habitação acessível e adequada	331	58,6
Acesso a serviços de saúde	299	52,9
Informação e apoio jurídico	248	43,9
Apoio à aprendizagem da língua	225	39,8
Combate à discriminação e ao preconceito contra imigrantes	213	37,7
Programas de educação e formação	206	36,5
Redes de apoio social	197	34,9
Apoio e orientação financeira	195	34,5
Acesso a recursos de saúde mental	190	33,6
Integração na cultura e nos costumes locais	185	32,7
Sensibilidade cultural dos profissionais dos serviços	179	31,7

Acesso a emprego legal e proteção contra a exploração	168	29,7
Informação sobre recursos e serviços locais	166	29,4
Acesso a transportes públicos	163	28,8
Acesso a prestações sociais e programas de apoio	153	27,1
Segurança na comunidade	152	26,9
Acesso a atividades de lazer e recreativas	151	26,7
Oportunidades de envolvimento e participação comunitária	146	25,8
Barreiras linguísticas no acesso aos serviços	135	23,9
Acesso a representação jurídica e defesa de direitos	112	19,8
Acesso à educação para os filhos	93	16,5
Combate à violência de género e ao abuso	93	16,5
Opções de cuidado infantil acessíveis e fiáveis	82	14,5
Qualidade dos serviços de cuidado infantil	51	9,0

Nota. Cada participante podia indicar mais do que uma necessidade; as percentagens foram calculadas sobre o total da amostra (N = 565), das quais 550 indicaram pelo menos uma necessidade.

A terceira etapa consistiu num grupo focal com 15 mulheres migrantes de cinco nacionalidades residentes no contexto local de implementação. Esta etapa permitiu validar e priorizar necessidades e orientar adaptações relativas ao local, horário, apoios à participação, língua e formas de contacto. Os resultados das três etapas foram posteriormente triangulados numa proposta preliminar de intervenção. A última etapa consistiu na revisão participativa desta proposta com mulheres migrantes, profissionais e parceiros locais, permitindo afinar a estrutura e as condições de implementação.

A tabela 2 apresenta o fluxo do processo de desenvolvimento do programa.

Tabela 2

Etapas de desenvolvimento do programa de intervenção.

Etapa	Fonte e participantes	Informação produzida	Contribuição para o programa
Revisão sistemática	13 estudos; 585 participantes	Componentes de intervenção, resultados reportados e limitações metodológicas	Base científica para o enquadramento psicoeducativo e participativo e para a necessidade de avaliação longitudinal.
Diagnóstico nacional	565 mulheres migrantes; 68 nacionalidades	25 necessidades de adaptação, com destaque para questões estruturais e socioculturais.	Definição das áreas prioritárias a considerar na intervenção e reconhecimento do peso das barreiras.
Adaptação local	Grupo focal com 15 mulheres migrantes; 5 nacionalidades	Priorização de necessidades e condições concretas de participação	Ajustes ao local, horário, apoios, idioma e métodos de contacto.
Revisão participativa	Mulheres, profissionais e parceiros locais	Avaliação da estrutura e pertinência do currículo preliminar	Refinamento dos conteúdos, condições de implementação e adequação ao contexto local.

2.3 Descrição da intervenção e condições de implementação

A intervenção foi composta por oito sessões presenciais de duas horas, realizadas em português entre maio e junho de 2025, das 19h00 às 21h00. A investigadora principal, psicóloga, facilitou o grupo com a participação de profissionais convidados de serviços, associações e recursos comunitários locais. A implementação seguiu uma estrutura previamente definida, mantendo-se responsiva à dinâmica do grupo e às necessidades emergentes. Com exceção da sessão 1, dedicada ao acolhimento e à coesão, as restantes integraram dois blocos temáticos, dinamizados pela equipa e/ou por profissionais convidados, com cerca de 50 minutos por bloco (Tabela 3). Cada sessão integrou três tipos de componentes, transversais a todo o programa: (a) educativo, através da transmissão de informação e clarificação de recursos por especialistas; (b) reflexivo, através da discussão e partilha de experiências entre participantes; e (c) prático, através de exercícios aplicados e planeamento de ações futuras. Esta estrutura articula disseminação de informação, envolvimento afetivo, aprendizagem experiencial e

desenvolvimento de competências, conforme recomendado para contextos psicoeducativos grupais (Brown, 2018).

Tabela 3

Estrutura das oito sessões e operacionalização dos componentes do WIW.

Sessão e foco	Conteúdos/objetivos principais	Intervenientes e entidades
1. Boas-vindas e construção do grupo	Apresentação do programa e das participantes; partilha de expectativas e dúvidas; criação de um espaço de acolhimento e início do fio condutor WIW	Município do Fundão (Mixin); Equipa WIW
2. Comunicação com serviços e regularização	Principais equívocos de comunicação nos serviços; técnicas de comunicação e estratégias para prevenir e lidar com mal-entendidos	Psicólogo e investigador com experiência no apoio à população migrante
	Apresentação das estruturas de apoio e regularização, AIMA e CLAIM; direitos legais das pessoas migrantes e identificação de recursos para informação e apoio	Técnica do Centro Local de Apoio à Integração de Migrantes (CLAIM)
3. Saúde e proteção social	Funcionamento do SNS; saúde da mulher e da criança; acesso aos serviços de saúde e saúde mental; apresentação dos recursos de saúde no Fundão	Profissional da Unidade Local de Saúde da Cova da Beira
	Principais apoios sociais, incluindo maternidade, habitação e desemprego; funcionamento e recursos da Segurança Social no território	Técnica do Centro Local de Segurança Social (ISS)
4. Trabalho e empregabilidade	Plataformas de trabalho disponíveis na região; apresentação do GIP; procura de emprego e empreendedorismo	Técnica do Gabinete de Inserção Profissional (GIP) do Fundão
	Dinâmica prática sobre elaboração do currículo e preparação para entrevistas de emprego em Portugal	Técnica da associação local CLDS 5G FormaRedes
5. Educação e formação	Direitos educacionais de crianças, jovens e adultos; validação de diplomas no ensino regular; apresentação do Centro Qualifica; aprendizagem de línguas e oportunidades de formação	Agrupamento de Escolas e Centro Qualifica do Fundão

Sessão e foco	Conteúdos/objetivos principais	Intervenientes e entidades
	Reconhecimento de diplomas estrangeiros e acesso ao ensino superior; apresentação da UBI; aprendizagem de línguas e oportunidades de formação	Técnica da Universidade da Beira Interior, na área de mobilidade
6. Violência de género e saúde mental e bem-estar	Conceito e diferentes formas de violência; redes de proteção; recursos e locais onde procurar ajuda; apresentação do GIAV	Técnicos do Gabinete pela Igualdade e de Apoio à Vítima (GIAV) do Fundão
	Stress migratório; identificação e mobilização de recursos internos; estratégias de promoção da saúde mental e possibilidades de apoio psicológico	Psicóloga do Centro para as Migrações do Fundão
7. Discriminação, identidade e integração cultural	Formas de manifestação da discriminação na vida quotidiana; estratégias para lidar com essas experiências e identificação de recursos de suporte	Psicóloga e investigadora com experiência no apoio à população migrante
	Identidade e pertença; estratégias para articular a cultura de origem e a cultura de acolhimento; apresentação de redes locais de apoio	Assistente social do Centro para as Migrações do Fundão
8. Planeamento futuro e encerramento	Integração das aprendizagens e planeamento futuro; finalização do fio condutor e reflexão sobre como transmitir as aprendizagens a outras mulheres	Equipa WIW
	Apresentação da AABA e aproximação a recursos associativos locais; entrega de certificados e celebração de encerramento do programa	Associação de Migrantes do Fundão (AABA); Equipa WIW e Mixin

As medidas de acessibilidade foram transversais às oito sessões. As sessões decorreram num espaço comunitário cedido pelo Município do Fundão, selecionado pela acessibilidade, familiaridade para as participantes e adequação ao trabalho de grupo confidencial, e incluíram sempre alimentação, um ambiente informal de partilha, um espaço supervisionado para crianças e a possibilidade de transporte, se necessário. Foi criado um grupo de WhatsApp, utilizado exclusivamente pela facilitadora para lembretes e informação logística. A interação entre participantes neste canal foi deliberadamente evitada, para impedir que se tornasse um componente não planeado da intervenção. No final do programa, as participantes manifestaram interesse em manter o grupo aberto.

2.4 Elegibilidade e recrutamento

Eram elegíveis mulheres migrantes com idade igual ou superior a 18 anos, residentes no Fundão ou municípios vizinhos, com proficiência em português suficiente para participar nas sessões e disponibilidade para completar as avaliações e frequentar pelo menos seis das oito sessões. Não foram aplicados critérios de exclusão relacionados com estatuto legal, escolaridade ou tempo de residência. Um cálculo de potência a priori para ANOVA de medidas repetidas (f= 0,30; α = .05; poder = .80) indicou a necessidade de 20 casos completos. Considerando potenciais desistências e a disponibilidade do espaço, foi prevista a inclusão de até 30 participantes, recrutadas por conveniência através de parceiros locais, entre março e maio de 2025. O protocolo do estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (CE-UBI-Pj-2022-055-ID). Todas as participantes forneceram consentimento informado por escrito nos momentos de avaliação.

2.5 Medidas e análise de dados

A viabilidade foi avaliada através de indicadores de retenção, presença, cumprimento da dose, aceitabilidade e sustentabilidade percebida das aprendizagens. As fontes foram os registos de presença, um diário de campo estruturado preenchido pela investigadora principal após cada sessão (presenças, desenvolvimento da sessão, reações das participantes, dificuldades logísticas ou contextuais e eventuais efeitos não previstos), o feedback escrito e verbal recolhido após cada sessão através do instrumento "WIW Journey Timeline" e perguntas abertas em T1 e T2. Em T1, estas incidiram sobre relevância dos temas, coerência das sessões, aplicabilidade das aprendizagens, autonomia percebida, agência percebida para lidar com desafios migratórios e sugestões de melhoria. Em T2, as questões incidiram sobre a sustentabilidade percebida das aprendizagens e os fatores que facilitaram ou dificultaram a sua aplicação.

Os padrões exploratórios de mudança no bem-estar psicossocial e no empoderamento foram avaliados através de métodos quantitativos. O sofrimento psicológico foi avaliado pelo General Health Questionnaire de 12 itens (Goldberg & Williams, 1988), indicador inverso de saúde mental e bem-estar, em que valores superiores indicam maior sofrimento (α = .758–.898). A adaptação psicossocial foi medida pela Psychosocial Adaptation Scale for Migrant Women (Silva & Pereira, 2025), com 22 itens organizados em adaptação psicológica e sociocultural, em que valores superiores representam melhor adaptação

percebida (α = .758–.826). Em termos de empoderamento, foi avaliada a perceção da literacia de navegação migratória através da Migration Navigation Literacy Scale, escala de 14 itens desenvolvida no âmbito do programa e centrada na capacidade percebida de aceder, compreender e aplicar informação sobre direitos, serviços públicos, saúde, empregabilidade, educação e mecanismos de proteção (α = .898–.964).

Os dados quantitativos foram analisados no SPSS Statistics 31.0. As respostas abertas relativas à mudança foram analisadas por análise temática reflexiva segundo Braun e Clarke (2021). As respostas de viabilidade e o diário de campo foram analisados descritiva e narrativamente, por leitura cruzada das entradas das oito sessões, com frequências e percentagens para indicar a recorrência de cada categoria. As mudanças ao nível grupal foram avaliadas por ANOVA de medidas repetidas, com comparações par-a-par ajustadas por Bonferroni, após verificação dos pressupostos de normalidade e esfericidade.

3. Resultados

3.1 Participantes

Das 30 mulheres recrutadas, quatro foram excluídas antes do início da intervenção: uma por residir fora da área de implementação, duas por incompatibilidade de horário e uma por impossibilidade relacionada com saúde. Das 26 elegíveis, duas não responderam aos contactos subsequentes, pelo que 24 iniciaram o programa. Duas não completaram os três momentos de avaliação: uma desistiu após obter emprego com horário incompatível e uma não completou a avaliação em T2, apesar de ter concluído o programa. A amostra final incluiu 22 mulheres. A idade média foi de 36,5 anos (DP = 10,97). Quanto à nacionalidade, 63,6% eram do Brasil, 22,7% de Cabo Verde, 9,1% de Angola e 4,5% da Ucrânia. O tempo de residência distribuiu-se entre as que residiam em Portugal há um ano ou menos e as que residiam há mais de um ano (11 em cada grupo); 54,5% eram casadas ou viviam em união de facto, 36,4% encontravam-se desempregadas e 54,5% tinham pelo menos uma licenciatura.

3.2 Implementação, retenção e cumprimento da dose

As oito sessões previstas foram realizadas, seguindo a estrutura e a sequência temática planeadas. A retenção até T2 foi de 91,7% (22/24), todas as participantes da amostra final cumpriram a dose mínima e a presença média foi de 7,0 sessões por participante (87,5%).

A sessão 1 registou a presença mais baixa (n= 16) e a sessão 8 alcançou presença total (n= 22). A sessão 5 teve de ser reagendada para uma quarta-feira devido a um feriado, originando quatro ausências que as participantes atribuíram a confusão com a alteração da data. O diário de campo registou maior participação após a adoção sistemática de lembretes e da partilha de fotografias autorizadas das sessões através do WhatsApp.

Os registos do diário de campo identificaram dois padrões relevantes para a implementação. O primeiro foi um desvio sistemático de tempo: a abordagem de temas como saúde, regularização documental e apoio social excedeu os cerca de 50 minutos planeados por bloco temático, reduzindo o tempo disponível para perguntas e partilha. As participantes consideraram todos os temas relevantes, desejando apenas mais tempo para os explorar. O segundo foi uma variação do envolvimento em função da condução: as sessões realizadas com maior abertura e proximidade às participantes tenderam a gerar maior envolvimento grupal, sugerindo que o modo de condução pode ter influenciado a participação. A sessão sobre violência de género e saúde mental gerou uma energia grupal visivelmente menor do que as restantes, suscitando preocupações iniciais quanto à continuidade; não se registou, porém, qualquer desistência associada a essa sessão. Não foram identificados efeitos adversos relacionados com a participação nos registos de rotina, que não constituíram, contudo, uma avaliação sistemática e independente de segurança.

3.3 Aceitabilidade, benefícios e sustentabilidade percebida

A Tabela 4 reúne os indicadores qualitativos de aceitabilidade, benefícios percebidos e sustentabilidade das aprendizagens, bem como as dificuldades reportadas para a sua aplicação. Em T1, todas as participantes referiram ter aprendido conteúdos aplicáveis à vida quotidiana e consideraram as sessões coerentes entre si e associaram o programa a maior agência e autonomia percebidas para lidar com os desafios da migração. Em T2, 21 mantiveram esta perceção, sendo que 21 em 22 associaram o programa a maior empoderamento e autonomia e a melhor capacidade para lidar com desafios migratórios. Em T2, 21 mantiveram estas perceções e algumas descreveram o recurso ao grupo de WhatsApp, mantido aberto após o encerramento, para manter a aprendizagem ativa. As principais dificuldades reportadas em T2 para aplicar as aprendizagens foram sobretudo estruturais e externas à intervenção. A mais frequente foi a burocracia e a inconsistência da informação entre serviços, seguindo-se a discriminação e a xenofobia, as barreiras ao

emprego e a comunicação. Algumas participantes referiram também dificuldades em se afirmar perante problemas ou desafios. No entanto, cinco não reportaram dificuldades de aplicação.

Tabela 4

Indicadores de aceitabilidade, benefícios percebidos, sustentabilidade e dificuldades de aplicação.

Descrição	n	%	Trecho exemplificativo
Aceitabilidade percebida (T1)			
Conteúdos aprendidos aplicáveis à vida quotidiana.	22	100	*"Eram temas importantes para quem vive num país novo, sobretudo sobre serviços, direitos, bem-estar e formas de lidar com as dificuldades do dia a dia"* (P04)*; "Aprendi várias coisas que posso aplicar no dia a dia e também informações que posso transmitir a outras pessoas"* (P08).
Sessões coerentes e bem articuladas entre si.	22	100	*"Os temas de cada sessão eram semelhantes e isso ajudou-nos a compreender-nos melhor entre nós"* (P17)*; "As sessões estavam bem articuladas; uma ajudava a compreender melhor a outra"* (P18).
Benefícios percebidos (T1)			
O programa fortaleceu a perceção de agência e autonomia para lidar com os desafios da migração.	21	95,5	*"O programa promoveu o meu empoderamento e a minha autonomia, porque me senti mais informada e mais confiante para resolver problemas sozinha"* (P08)*; "É libertador saber o que nos beneficia e aquilo a que temos direito"* (P10). *"Deu-me mais orientação e uma melhor noção de como lidar com alguns dos desafios da migração"* (P07)*; "Deu informação útil e mais confiança para procurar ajuda, falar com os serviços e resolver questões do dia a dia"* (P08).
Sustentabilidade percebida (T2)			
O programa continua a fortalecer a perceção de agência e autonomia para lidar com os desafios da migração.	21	95,5	*"Quando enfrento situações desafiantes e difíceis de resolver, tento recordar todas as aprendizagens que tive no programa para tomar uma decisão melhor"* (P02)*; "O que aprendi ajudou-me a estar mais consciente dos meus direitos, a saber melhor onde procurar apoio e a sentir-me mais confiante para lidar com situações de adaptação"* (P18). *"Sei como procurar cada serviço para cada situação"* (P14).

Descrição	n	%	Trecho exemplificativo
Dificuldades de aplicação (T2)			
Persistência de inconsistência da informação e burocracia entre serviços públicos.	9	40,9	*"Muitas vezes, a informação continua a ser confusa ou contraditória entre diferentes serviços e entidades, o que torna muito difícil aplicar com confiança o que aprendi"* (P18)*; "O que é apresentado nem sempre é tão fácil na prática. Os serviços públicos, na sua maioria, não são muito claros nem objetivos, e cada funcionário dá uma informação diferente"* (P03).
Experiências de discriminação, xenofobia e falta de sensibilidade nos serviços e na comunidade.	6	27,3	*"Ainda tenho alguma dificuldade em lidar com situações de xenofobia, mas tento refletir melhor sobre como responder e gerir a situação quando acontece, para não deixar que me afete de forma negativa e depreciativa"* (P02)*; "O atendimento não é empático na maioria das vezes"* (P21).
Barreiras ao emprego e ausência de redes locais de apoio.	4	18,2	*"A minha maior dificuldade é o trabalho, até agora não consegui trabalhar"* (P17)*; "A minha maior dificuldade tem sido o emprego, tem sido muito difícil"* (P16).
Comunicação como barreira à aplicação das aprendizagens.	3	13,6	*"Acho que ainda tenho dificuldade em compreender o que os portugueses dizem"* (P13)*; "A minha maior dificuldade é explicar aos outros (serviços e comunidade) o que aprendi"* (P07).
Dificuldade em afirmar-se perante um problema ou desafio.	2	9,1	*"Às vezes prefiro não dizer nada, em vez de ser desrespeitosa com as pessoas"* (P14)*; "Tenho dificuldade em dizer não quando é não, em dizer a verdade na cara de alguém"* (P20).
Nenhuma dificuldade de aplicação reportada.	5	22,7	*"Nenhuma, tenho usado o que aprendi sempre que posso e quando a situação o exige"* (P22).

Nota. Nas dificuldades de aplicação, as percentagens excedem 100% porque as participantes podiam indicar mais do que uma dificuldade.

Ao nível grupal, observaram-se efeitos significativos do tempo nos três indicadores de bem-estar psicossocial e empoderamento. O sofrimento psicológico apresentou um efeito significativo, $F(2, 42) = 13.48$, $p < .001$, $\eta^2p = .391$, assim como a adaptação psicossocial, $F(2, 42) = 7.42$, $p = .002$, $\eta^2p = .261$, e a literacia de navegação migratória, $F(2, 42) = 41.15$, $p < .001$, $\eta^2p = .662$. As comparações pós-hoc com correção de Bonferroni indicaram diferenças significativas entre T0 e T1 e entre T0 e T2 nos três

indicadores, sem diferenças significativas entre T1 e T2 (Tabela 5). Descritivamente, o sofrimento psicológico diminuiu mais acentuadamente no pós-intervenção, com aumento parcial no seguimento, a adaptação psicossocial apresentou um aumento mais gradual e a literacia de navegação migratória registou o aumento mais expressivo.

Tabela 5

Indicadores de bem-estar psicossocial e empoderamento nos três momentos.

Indicador	T0 M (DP)	T1 M (DP)	T2 M (DP)	Comparações de Bonferroni
Sofrimento psicológico	17,32 (5,06)	10,36 (6,50)	12,09 (6,19)	T0–T1: $p < .001$ T0–T2: $p < .01$ T1–T2: $p > .05$
Adaptação psicossocial	66,23 (8,78)	71,55 (9,19)	72,50 (8,99)	T0–T1: $p < .05$ T0–T2: $p < .05$ T1–T2: $p > .05$
Literacia de navegação migratória	31,27 (7,59)	52,77 (8,41)	47,86 (13,30)	T0–T1: $p < .001$ T0–T2: $p < .001$ T1–T2: $p > .05$

Nota. Valores inferiores de sofrimento psicológico e valores superiores de adaptação e literacia indicam resultados mais favoráveis.

3.4 Sugestões para refinamento

A sugestão de melhoria mais frequente, em T1 e T2, foi a realização de sessões de acompanhamento e de novas edições (40,9%). Seguiram-se sessões mais longas ou em maior número (31,8%) e o aprofundamento de temas como habitação, apoios municipais e direitos laborais (27,3%). Questões logísticas foram referidas por quatro participantes (18,2%), incluindo a necessidade de mais notificações, o horário das sessões e o perfil de alguns profissionais convidados. Duas participantes (9,1%) salientaram a necessidade de mais interação e intercâmbio intercultural e duas (9,1%) pediram mais exemplos práticos e espaço de partilha. A Tabela 6 apresenta estas sugestões.

Tabela 6

Sugestões para refinamento do programa (T1 e T2).

Descrição	n	%	Trecho exemplificativo
Sessões de acompanhamento e novas edições do programa.	9	40,9	*"Espero que o programa possa ser oferecido mais vezes, porque é de grande ajuda para as mulheres migrantes, que enfrentam cada vez mais obstáculos relacionados com a adaptação e a situação legal em Portugal"* (P05, T2).
Sessões mais longas ou maior número de sessões.	7	31,8	*"Seria bom ter mais tempo para cada tema, porque em algumas sessões havia muita informação e pouco tempo para esclarecer dúvidas com calma"* (P08, T1)*; "Talvez um dia por tema — uma sessão de duas horas — para ter mais tempo e calma para abordar cada tema"* (P21, T1).
Temas adicionais ou aprofundados (AIMA, habitação, emprego, legislação laboral, apoios e carta de condução).	6	27,3	*"[Incluir] algo sobre leis e as suas consequências na vida quotidiana, especialmente em relação à Câmara Municipal, à habitação, aos apoios existentes e a como aceder a eles"* (P10, T1)*; "Seria bom reforçar os temas sobre emprego, direitos legais e acesso aos serviços"* (P07, T1).
Questões logísticas (mais notificações, horário das sessões e perfil dos oradores).	4	18,2	*"Eu substituiria um ou dois oradores por pessoas com conhecimento mais aprofundado do tema"* (P03, T1)*; "No meu caso específico, tenho um relógio interno que, depois das 20h, me faz sentir muito cansada e com o pensamento mais lento. Mas compreendo que isto seja muito pessoal e que, em geral, as outras pessoas não tenham outros horários disponíveis para as sessões"* (P09, T1).
Mais espaço para interação entre participantes e intercâmbio intercultural.	2	9,1	*"Os momentos de partilha foram muito valiosos; talvez incluir mais dinâmicas de grupo reforçasse ainda mais a rede de apoio"* (P18, T1)*; "Incluir mais interação entre as diferentes culturas das participantes"* (P02, T1).
Mais exemplos práticos e espaço para partilha de experiências e casos com os facilitadores.	2	9,1	*"Seria útil aprofundar alguns temas com exemplos práticos, para ajudar a aplicá-los melhor no dia a dia"* (P12, T1)*; "Seria útil ter mais apoio para explicar e partilhar com outras pessoas o que aprendemos"* (P07, T1).

Nota. As percentagens excedem 100% porque cada participante podia indicar mais do que uma sugestão.

4. Discussão

O presente estudo descreveu o desenvolvimento participativo e a implementação do programa WIW, examinando a sua viabilidade, aceitabilidade e padrões exploratórios de mudança no bem-estar psicossocial e no empoderamento de mulheres migrantes. Um dos principais contributos do programa reside na articulação entre evidência científica, diagnóstico de necessidades, adaptação local e participação de mulheres migrantes, profissionais e parceiros na definição da intervenção. Esta abordagem permitiu que os conteúdos e as condições de participação fossem ajustados ao contexto, em consonância com os princípios da CBPR, que valorizam a construção conjunta e a responsividade às características das comunidades e dos territórios (Collins et al., 2018; Israel et al., 2026; Wallerstein & Duran, 2010).

Os resultados de implementação apoiam a viabilidade e aceitabilidade do WIW neste contexto. A elevada permanência e participação são particularmente relevantes numa população sujeita a exigências laborais, familiares e administrativas que podem dificultar a continuidade em intervenções. Estudos com populações migrantes e refugiadas têm identificado flexibilidade, acessibilidade, proximidade dos profissionais e resposta a necessidades práticas como fatores importantes para o envolvimento e a retenção (Anderson, 2025; Fernández Capriles et al., 2024). No WIW, medidas como o horário pós-laboral, apoio às crianças, alimentação, lembretes e articulação com parceiros parecem ter contribuído para criar condições favoráveis à participação. Ao mesmo tempo, as dificuldades associadas ao horário, alterações de calendário e duração insuficiente de alguns temas mostram que a acessibilidade deve ser entendida como um processo a monitorizar e ajustar durante todo o processo de implementação.

Os padrões exploratórios de mudança sugerem ainda que diferentes dimensões podem responder de forma distinta a uma intervenção breve. O sofrimento psicológico apresentou uma melhoria mais imediata, enquanto a adaptação psicossocial evoluiu de forma mais gradual. Esta diferença é plausível num contexto em que a saúde mental e a adaptação dependem não apenas de recursos individuais, mas também de relações sociais, condições económicas, emprego, discriminação e acesso efetivo a serviços e oportunidades (Londoño & McMillan, 2015; Nowak et al., 2023; Ward, 2022). Assim, intervenções comunitárias podem fortalecer recursos e formas de enfrentar o processo migratório sem produzir, no mesmo ritmo, alterações em dimensões mais dependentes das condições do contexto.

A literacia de navegação migratória apresentou a mudança mais expressiva, resultado coerente com uma intervenção centrada no acesso, na compreensão e na utilização prática de informação sobre direitos, serviços e recursos. A literatura sobre literacia em populações migrantes sugere que intervenções de literacia e educação em saúde podem melhorar conhecimentos, compreensão, aplicação de informação e autoeficácia, embora continue a existir grande heterogeneidade entre programas e medidas utilizadas (Baumeister et al., 2023; Choi, 2017; Tran et al., 2014). No WIW, a relevância desta dimensão parece estar sobretudo na passagem da informação à ação, isto é, saber onde procurar apoio, como comunicar com os serviços e que recursos mobilizar perante problemas. As perceções de maior agência e autonomia para lidar com os desafios da migração reforçam a pertinência deste enfoque.

Contudo, a persistência de burocracia, informação contraditória, discriminação e dificuldades de emprego evidencia que aumentar os recursos das participantes não elimina os obstáculos existentes no ambiente institucional e social. Uma revisão recente sobre o acesso de mulheres migrantes a serviços de saúde sexual e reprodutiva identificou igualmente barreiras informacionais, linguísticas, económicas, administrativas e discriminatórias, salientando a necessidade de respostas institucionais mais acessíveis e sensíveis às suas necessidades (Pérez-Sánchez et al., 2024). Uma implicação prática do WIW é, portanto, que a aproximação entre participantes e serviços poderá ser mais útil quando a participação institucional inclui informação atualizada, interlocutores identificáveis e possibilidades claras de encaminhamento, e não apenas apresentações pontuais durante as sessões.

As aprendizagens de implementação apontam igualmente para a necessidade de equilíbrio entre abrangência e exequibilidade. O desejo de aprofundar conteúdos e prolongar o acompanhamento deve ser conciliado com a carga de participação e com as mesmas exigências quotidianas que podem dificultar a frequência. Em futuras edições, poderá ser mais útil distinguir conteúdos nucleares de conteúdos complementares, reservar maior tempo para áreas complexas e prever momentos posteriores de acompanhamento, em vez de simplesmente aumentar a duração global do programa. Nesta perspetiva, o WIW parece particularmente transferível como modelo orientado por princípios, no qual se preservam funções centrais como a disponibilização de informação utilizável, a reflexão sobre experiências concretas, a ligação a recursos territoriais e a

redução de barreiras à participação, permitindo adaptar temas, profissionais, duração e condições logísticas a cada contexto. Esta lógica é consistente com recomendações atuais para intervenções complexas, que defendem a preservação das funções essenciais acompanhada de adaptação contextual da sua forma de implementação (Moore et al., 2021).

4.1 Limitações e investigação futura

Os resultados devem ser interpretados à luz de limitações importantes. O desenho não aleatorizado de grupo único não permite estabelecer causalidade nem excluir efeitos do tempo, maturação, regressão à média ou utilização concomitante de outros serviços. A amostra foi pequena e de conveniência, recrutada através de redes institucionais, num único território, e a exigência de proficiência em português restringiu a inclusão de mulheres com outras necessidades linguísticas. Foram utilizadas medidas de autorrelato e a investigadora principal acumulou os papéis de investigadora e facilitadora, podendo existir influência de desejabilidade social. A escala de literacia de navegação migratória foi desenvolvida especificamente para o programa e ainda não possui validação psicométrica independente. Também não foi realizada uma avaliação formal da fidelidade dos componentes. Estudos futuros deverão incluir amostras maiores e mais diversas, formatos multilingues ou estratégias de mediação linguística, grupos de comparação e acompanhamentos mais prolongados. Será também importante avaliar simultaneamente mudança individual e condições institucionais e comunitárias que facilitam ou limitam a aplicação das aprendizagens. A replicação noutros territórios deverá preservar os princípios participativos do desenvolvimento, permitindo adaptações locais e uma maior sistematização dos materiais, atividades, responsabilidades dos intervenientes e procedimentos de monitorização.

5. Conclusão

O WIW mostra a possibilidade de transformar um processo sequencial de produção de conhecimento numa intervenção comunitária participativa dirigida ao bem-estar psicossocial e ao empoderamento de mulheres migrantes. A implementação apresentou elevada retenção, assiduidade e aceitabilidade, e os padrões exploratórios de mudança foram particularmente evidentes na literacia de navegação migratória, acompanhados por perceções de maior agência e autonomia para lidar com os desafios da migração e pelaautonomia, capacidade para lidar com desafios migratórios e utilização prática das

aprendizagens. Estes resultados não constituem evidência de eficácia, mas apoiam a viabilidade do modelo no contexto estudado. O principal contributo do projeto reside igualmente no modo como foi implementado. A articulação entre evidência, necessidades identificadas pelas mulheres, profissionais de diferentes setores, recursos locais e estratégias de acessibilidade permitiu construir uma resposta ajustada ao território. Ao mesmo tempo, a persistência de barreiras burocráticas, laborais e discriminatórias reforça que o fortalecimento dos recursos e capacidades das participantes não substitui mudanças nas condições institucionais. Assim, futuras aplicações do WIW deverão preservar os seus princípios participativos e intersetoriais, adaptando conteúdos e condições de implementação às características de cada contexto.

6. Agradecimentos

Este trabalho integra o projeto de doutoramento financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), Portugal, através da bolsa 2022.11985.BDANA (https://doi.org/10.54499/2022.11985.BDANA). A implementação contou com apoio operacional do Município do Fundão e de parceiros locais. Os autores agradecem às mulheres que participaram no projeto e aos profissionais e instituições que contribuíram para as sessões e para o processo participativo.

7. Referências Bibliográficas

Anderson, J. R. (2025). Acceptability of psychosocial interventions for refugees and asylum seekers: A systematic literature review. *Mental Health Science, 3*(3), e70024. https://doi.org/10.1002/mhs2.70024

Baumeister, A., Aldin, A., Chakraverty, D., Hübner, C., Adams, A., Monsef, I., Skoetz, N., Kalbe, E., & Woopen, C. (2023). Interventions for improving health literacy in migrants. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2023*(11), CD013303. https://doi.org/10.1002/14651858.CD013303.pub2

Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE.

Brown, N. W. (2018). *Psychoeducational groups: Process and practice* (4th ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315169590

Choi, Y. J. (2017). Effects of a program to improve mental health literacy for married immigrant women in Korea. *Archives of Psychiatric Nursing, 31*(4), 394–398. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.04.012

Collins, S. E., Clifasefi, S. L., Stanton, J., The LEAP Advisory Board, Straits, K. J. E., Gil-Kashiwabara, E., Rodriguez Espinosa, P., Nicasio, A. V., Andrasik, M. P., Hawes, S. M., Miller, K. A., Nelson, L. A., Orfaly, V. E., Duran, B. M., & Wallerstein, N. (2018). Community-based participatory research (CBPR): Towards equitable involvement of community in psychology research. *American Psychologist, 73*(7), 884–898. https://doi.org/10.1037/amp0000167

De Silva, M. J., Breuer, E., Lee, L., Asher, L., Chowdhary, N., Lund, C., & Patel, V. (2014). Theory of change: A theory-driven approach to enhance the Medical Research Council's framework for complex interventions. *Trials, 15*, 267. https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-267

Fernández Capriles, I., Armijos, A., Angulo, A., Schojan, M., Wainberg, M. L., Bonz, A. G., Tol, W. A., & Greene, M. C. (2024). Improving retention in mental health and psychosocial support interventions: An analysis of completion rates across a multi-site trial with refugee, migrant, and host communities in Latin America. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 21*(4), 397. https://doi.org/10.3390/ijerph21040397

Goldberg, D. P., & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. NFER-Nelson.

Israel, B. A., Schulz, A. J., Becker, A. B., Reyes, C. L., Parker, E. A., & Reyes, A. G. (2026). Community-based participatory research: Evolution and significant developments. *Annual Review of Public Health, 47*, 135–157. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-082224-022223

Kabeer, N. (1999). Resources, agency, achievements: Reflections on the measurement of women's empowerment. *Development and Change, 30*(3), 435–464. https://doi.org/10.1111/1467-7660.00125

Londoño, Y., & McMillan, D. E. (2015). Psychosocial adaptation: An evolutionary concept analysis exploring a common multidisciplinary language. *Journal of Advanced Nursing, 71*(11), 2504–2519. https://doi.org/10.1111/jan.12723

McAuliffe, M., & Ceriani Cernadas, P. (Eds.). (2026). *World migration report 2026*. International Organization for Migration. https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2026

Moore, G., Campbell, M., Copeland, L., Craig, P., Movsisyan, A., Hoddinott, P., Littlecott, H., O'Cathain, A., Pfadenhauer, L., Rehfuess, E., Segrott, J., Hawe, P., Kee, F., Couturiaux, D., Hallingberg, B., & Evans, R. (2021). Adapting interventions to new contexts—the ADAPT guidance. *BMJ, 374*, n1679. https://doi.org/10.1136/bmj.n1679

Nowak, A. C., Nutsch, N., Brake, T.-M., Gehrlein, L.-M., & Razum, O. (2023). Associations between postmigration living situation and symptoms of common mental disorders in adult refugees in Europe: Updating systematic review from 2015 onwards. *BMC Public Health, 23*, 1289. https://doi.org/10.1186/s12889-023-15931-1

Oliveira, C. R., & Peixoto, J. (2022). Why choose the inclusionary path? Social policy in a recent welfare and immigration country: The case of Portugal. In E. A. Koning (Ed.), *The exclusion of immigrants from welfare programmes* (pp. 195–226). University of Toronto Press. https://doi.org/10.3138/9781487544355-012

Padilla, B., & França, T. (2020). Políticas migratórias em Portugal: Complexidade e hiatos entre a lei e a prática. In L. C. Ribeiro & M. de Oliveira (Eds.), *Sociedades em movimento: Fluxos internacionais, conflitos nacionais* (pp. 131–153). Intermeios. http://hdl.handle.net/10071/26345

Pérez-Sánchez, M., Immordino, P., Romano, G., Giordano, A., García-Gil, C., & Morales, F. (2024). Access of migrant women to sexual and reproductive health services: A systematic review. *Midwifery, 139*, 104167. https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104167

Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology, 15*(2), 121–148. https://doi.org/10.1007/BF00919275

Silva, P., & Pereira, H. (2023). Promoting psychosocial well-being and empowerment of immigrant women: A systematic review of interventions. *Behavioral Sciences, 13*(7), 579. https://doi.org/10.3390/bs13070579

Silva, P., & Pereira, H. (2025). Development and validation of a psychosocial adaptation scale for migrant women (PAS-MW). *Journal of Migration and Health, 12*, 100348. https://doi.org/10.1016/j.jmh.2025.100348

Teodorescu, L. (2024). Women on the move: Understanding the female face of migration to develop targeted policies. *European View, 23*(1), 55–63. https://doi.org/10.1177/17816858241246662

Tran, A. N., Ornelas, I. J., Perez, G., Green, M. A., Lyn, M., & Corbie-Smith, G. (2014). Evaluation of Amigas Latinas Motivando el Alma (ALMA): A pilot promotora intervention focused on stress and coping among immigrant Latinas. *Journal of Immigrant and Minority Health, 16*(2), 280–289. https://doi.org/10.1007/s10903-012-9735-y

UN Women. (2025, December 15). *Women on the move: FAQs on migration and gender*. https://www.unwomen.org/en/articles/faqs/women-on-the-move-faqs-on-migration-and-gender

Wallerstein, N., & Duran, B. (2010). Community-based participatory research contributions to intervention research: The intersection of science and practice to improve health equity. *American Journal of Public Health, 100*(Suppl. 1), S40–S46. https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.184036

Ward, C. (2022). Critical reflections on sociocultural adaptation. *International Journal of Intercultural Relations, 88*, 157–162. https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2022.03.010

World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference

World Health Organization. (2024). *How to develop an evidence-informed theory of change for health: WHO technical guidance*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240097063

World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. (2012). *Health education: Theoretical concepts, effective strategies and core competencies: A foundation document to guide capacity development of health educators*. http://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf

CAPÍTULO 5: Sexualidade e Saúde Sexual

Bem-Estar Sexual e Qualidade de Vida na Lesão Vertebro-Medular: Uma Perspetiva Biopsicossocial

Diana Pinto Coelho[1], Ana Luísa Quinta Gomes [2]

[1] Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal

[2] Centro de Psicologia da Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal

Autor Correspondente: Diana Pinto Coelho **E-mail:** psi.dianapcoelho@gmail.com

Resumo: A lesão vertebro-medular (LVM) é uma condição neurológica que pode provocar alterações físicas, psicológicas, relacionais e sociais, com impacto significativo na qualidade de vida. Apesar de a sexualidade constituir uma dimensão central do bem-estar e um direito humano fundamental, continua frequentemente negligenciada nos processos de reabilitação. A evidência sugere que a satisfação sexual em pessoas com LVM tende a ser mais influenciada por fatores psicológicos, relacionais e sociais do que por variáveis biomédicas. Assim, este estudo pretende avaliar as perceções das pessoas com LVM relativamente à sua sexualidade, analisar a influência dos fatores biológicos, médicos, psicológicos, relacionais e sociais no funcionamento e na satisfação sexuais e explorar o papel destas variáveis na qualidade de vida.

Adotar-se-á um desenho metodológico misto (revisão *scoping,* estudo qualitativo e estudo quantitativo*),* visando uma compreensão biopsicossocial do bem-estar sexual em pessoas com LVM. A recolha e a análise de dados encontram-se em curso. Prevê-se que os fatores psicossociais e relacionais apresentem maior peso na predição da satisfação sexual e da qualidade de vida, comparativamente aos fatores biomédicos. Estes resultados poderão contribuir para o desenvolvimento de intervenções clínicas e programas de promoção da saúde sexual mais inclusivos e adaptados às necessidades desta população.

Palavras-chave: Lesão vertebro-medular; Fatores biopsicossociais; Bem-estar sexual; Qualidade de vida.

Abstract: Spinal cord injury (SCI) is a neurological condition that may lead to physical, psychological, relational, and social changes, with a significant impact on quality of life. Although sexuality is a central dimension of well-being and a fundamental human right, it continues to be frequently neglected within rehabilitation processes. Evidence suggests that sexual satisfaction among individuals with SCI is more strongly influenced by psychological, relational, and social factors than by biomedical variables. Therefore, this study aims to examine the perceptions of individuals with SCI regarding their sexuality, analyse the influence of biological, medical, psychological, relational, and social factors on sexual functioning and sexual satisfaction, and explore the role of these variables in quality of life.

A mixed-methods design (including a scoping review, a qualitative study, and a quantitative study) will be adopted to provide a biopsychosocial understanding of sexual well-being among people with SCI. Data collection and analysis are currently ongoing. It is expected that psychosocial and relational factors will have a greater predictive value for sexual satisfaction and quality of life than biomedical factors. These findings may contribute to the development of more inclusive sexual health interventions and rehabilitation programmes tailored to the specific needs of this population.

Key-Words: Spinal cord injury; Biopsychosocial factors; Sexual well-being; Quality of life.

1. Introdução

A lesão vertebro-medular (LVM) é uma condição neurológica de saúde, provocada por danos ou traumas na medula espinhal, que resultam numa perda sensitiva e motora, parcial ou total (Peter et al., 2015), dependendo do nível (i.e., paraplegia e tetraplegia) e da extensão da lesão (i.e., completa e incompleta) (Krause & Edles, 2014). Com efeito, quanto mais alta ocorrer a lesão na medula espinhal, mais comprometimento haverá nas funções motora, sensorial e autonómica (e.g., frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura corporal, resposta sexual; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2024).

Geralmente, o seu aparecimento é inesperado e brusco, devido à etiologia traumática (e.g., acidentes de viação, quedas, lesões desportivas, violência), em 90% das situações (Aikman et al., 2018). Os estudos apontam para uma incidência crescente, a nível nacional e mundial, com uma estimativa global anual de 40 a 80 novos casos, por milhão de habitantes, totalizando, em 2021, aproximadamente 15,4 milhões de pessoas (OMS, 2024). Sabe-se, ainda, que as LVM ocorrem, maioritariamente, em idade jovem (i.e., inferior a 40 anos; Aikman et al., 2018), predominando, também, nos homens, numa proporção de 2:1 (Sramkova et al., 2017).

Depois de adquirida, a LVM acompanhará a pessoa durante toda a sua vida, podendo desencadear mudanças psicológicas (e.g., sintomatologia ansiosa e depressiva; Craig et al., 2009), sociais (e.g., discriminação; Courtois et al., 2017), económicas (e.g., perda de emprego; Blanes et al., 2009), relacionais (e.g., divórcio; Cramp et al., 2015) e, inclusive, a vivência da própria sexualidade (e.g., alterações na sensibilidade, intensidade do orgasmo, ereção, ejaculação e lubrificação vaginal; Lopes et al., 2022). Estas sequelas, em conjunto com as condições de saúde secundárias (e.g., dor e fadiga crónica, infeções do trato urinário, disfunções intestinais, úlceras de pressão e os problemas circulatórios e respiratórios; Craig et al., 2015) requerem mudanças no estilo de vida pessoal, nas dinâmicas familiares e sociais (Ruiz & Diaz, 2003), constituindo sérios desafios na adaptação à nova realidade e na recuperação a longo-prazo (Craig et al., 2015), impactando assim, significativamente, a qualidade de vida das pessoas (Dickson et al, 2008; Guest et al., 2014).

Por conseguinte, as pessoas com LVM passam, necessariamente, por um processo de adaptação e ajustamento, que não é limitado ao momento em que ocorre a lesão ou ao período de reabilitação (Dibb et al, 2014). Para uma adaptação bem-sucedida, impreterivelmente, tem de haver um ajustamento psicológico contínuo, e ao longo dos anos (Kennedy et al., 2009), o qual implica ajustar-se aos papéis desempenhados nas diferentes esferas da vida (e.g., família, comunidade, emprego; Thompson et al., 2003), redefinir os objetivos e significados de vida marcantes (Davis & Novoa, 2013) e dar continuidade a uma vivência sexual saudável e satisfatória (Drench, 1992). Vários estudos têm evidenciado que, por um lado, a recuperação da função sexual é a principal prioridade para as pessoas com paraplegia e a segunda mais importante para as pessoas com tetraplegia (e.g., neste caso, apenas ultrapassada pela recuperação de movimento nos

membros superiores; Akman et al., 2015), mas por outro, também demonstram que os profissionais de saúde, geralmente, menosprezam ou ignoram o tema junto das pessoas com LVM (Barrett et al., 2022).

Neste sentido, reconhecendo o direito humano à saúde sexual e o papel preponderante da sexualidade na qualidade de vida das pessoas (Ates et al., 2020), é imprescindível refletir sobre possíveis fatores facilitadores de uma vivência satisfatória da sexualidade. Deste modo, ainda que a atividade e a satisfação sexuais possam diminuir após a lesão, a investigação tem revelado que as mesmas não são significativamente determinadas pelas caraterísticas da LVM, evidenciando maior supremacia dos fatores biológicos (e.g., idade), psicológicos (e.g., imagem corporal), sociais (e.g., estigmas) e relacionais (e.g., qualidade dos relacionamentos anteriores) na satisfação sexual (Lopes et al., 2022).

Com efeito, nos fatores biológicos, sabe-se que a satisfação sexual diminui com a idade (Taylan et al., 2021) e que as pessoas que adquirem a lesão, em idade mais jovem tendem a adaptar-se melhor à nova condição, explorando alternativas de expressão sexual (Lopes et al., 2022). Relativamente ao género, a evidência empírica tem revelado algumas diferenças: se, por um lado, a mesma lesão parece comprometer mais a função sexual no sexo masculino, em comparação com o sexo feminino (Sramkova et al., 2017), por outro, as mulheres reportam níveis inferiores de desejo (Cramp et al., 2015), em oposição aos homens que, em alguns casos, até manifestam um acréscimo (Moura et al., 2020). Ademais, a LVM parece repercutir-se mais no estado civil das mulheres, conduzindo a taxas de casamento mais baixas e a maior risco de divórcio, comparativamente aos homens (Cramp et al., 2015). Contudo, as mulheres parecem apresentar maior capacidade adaptativa à "nova" sexualidade, que se traduz numa maior valorização dos aspetos emocionais e relacionais (Drench, 1992) e numa menor importância atribuída ao sexo (Cramp et al., 2015). Por sua vez, os homens demonstram ter maior dificuldade na adaptação sexual, fundamentalmente, devido ao peso cultural atribuído ao desempenho (Drench, 1992).

Não obstante, tanto as mulheres, como os homens priorizam a funcionalidade sexual na recuperação e na adaptação à LVM (Nevin & Melby, 2022): as mudanças de perspetiva acerca da sexualidade (e.g., exploração de áreas não genitais e hipersensíveis) e o tempo decorrido desde a lesão parecem contribuir para um ajuste sexual positivo (Parker & Yau, 2012), levando a que os homens (Mendes et al., 2008) e as mulheres com LVM (Seddon

et al., 2018) reportem níveis consideráveis de atividade e satisfação sexuais. Assim, os fatores psicológicos, relacionais e sociais parecem exercer um papel relevante no funcionamento e na satisfação sexuais da população LVM (Cramp et al., 2015).

Nos fatores psicológicos, importa destacar que as mudanças na aparência corporal, após a lesão, frequentemente inconsistentes com o ideal da cultura ocidental (e.g., ganho de peso, sobretudo, na região abdominal; atrofia muscular nas pernas; Bailey et al., 2015) obrigam a uma reformulação da imagem que têm de si (Cela et al., 2014). Esta dificuldade em aceitar a nova imagem corporal desencadeia baixa autoestima, constituindo uma barreira à satisfação sexual (Parker & Yau, 2012), contrastando com a adaptação pós-lesão que parece favorecer a autoestima e, consequentemente, a satisfação sexual (Ates et al., 2020). Por seu turno, os sentimentos de perda, o medo do abandono, a insegurança, a inadequação às limitações físicas, pós-lesão, e a incapacidade de atingir objetivos futuros parecem dificultar a capacidade do indivíduo se ajustar positivamente às mudanças decorridas na sexualidade (Aikman et al., 2018; Taylan et al., 2021). Alguns estudos apontam, ainda, que os aspetos psicossociais possam ter mais impacto na sexualidade das mulheres, especialmente, em lesões mais baixas e dependentes de excitação psicogénica (Tzanos et al., 2021).

Nos fatores relacionais, o suporte social (e.g., apoio de pessoas com experiências semelhantes), bem como a existência de um parceiro compreensivo desempenham um papel crucial na satisfação sexual (Ates et al., 2020; Parker & Yau, 2012). Experiências positivas de relacionamento, prévias à lesão, a qualidade e a duração do relacionamento, bem como a abertura à experiência e a satisfação do parceiro afetam positivamente a sexualidade das pessoas com LVM. Contrariamente, quando existe um parceiro que não aceita ou não se adapta à situação nova de LVM, impacta negativamente a satisfação sexual da pessoa com LVM (Taylan et al., 2022).

Por fim, alguns estudos apontam que os fatores sociais (e.g., estigmatização e crenças negativas) constituem a maior barreira na adaptação e redefinição da sexualidade após lesão (Courtois et al., 2017). Se, por um lado, Barrett et al. (2024) indicam que os estigmas sobre a deficiência restringem a expressão sexual das pessoas com LVM, por outro, Seddon et al. (2018) verificaram que aquelas que desafiam as normais sociais vigentes reportam níveis mais elevados de satisfação sexual.

Em suma, o escasso número de estudos existentes, a nível mundial, e sobretudo nacional, relativos aos fatores biopsicossociais significativos no funcionamento e satisfação sexuais na população LVM, quando esta revela uma incidência crescente, aflora a premência de um trabalho científico que recolha, analise e discuta a evidência empírica resultante de uma abordagem biopsicossocial (Pascoal, 2023).

1.1 Presente estudo: questões de investigação e objetivos

a) A breve revisão de literatura sugere que o estudo da sexualidade na população LVM persiste como uma problemática em fase embrionária de exploração, especialmente, no contexto português. Neste enquadramento, o presente projeto de doutoramento desenvolve um programa de investigação de metodologia mista, composto por três estudos complementares e interdependentes, dos quais os dois primeiros se encontram atualmente em curso. Assim, a investigação é orientada por três questões centrais: a) Como é que as pessoas com LVM caracterizam a sua sexualidade após a lesão?; b) Quais os fatores biopsicossociais determinantes do funcionamento e da satisfação sexuais de pessoas com LVM? e c) Em que medida o funcionamento e a satisfação sexuais estão associados à qualidade de vida na população LVM?. Estas questões procuram aprofundar a compreensão da relação entre perceções individuais, fatores biopsicossociais e peso do funcionamento e satisfação sexuais na qualidade de vida de uma população, cuja experiência sexual continua a ser marcada por estereótipos, preconceitos e reduzida representação científica.

b) O reduzido número de estudos dedicados aos fatores biopsicossociais associados ao funcionamento e à satisfação sexuais na população LVM, num contexto em que a sua incidência continua a aumentar, sustenta a pertinência do presente trabalho científico, atualmente em desenvolvimento, que procura recolher, integrar e produzir evidência empírica a partir de uma abordagem biopsicossocial da sexualidade na LVM. Neste âmbito, as questões de investigação desdobram-se em sete objetivos específicos. O primeiro é operacionalizado através de uma scoping review, enquanto o segundo e o terceiro objetivos são atualmente explorados através de um estudo qualitativo em curso. Os restantes objetivos serão desenvolvidos numa fase quantitativa subsequente, procurando aprofundar o conhecimento acerca dos determinantes biopsicossociais do bem-estar sexual e do papel deste na qualidade de vida das pessoas com LVM:

c) Mapear a evidência científica disponível acerca da influência do capacitismo na sexualidade das pessoas com LVM;

d) Explorar as experiências e as narrativas pessoais das pessoas com LVM relativamente à sua sexualidade;

e) Compreender o impacto do capacitismo na sexualidade das pessoas com LVM;

f) Caracterizar o funcionamento e a satisfação sexuais, em homens e mulheres, com mais de 18 anos, residentes em Portugal, e com LVM adquirida há, pelo menos, um ano;

g) Investigar a influência dos fatores biomédicos (e.g. idade, género, nível, extensão e tempo da lesão), psicológicos (e.g., flexibilidade psicológica, imagem corporal, distress sexual), sociais (e.g., capacitismo) e relacionais (e.g., estatuto relacional, satisfação relacional) no funcionamento e na satisfação sexuais, nas pessoas com LVM;

h) Determinar os melhores preditores da satisfação sexual na população LVM;

i) Analisar o impacto do funcionamento e da satisfação sexuais na qualidade de vida das pessoas com LVM.

2. Métodos

O presente projeto adota um desenho de investigação de métodos mistos, integrando abordagens qualitativas e quantitativas, de forma a proporcionar uma compreensão abrangente dos determinantes biopsicossociais do bem-estar sexual em pessoas com LVM. A investigação estrutura-se em três estudos complementares e interdependentes, concebidos para responder às diferentes questões de investigação e aprofundar, de forma articulada, o conhecimento sobre a sexualidade nesta população. O primeiro estudo, de natureza teórica, consiste numa scoping review destinada a mapear a evidência científica sobre a influência do capacitismo na sexualidade das pessoas com LVM. O segundo, de abordagem qualitativa, encontra-se atualmente em desenvolvimento e explora as experiências e as narrativas individuais relativas à vivência da sexualidade. O terceiro, de natureza quantitativa, corresponderá à fase subsequente do projeto e procurará identificar os fatores biopsicossociais associados ao funcionamento e à satisfação sexuais, bem como analisar o seu papel na qualidade de vida. Seguidamente, descrevem-se os procedimentos

metodológicos específicos de cada um dos estudos, contemplando o desenho de investigação, os participantes ou critérios de elegibilidade, os instrumentos e/ ou as medidas, os procedimentos de recolha de dados e o respetivo plano de análise.

2.1 O Capacitismo na Sexualidade de Pessoas com LVM: Uma Scoping Review

2.1.1 Desenho de investigação

O primeiro estudo visa mapear a evidência científica disponível acerca da influência do capacitismo na sexualidade das pessoas LVM, através da identificação das dimensões da sexualidade afetadas por este fenómeno, da sistematização das suas formas e domínios de manifestação e do mapeamento das abordagens metodológicas e conceptuais existentes. Para responder a este objetivo, está a ser desenvolvido um estudo de natureza teórica e exploratória, recorrendo à metodologia de scoping review, considerada particularmente adequada para mapear áreas emergentes de investigação, integrar diferentes abordagens metodológicas e identificar lacunas do conhecimento. A revisão segue as orientações metodológicas do Joanna Briggs Institute (JBI; Peters et al., 2024) e as recomendações da checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR; Tricco et al., 2018).

2.1.2 Critérios de elegibilidade

A seleção dos estudos é orientada pela estratégia PCC (População–Conceito–Contexto), recomendada pelo JBI. Consideram-se elegíveis os estudos empíricos que incluam pessoas adultas (≥18 anos) com LVM, abordem o capacitismo - explícita ou implicitamente - no domínio da sexualidade e sejam desenvolvidos em contextos reais de vida, como a comunidade ou os serviços de saúde. Excluem-se os artigos de opinião, as revisões narrativas, os estudos sem acesso ao texto integral e todos os trabalhos que não permitam identificar manifestações de capacitismo relacionadas com a sexualidade.

2.1.3 Instrumentos e medidas

A pesquisa bibliográfica realizou-se nas bases de dados Web of Science, Scopus, PubMed e EBSCOhost, através de uma estratégia de pesquisa estruturada que combinou descritores relacionados com lesão vertebro-medular, capacitismo e sexualidade. Para a organização e sistematização da informação recolhida foi construído um formulário de extração de dados, permitindo reunir informação relativa às características metodológicas dos estudos, às amostras, aos instrumentos utilizados, às manifestações e domínios do

capacitismo, às dimensões da sexualidade abordadas e às principais limitações identificadas.

2.1.4 Procedimentos

A revisão segue as orientações metodológicas do JBI e as recomendações da checklist PRISMA-ScR. A pesquisa bibliográfica foi efetuada sem restrições temporais, tendo sido posteriormente removidas as referências duplicadas através de software de gestão bibliográfica. Numa primeira fase, procedeu-se à análise dos títulos e resumos dos estudos identificados, seguindo-se a leitura integral dos artigos potencialmente elegíveis. A seleção dos estudos e a extração dos dados foram realizadas pelas investigadoras, procurando garantir a consistência e o rigor metodológico ao longo de todo o processo.

2.1.5 Plano de análise

Os dados são analisados através de uma abordagem descritiva e qualitativa. Numa primeira fase, procede-se à caracterização dos estudos incluídos, considerando aspetos metodológicos, contextuais e amostrais. Posteriormente, realiza-se uma análise temática dos resultados, organizando a evidência em categorias conceptuais relacionadas com as manifestações do capacitismo, os seus domínios de expressão e as dimensões da sexualidade afetadas. Esta estratégia permite identificar padrões, tendências e lacunas na literatura existente, contribuindo para uma compreensão integrada do fenómeno.

2.2 Perspetivas Sobre a Vivência da Sexualidade: A Experiência de Pessoas com LVM

2.2.1 Desenho de investigação

O segundo estudo assenta num desenho de investigação descritivo, adotando uma abordagem metodológica qualitativa, de natureza transversal retrospetiva, com recurso a uma amostragem não-probabilística e a uma análise de dados descritivo-interpretativa.

2.2.2 Participantes

São elegíveis para participação, pessoas com uma LVM adquirida há, pelo menos, um ano, residentes em Portugal, com idade igual ou superior a 18 anos e capazes de ler e escrever em português. Prevê-se a inclusão de, pelo menos, 12 participantes, admitindo-se variação do tamanho amostral em função do poder informativo, conforme proposto por (Malterud et al., 2016), procurando assegurar diversidade de experiências e perfis.

2.2.3 Instrumentos e medidas

Atendendo aos objetivos do estudo, estão a ser realizadas entrevistas semiestruturadas, suportadas por um guião previamente construído, pela autora do projeto e pela equipa de orientação, com base na revisão da literatura e na evidência produzida pela scoping review. O guião contempla questões relativas às experiências individuais da vivência da sexualidade após a lesão, incluindo as principais mudanças percecionadas, as barreiras e as dificuldades no acesso à saúde sexual e os significados atribuídos à sexualidade após a LVM. Paralelamente, explora as experiências de capacitismo nos diferentes contextos de vida da pessoa, com enfoque especial na vida relacional e sexual, procurando compreender as especificidades de ser uma pessoa com LVM enquanto ser que deseja e é desejado.

2.2.4 Procedimentos

O estudo foi submetido à Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, e após parecer favorável, foram contactadas unidades hospitalares e associações que acompanham pessoas com LVM, recorrendo-se a uma amostragem por conveniência.

No que concerne à recolha de dados, antes de iniciar a mesma, faz-se um enquadramento do estudo, explicitando os seus objetivos, procedimentos e princípios éticos, nomeadamente a participação voluntária, o anonimato e a confidencialidade. Após a obtenção do consentimento informado, realiza-se a entrevista, através da plataforma *Zoom*. A modalidade *online* foi privilegiada pela sua acessibilidade e adequação às características da população-alvo. Apenas o áudio é gravado, sendo posteriormente transcrito para efeitos de análise. No final da entrevista, é disponibilizada uma carta de esclarecimento pós-investigação com os contactos da equipa responsável e outras informações de apoio relevantes.

2.2.5 Plano de análise

As entrevistas são transcritas na íntegra, organizando-se a sua informação com recurso ao *software* NVivo, versão 15 para *Windows.* Posteriormente, os dados são codificados de acordo com os procedimentos de análise temática reflexiva (Braun & Clarke, 2021), procurando aceder aos significados semânticos e latentes presentes nos discursos e identificar padrões de significado relevantes para os objetivos da investigação.

Este processo é revisto pela equipa de orientação de forma a promover o rigor e a qualidade científica do estudo.

2.3 Preditores Biopsicossociais do Funcionamento e da Satisfação Sexuais e da Qualidade de Vida das Pessoas com LVM

2.3.1 Desenho de investigação

O terceiro estudo assenta num desenho de investigação descritivo, adotando uma abordagem metodológica quantitativa, de natureza transversal retrospetiva, com recurso a uma amostragem não probabilística e a uma análise de dados correlacional e preditiva.

2.3.2 Participantes

Os critérios de inclusão e recrutamento são idênticos aos definidos para o estudo qualitativo. Por meio de uma análise de poder estatístico, considerando um tamanho de efeito moderado, um nível de significância de .05, e um poder estatístico de .80, estima-se um número mínimo de 120 participantes para a realização das análises previstas (Faul et al., 2007).

2.3.3 Instrumentos e medidas

A recolha de dados assenta num protocolo constituído por um questionário sociodemográfico e clínico, desenvolvido para o efeito, e por um conjunto de instrumentos de autorresposta amplamente utilizados na investigação em sexualidade e saúde. O protocolo permite avaliar variáveis biomédicas, psicológicas, sociais e relacionais consideradas relevantes para a compreensão do funcionamento e da satisfação sexuais, bem como indicadores de qualidade de vida e outras variáveis de controlo.

A seleção das dimensões e variáveis em estudo fundamenta-se na evidência científica disponível e é informada pelos conhecimentos produzidos nas fases exploratórias do presente programa de investigação, nomeadamente pela *scoping review* e pelo estudo qualitativo em desenvolvimento, procurando assegurar a adequação conceptual e ecológica do modelo biopsicossocial proposto.

2.3.4 Procedimentos

Os procedimentos éticos e de recrutamento seguem a metodologia descrita no estudo anterior. A recolha de dados será realizada através de uma plataforma *online* segura, permitindo a participação autónoma das pessoas com LVM e garantindo a confidencialidade da informação recolhida. O protocolo de avaliação tem uma duração

aproximada de 45 minutos e a recolha decorrerá até ser atingido o número mínimo de participantes previsto.

2.3.5 Plano de análise

A análise de dados será efetuada através de um *software* estatístico apropriado, o IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, versão 29, para Windows), recorrendo a procedimentos descritivos e inferenciais adequados aos objetivos do estudo. Numa primeira fase, proceder-se-á à caracterização da amostra e das principais variáveis em análise, seguindo-se a exploração das associações entre os diferentes fatores biopsicossociais e os indicadores de funcionamento, satisfação sexual e qualidade de vida. Posteriormente, serão desenvolvidos modelos preditivos destinados a analisar o contributo relativo das diferentes dimensões biopsicossociais na explicação do bem-estar sexual e do seu papel na qualidade de vida das pessoas com lesão vertebro-medular.

3. Resultados esperados

Com base na evidência científica atualmente disponível, espera-se que os três estudos que integram o presente trabalho contribuam para uma compreensão mais abrangente e integrada do bem-estar sexual das pessoas LVM, permitindo aprofundar o conhecimento acerca dos fatores biopsicossociais associados à vivência da sexualidade e à qualidade de vida nesta população.

Relativamente ao primeiro estudo, antecipa-se que a *scoping review* permita sistematizar a evidência científica existente sobre a influência do capacitismo na sexualidade das pessoas com LVM, identificando as principais formas de manifestação deste fenómeno, as dimensões da sexualidade potencialmente afetadas e as principais lacunas da investigação atual. Espera-se, igualmente, que os resultados contribuam para uma maior integração de perspetivas psicossociais e críticas da diversidade funcional no estudo da sexualidade.

No que respeita ao estudo qualitativo, prevê-se que a exploração das experiências e narrativas das pessoas com LVM permita aprofundar a compreensão dos significados atribuídos à sexualidade após a lesão, bem como dos fatores que podem facilitar ou dificultar a adaptação a esta dimensão da vida. Adicionalmente, espera-se que os

conhecimentos produzidos nesta fase contribuam para a identificação de aspetos relevantes da experiência vivida, suscetíveis de informar o desenvolvimento do estudo quantitativo subsequente.

Quanto ao terceiro estudo, espera-se que a integração de variáveis biomédicas, psicológicas, sociais e relacionais permita clarificar o contributo das diferentes dimensões biopsicossociais para o funcionamento e a satisfação sexuais, bem como explorar a sua relação com a qualidade de vida das pessoas com LVM. Neste sentido, antecipa-se que os resultados contribuam para o desenvolvimento de modelos explicativos mais abrangentes e para a fundamentação de futuras intervenções clínicas e programas de promoção da saúde sexual orientados para as necessidades específicas desta população.

4. Discussão

Embora o presente programa de investigação se encontre ainda em desenvolvimento, procura responder a uma lacuna relevante da investigação nacional e internacional sobre sexualidade e LVM. A literatura disponível tem privilegiado uma perspetiva predominantemente biomédica, centrada nas alterações do funcionamento sexual decorrentes da lesão, relegando para segundo plano fatores psicológicos, relacionais e sociais que parecem desempenhar um papel importante na adaptação sexual e na qualidade de vida.

Ao integrar uma *scoping review*, um estudo qualitativo e um estudo quantitativo, o projeto propõe uma abordagem metodológica complementar e interdependente, permitindo analisar a sexualidade das pessoas com LVM de uma forma mais abrangente e contextualizada. Paralelamente, a inclusão do conceito de capacitismo enquanto dimensão de análise constitui um contributo potencialmente inovador, possibilitando explorar de que modo as normas sociais, os preconceitos e as representações acerca da diversidade funcional podem influenciar a vivência da sexualidade.

Espera-se que os conhecimentos produzidos pelas diferentes fases do projeto contribuam para uma compreensão mais integrada dos determinantes biopsicossociais do bem-estar sexual, reforçando a necessidade de ultrapassar modelos estritamente biomédicos de reabilitação e promovendo práticas clínicas que reconheçam a sexualidade como uma dimensão fundamental do bem-estar e um direito humano. Neste sentido, os

resultados poderão fornecer orientações para o desenvolvimento de programas de promoção da saúde sexual mais inclusivos, adaptados às necessidades das pessoas com LVM e sustentados numa perspetiva biopsicossocial.

Por fim, espera-se que este trabalho contribua para o aprofundamento do conhecimento científico sobre a sexualidade na LVM em Portugal, estimulando futuras investigações e favorecendo uma maior integração desta temática na prática clínica, nos programas de reabilitação e nas políticas de promoção da saúde sexual.

5. Referências bibliográficas

Aikman, K., Oliffe, J. L., Kelly, M. T., & McCuaig, F. (2018). Sexual Health in Men With Traumatic Spinal Cord Injuries: A Review and Recommendations for Primary Health-Care Providers. *American Journal of Men's Health, 12*(6), 2044-2054. doi:10.1177/1557988318790

Akman, R. Y., Çelik, E. C., & KarataŞ, M. (2015). Sexuality and sexual dysfunction in spinal cord-injured men in Turkey. *Turkish Journal of Medical Sciences, 45*(4), 758-761. doi:10.3906/sag-1406-61

Ates, E., Ok, E., & Ayaz, Ö. (2020). The Relationship Between Hopelessness and Sexual Problems in Spinal Cord Injury. *Sexuality & Disability, 38*, pp. 603-613. doi:10.1007/s11195-020-09631-6

Bailey, K. A., Gammage, K. L., Ingen, C. v., & Ditor, D. S. (2015). "It's all about acceptance": A qualitative study exploring a model of positive body image for people with spinal cord injury. *Body Image, 15*, 24-34. doi:10.1016/j.bodyim.2015.04.010

Barrett, O. E., Ho, A. K., & Finlay, K. A. (2022). Supporting sexual functioning and satisfaction during rehabilitation after spinal cord injury: barriers and facilitators identified by healthcare professionals. *Journal of Rehabilitation Medicine, 54*, 1-9. doi:10.2340/jrm.v54.1413

Barrett, O. E., Ho., A. K., & Finlay, K. A. (2024). Sexual Activity (Re-)engagement Following Spinal Cord Injury: Identifying Behavior Change Targets for Intervention Development. *Rehabilitation Psychology, 69*(3), pp. 239-253. doi:10.1037/rep0000538

Blanes, L., Carmagnani, M. I., & Ferreira, L. M. (2009). Quality of life and self-esteem of persons with paraplegia living in São Paulo, Brazil. *Quality of Life Research, 18*, 15-21. doi:10.1007/s11136-008-9411-9

Braun, V., & Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology, 18*(3), 328-352. doi:10.1080/14780887.2020.1769238

Cela, M. V., Álvarez, A. Á., Bouza, M. D., & Breen, P. E. (2014). Perception of body scheme, self-esteem and quality of live on people with acquired brain injury. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 132*, 135-141. doi:10.1016/j.sbspro.2014.04.289

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

Courtois, F., Alexander, M., & McLain, A. B. (2017). Women's Sexual Health and Reproductive Function After SCI. *Spinal cord injury rehabilitation, 23*(1), 20-30. doi:10.1310/sci2301-20

Craig, A., Tran, Y., & Middleton, J. (2009). Psychological morbidity and spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord, 47*, 108-114. doi:10.1038/sc.2008.115;

Cramp, J. D., Courtois, F. J., & Ditor, D. S. (2015). Sexuality for Women With Spinal Cord Injury. *Journal of Sex & Marital Therapy, 41*(3), pp. 238-253. doi:10.1080/0092623X.2013.869777

Davis, C. G., & Novoa, D. C. (2013). Meaning-making following spinal cord injury: individual differences and within-person change. *Rehabilitation Psychology, 58*(2), 166-177. doi:10.1037/a0031554

Dibb , B., Ellis-Hill, C., Donovan-Hall, M., Burridge, J., & Rushton, D. (2014). Exploring positive adjustment in people with spinal cord injury. *Journal of Health Psychology, 19*(8), 1043-1054. doi:10.1177/1359105313483158

Dickson, A., Allan, D., & O'carroll, R. (2008). Biographical disruption and the experience of loss following a spinal cord injury: An interpretative phenomenological analysis. *Psychology and Health, 23*(4), 407-425. doi:10.1080/14768320701219136

Drench, M. E. (1992). Impact of Altered Sexuality and Sexual Function in Spinal Cord Injury: A Review. *Sexuality and Disability, 10*(1), pp. 3-14. doi:10.1007/BF01102300

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175-191. doi:10.3758/bf03193146

Guest, R., K, N. P., Tran, Y., Middleton, J., & Craig, A. (2014). A prospective study of the change in quality of life in adults with a newly acquired spinal cord injury. *International Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 2*(5), 1-5. doi:10.4172/2329-9096.1000222

Hogg, R., Zimmerman, D., & Tanis, E. (2024). *Probability And Statistical Inference.* London: Pearson Education Limited.

Kennedy, P., Evans, M., & Sandhu, N. (2009). Psychological adjustment to spinal cord injury: the contribution of coping, hope and cognitive appraisals. *Psychology, Health & Medicine, 14*(1), 17-33. doi:10.1080/13548500802001801

Krause, J. S., & Edles, P. A. (2014). Injury perceptions, hope for recovery, and psychological status after spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology, 59*(2), 176-182. doi:10.1037/a0035778

Lopes, B. S., Verraest, X., Correia, A. R., Ermida, V., Caldas, J., Margalho, P., & Laíns, J. (8 de March de 2022). Sexuality After Spinal Cord Injury. Which Factors Infuence Sexual Activity and Satisfaction? *Sexuality and Disability, 40*, pp. 393-404. doi:10.1007/s11195-022-09730-6

Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2006). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research, 26*(13), 1753 –1760. doi:10.1177/1049732315617444

Mendes, A. K., Cardoso, F. L., & Savall, A. C. (2008). Sexual Satisfaction in People with Spinal Cord Injury. *26*, pp. 137–147. doi:10.1007/s11195-008-9083-y

Moura, A. C., Rodrigues, C. N., Costa, P. H., & Polese, J. C. (2020). The Practices, Orientation, Satisfaction, and Sexual Response in Men with Spinal Cord Injury. *Sexuality & Disability, 38*, pp. 615-623. doi:10.1007/s11195-020-09666-9

Nevin, S., & Melby, V. (2022). Talking about post-injury sexual functioning: The views of people with spinal cord injuries - A qualitative interview study. *International Journal of Nursing Practice, 28*(3), pp. 1-10. doi:10.1111/ijn.12977

Organização Mundial de Saúde. (2015). Sexual health, human rights and the law. Avenue Appia, Geneva, Switzerland.

Organização Mundial de Saúde. (16 de April de 2024). Spinal Cord Injury. Geneva, Switzerland. Obtido de https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/spinal-cord-injury#

Parker, M. G., & Yau, M. K. (2012). Sexuality, Identity and Women with Spinal Cord Injury. *Sexuality & Disability, 30*, pp. 15-27. doi:10.1007/s11195-011-9222-8

Pascoal, P. M. (2023). *Intervenção Psicológica em Sexologia Clínica.* Lisboa: Pactor.

Peter, C., Müller, R., Werner, C. S., Geyh, S., Post, M. W., & Leeuwen, C. M. (2015). Depression in Spinal Cord Injury: Assessing the Role of Psychological Resources. *Rehabilitation Psychology, 60*(1), 67-80. doi:10.1037/rep0000021

Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2024). Revisões de escopo. In E. Aromataris, C. Lockwood, K. Porritt, B. Pilla, & Z. Jordan (Eds.), Manual JBI para síntese de evidências. JBI. https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-09

Ruiz, M. B., & Díaz, A. L. (2003). *Estrategias de Afrontamiento y Proceso de Adaptación a la Lesión Medular.* Madrid: IMSERSO.

Seddon, M., Warren, N., & New, P. W. (2018). ‘I don’t get a climax any more at all’: Pleasure and non-traumatic spinal cord damage. *Sexualities, 21*(3), pp. 287-302. doi:10.1177/1363460716688681

Sramkova, T., Skrivanova, K., Dolan, I., Zamecnik, L., Sramkova, K., Kriz, J., . . . Fajtova, R. (2017). Women’s Sex Life After Spinal Cord Injury. *Sexual Medicine, 5*, 255-259. doi:10.1016/j.esxm.2017.07.003

Taylan, S., Gözüyesil, E., Manav, A. I., & Isık, E. I. (2021). An evaluation of the factors that affect the sexual satisfaction of people with spinal cord injuries. *The Journal of Spinal Cord Medicine, 44*(4), 590-597. doi:10.1080/10790268.2019.1672955

Taylan, S., Özkan, I., & Çelik, G. K. (2022). Experiences of patients and their partners with sexual problems after spinal cord injury: A phenomenological qualitative study. *The Journal of Spinal Cord Medicine, 45*(2), 245-253. doi:10.1080/10790268.2020.1798136

Thompson, N. J., Coker, J., Krause, J. S., & Henry, E. (2003). Purpose in life as a mediator of adjustment after spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology, 48*(2), 100-108. doi:10.1037/0090-5550.48.2.100

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C.,…Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*, *169*(7), 467–473. https://doi.org/10.7326/m18-0850

Tzanos, I.-A., Tzitzika, M., Nianiarou, M., & Konstantinidis, C. (2021). Sexual dysfunction in women with spinal cord injury living in Greece. *Spinal Cord Series and Cases, 7*(41), 40-47. doi:10.1038/s41394-021-00404-7

Desafios da Educação Sexual e Reprodutiva no Contexto Escolar em Moçambique: Entre Políticas e Prática

Célia Zandamela[1 2 5], Sofia Castanheira Pais[1 3], Augusto Joaquim Guambe[4] e Ana Luísa Patrão[1 2]

[1]Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal

[2]Centro de Psicologia da Universidade do Porto (CPUP), Portugal

[3]Centro de Investigação e Intervenção Educativas (CIIE), Portugal

[4]Centro de Investigação da Faculdade de Educação da Universidade Eduardo Mondlane, Moçambique

[5]Ministério da Educação e Cultura (MEC), Moçambique

Autora Correspondente: Célia Zandamela. **E-mail** up202400691@edu.fpce.up.pt

Resumo

A Educação Sexual e Reprodutiva é um pilar fundamental para a saúde e os direitos de adolescentes e jovens. Em Moçambique, apesar da integração de conteúdos nos "Módulos de Habilidades para a Vida", a evidência da sua apropriação no Ensino Técnico-Profissional é escassa. Neste contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar criticamente documentos normativos, políticas públicas e a produção científica sobre educação sexual e reprodutiva no ensino técnico-profissional em Moçambique. Para alcançar este objetivo, realizou-se uma revisão integrativa da literatura (2014-2024), orientada pelo método de Whittemore e Knafl e pelas diretrizes PRISMA. A amostra final compreendeu 22 artigos científicos e 18 documentos institucionais, submetidos à análise de conteúdo. Como resultado, verificam-se avanços normativos, mas uma implementação irregular e fragmentada, focada na prevenção de riscos em detrimento de uma abordagem baseada em direitos. Além disso, persistem desafios críticos, como a gravidez precoce, uniões prematuras e assédio sexual, que impulsionam o abandono escolar entre as meninas.

Palavras-chave: educação profissional; educação sexual e reprodutiva; Moçambique; políticas públicas.

Abstract

Sexual and Reproductive Health Education is a fundamental pillar of the health and rights of adolescents and young people. In Mozambique, despite the integration of such content into the 'Life Skills Modules', there is little evidence of its effective implementation in technical and vocational education. In this context, the present study aimed to critically analyze normative documents, public policies, and scientific literature on sexual and reproductive health education in technical and vocational education in Mozambique. To achieve this objective, an integrative literature review (2014–2024) was conducted, guided by the Whittemore and Knafl method and the PRISMA guidelines. The final sample comprised 22 scientific articles and 18 institutional documents, which were subjected to content analysis. The results indicate regulatory progress, but implementation remains irregular and fragmented, focusing on risk prevention rather than a rights-based approach. Furthermore, critical challenges persist, such as early pregnancy, early marriage, and sexual harassment, which drive school dropout rates among girls.

Keywords: vocational education; sexual and reproductive health education; Mozambique; public policies.

1. Introdução

A sexualidade constitui uma dimensão central da experiência humana, atravessando aspetos biológicos, afetivos, sociais, culturais e políticos (OMS, 2006). Longe de se limitar à esfera privada ou individual, é produzida e regulada por normas, discursos e instituições que definem formas socialmente legítimas de viver o corpo, o género, o desejo e as relações humanas (Foucault, 1999). Neste sentido, a sexualidade não pode ser compreendida apenas como um fenómeno natural, mas também como uma construção social e histórica profundamente marcada por relações de poder.

Do mesmo modo, o género não corresponde a uma condição fixa ou universal. Butler (1999) argumenta que as normas de género são continuamente reproduzidas por instituições sociais que moldam expectativas, comportamentos e formas de pertença. No contexto educativo, estas dinâmicas tornam-se particularmente relevantes, uma vez que a escola não é apenas um espaço de transmissão de conhecimentos, mas também um lugar de produção de valores, normas sociais e modelos de cidadania. Como refere Louro (2008), a educação sexual ultrapassa a lógica meramente informativa ou biomédica,

constituindo um campo atravessado por disputas em torno de direitos, moralidades, identidades e relações de poder.

Nas últimas décadas, a Educação Sexual Abrangente (ESA) ganhou reconhecimento internacional enquanto estratégia promotora da saúde, da igualdade de género e da proteção dos direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e jovens. Evidências científicas demonstram que abordagens abrangentes e baseadas em direitos humanos contribuem para o aumento do conhecimento, da autoeficácia e da adoção de práticas mais seguras e igualitárias entre os jovens (UNESCO, 2018; Michielsen et al., 2022; Kim et al., 2023). Contudo, a implementação destas abordagens continua a ser marcada por tensões entre perspetivas emancipatórias e modelos normativos centrados no controlo dos comportamentos juvenis, frequentemente orientados pelo medo, pela abstinência e pela moralização da sexualidade (Aggleton & Parker, 2015).

No contexto africano, e particularmente em Moçambique, as tensões em torno da implementação da Educação Sexual e Reprodutiva assumem contornos ainda mais complexos, dada a interseção entre desigualdades sociais, normas culturais, relações de género e desafios estruturais no acesso à educação e à saúde. Com o agravamento da epidemia do VIH/SIDA e as preocupações relacionadas com gravidezes precoces e uniões prematuras, Moçambique passou a integrar, de forma mais sistemática, questões ligadas à Educação Sexual e Reprodutiva (ESR) nas políticas públicas e nos programas educativos, sobretudo a partir da implementação do Programa Geração Biz, em 1999. Segundo Fonseca (2017), este programa desempenhou um papel importante na institucionalização de iniciativas voltadas à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens, influenciando, posteriormente, diferentes instrumentos normativos e curriculares ligados à saúde, ao género e à cidadania.

Apesar destes avanços políticos e normativos, a incorporação formal da ESR nos currículos não garante, por si só, práticas educativas transformadoras. Estudos desenvolvidos em Moçambique continuam a documentar desigualdades persistentes que afetam sobretudo raparigas e jovens mulheres, incluindo uniões prematuras, infeção pelo VIH, violência baseada no género e limitações no acesso a informações fiáveis sobre saúde sexual e reprodutiva (Osório, 2008; Fonseca & Manuel, 2022; Muatendauafa et al., 2023). Dados recentes da UNICEF (2025) indicam que cerca de 48,4% das mulheres moçambicanas entre os 20 e os 24 anos casaram ou viveram em união antes dos 18 anos,

enquanto o INSIDA (2021) e o GPPC-VIH (2024) demonstram uma maior prevalência do VIH entre raparigas e jovens mulheres dos 15 aos 24 anos.

No subsistema da Educação Profissional, estas questões adquirem relevância particular. Historicamente orientada para a formação técnica e para a inserção no mercado de trabalho, a Educação Profissional em Moçambique tem privilegiado a formação técnica e a inserção no mercado de trabalho, relegando frequentemente para segundo plano debates relacionados com o desenvolvimento integral da pessoa, a igualdade de género, os direitos sexuais e reprodutivos e a prevenção da violência baseada no género. Ainda que documentos curriculares recentes, como os módulos de Habilidades para a Vida, tenham introduzido conteúdos ligados à sexualidade, à saúde, à cidadania e ao género (ANEP, 2020), persistem fragilidades na integração destas temáticas nas práticas educativas e nas dinâmicas institucionais do Ensino Técnico-Profissional. Acresce que, apesar do crescimento da produção científica sobre saúde sexual e reprodutiva em Moçambique, a literatura que analisa criticamente a incorporação da ESR no contexto da Educação Profissional permanece limitada. A investigação existente tende a concentrar-se no ensino secundário geral, em intervenções comunitárias ou em abordagens biomédicas da saúde sexual, permanecendo escassos os estudos que problematizam o papel do Ensino Técnico-Profissional na promoção de ambientes educativos mais seguros, inclusivos e sensíveis às questões de género e sexualidade.

Neste contexto, o presente estudo desenvolve uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de analisar criticamente a forma como a Educação Sexual e Reprodutiva tem sido incorporada no contexto educativo moçambicano, particularmente no subsistema da Educação Profissional. A partir da análise da produção científica, de documentos normativos e de instrumentos orientadores, procura-se compreender os avanços, limitações e desafios associados à implementação da ESR no Ensino Técnico-Profissional em Moçambique.

2. Métodos

O presente estudo adotou uma revisão integrativa da literatura, complementada pela análise de documentos normativos e curriculares relacionados com a Educação Sexual e Reprodutiva (ESR) em Moçambique, por permitir a integração e síntese crítica de

diferentes tipos de evidência sobre a temática (Whittemore & Knafl, 2005; Sousa et al., 2017). A metodologia seguiu as seis etapas propostas por Whittemore e Knafl (2005): identificação do problema, definição da estratégia de busca, seleção dos estudos, avaliação da qualidade metodológica, análise dos dados e síntese dos resultados. A revisão foi orientada pela seguinte questão de investigação: "Como tem sido incorporada e implementada a Educação Sexual e Reprodutiva no contexto educativo moçambicano, com especial enfoque na Educação Profissional?"

A pesquisa foi realizada entre março e dezembro de 2025 nas bases de dados Google Scholar, SciELO, PubMed, ERIC, DOAJ e ResearchGate. Foram utilizados descritores em português e em inglês relacionados com educação sexual, saúde sexual e reprodutiva, direitos sexuais e reprodutivos, programas educativos, educação profissional e Moçambique, combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR. Paralelamente, foram analisados documentos normativos e curriculares relacionados com a ESR, incluindo legislação educacional, planos estratégicos, relatórios institucionais e materiais pedagógicos.

Foram incluídos estudos publicados entre 2014 e 2024, em português e em inglês, com texto integral disponível e relação direta com a ESR no contexto educativo moçambicano. Excluíram-se materiais sem fundamentação metodológica explícita, estudos realizados fora do contexto nacional e publicações sem relação direta com o objeto da investigação. A identificação, triagem e seleção dos estudos seguiram as diretrizes do protocolo PRISMA 2020 (Page et al., 2021), sintetizadas na Figura 1. Dos 86 documentos inicialmente identificados, após a remoção de duplicados e aplicação dos critérios de elegibilidade, 22 estudos integraram o corpus final da revisão.

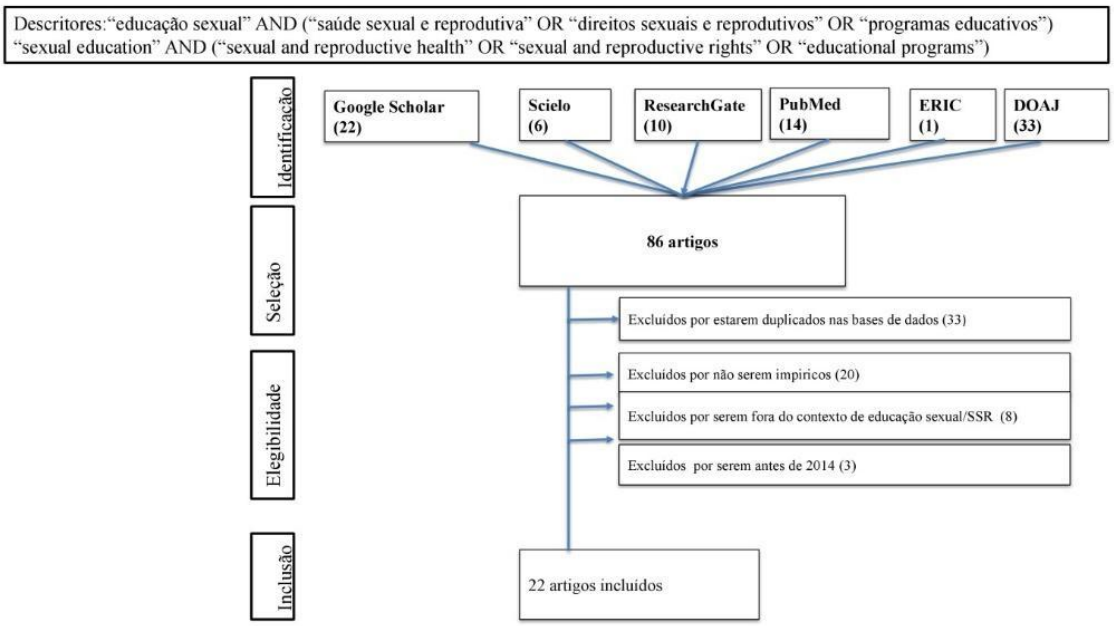
A qualidade metodológica dos estudos selecionados foi avaliada com base nos instrumentos do Joanna Briggs Institute (JBI), e apenas trabalhos classificados como de alta ou moderada qualidade foram incluídos. A extração dos dados foi realizada por meio de uma matriz analítica que contém informações sobre autores, objetivos, metodologia e principais resultados dos estudos.

Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo temática proposta por Amado (2017), o que permitiu identificar padrões, convergências e lacunas na literatura e nos documentos analisados. A interpretação dos resultados foi orientada por uma

perspetiva crítica centrada nas relações entre a sexualidade, o género, os direitos e o currículo.

Figura 1

Fluxograma de Seleção e Inclusão dos Estudos (PRISMA)



3. Resultados

A revisão integrativa reuniu 40 fontes de evidência, integrando 22 estudos científicos e 18 documentos institucionais e normativos relacionados com a Educação Sexual e Reprodutiva (ESR) em Moçambique. A análise de conteúdo permitiu identificar cinco categorias temáticas principais, apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1

Categorias temáticas de análise e focos identificados

Categoria	Focos identificados
Práticas de Educação Sexual no contexto de educação	Operacionalização curricular, formação dos professores, materiais didáticos e ESR na Educação Profissional
Gravidez precoce, uniões prematuras e vulnerabilidades sociais e culturais	Casamento infantil, abandono escolar, pobreza e normas sociais e culturais
Literacia, conhecimentos e comportamentos em SSR	Conhecimentos sobre SSR, comportamentos de risco, contraceção e acesso à informação

Categoria	Focos identificados
Violência, assédio sexual e desigualdades de género em contextos escolares	Violência baseada no género, assédio sexual e formas de proteção
Propostas educativas e institucionais à ESR	Políticas públicas, programas, legislação e iniciativas de promoção da SSR

3.1. Práticas de Educação Sexual no contexto de educação

A operacionalização da ESR no contexto escolar moçambicano ocorre de forma desigual e permanece predominantemente centrada na prevenção do VIH/SIDA e de outros comportamentos considerados de risco. Os estudos identificam limitações relacionadas à formação do corpo docente, à escassez de materiais didáticos e às dificuldades na implementação efetiva dos conteúdos previstos nos currículos e programas de ensino.

No ensino primário e secundário, a ESR está prevista como tema transversal, sobretudo nas disciplinas de Ciências Naturais e de Biologia. Contudo, os documentos curriculares analisados apresentam orientações limitadas para a sua operacionalização pedagógica, conferindo centralidade reduzida à abordagem da sexualidade. Fragilidades semelhantes também foram identificadas nos programas de formação de professores.

No subsistema da Educação Profissional, os conteúdos relacionados com a sexualidade, a saúde e o género encontram-se distribuídos em três dos seis Módulos de Habilidades para a Vida. A análise crítica dos materiais curriculares revelou uma abordagem predominantemente preventiva, centrada no VIH/SIDA, nos comportamentos de risco e na não discriminação. Em contrapartida, observou-se uma integração reduzida de temas relacionados com o consentimento, a diversidade sexual, os métodos contracetivos modernos e os direitos sexuais.

3.2. Gravidez Precoce, Uniões Prematuras e Vulnerabilidades Sociais e Culturais

A gravidez precoce e as uniões prematuras persistem como fenómenos recorrentes entre adolescentes e jovens moçambicanos, fortemente associados a vulnerabilidades económicas, sociais e culturais. A literatura evidencia que fatores familiares, económicos,

culturais e comunitários influenciam estas dinâmicas, associando-se à reduzida literacia em saúde sexual e reprodutiva, à pobreza e ao início precoce da atividade sexual.

As evidências documentais confirmam igualmente os impactos destas vulnerabilidades no abandono escolar, na dependência económica e na limitação das oportunidades educativas e profissionais das raparigas.

3.3. Literacia, Conhecimentos e Comportamentos em Saúde Sexual e Reprodutiva

Os níveis de literacia em saúde sexual e reprodutiva entre adolescentes e jovens mostram-se heterogéneos, persistindo limitações no conhecimento sobre métodos contracetivos, prevenção de infeções sexualmente transmissíveis e utilização dos serviços de SSR.

Adicionalmente, os dados apontam para a persistência de comportamentos de risco associados ao uso irregular do preservativo, ao consumo de álcool em contextos sexuais e à influência de crenças e mitos sobre sexualidade. A documentação institucional evidencia um aumento da procura por serviços de SSR e por programas educativos, embora persistam desigualdades significativas entre contextos urbanos e rurais e entre diferentes grupos juvenis.

3.4. Violência, Assédio Sexual e Desigualdades de Género no Espaço Escolar

A violência baseada no género e o assédio sexual permanecem presentes no espaço escolar moçambicano, afetando o ambiente escolar, as trajetórias educativas e as oportunidades de permanência das raparigas na escola. Paralelamente, persistem estereótipos de género que condicionam as experiências educativas e reforçam as desigualdades entre rapazes e raparigas.

Os instrumentos normativos analisados estabelecem mecanismos formais de prevenção e de denúncia, incluindo a criação das Comissões de Abuso Sexual, Assédio Sexual e Corrupção (CASAC). Foram igualmente identificadas iniciativas de sensibilização e de proteção implementadas em instituições de ensino secundário e técnico-profissional.

3.5. Respostas Educativas e Institucionais à Educação Sexual e Reprodutiva

As respostas educativas e institucionais à Educação Sexual e Reprodutiva em Moçambique incluem iniciativas governamentais e ações desenvolvidas por organizações da sociedade civil voltadas à promoção da saúde sexual e reprodutiva. Entre estas iniciativas destacam-se programas educativos, serviços de aconselhamento, ações de sensibilização comunitária e intervenções direcionadas para a prevenção do VIH/SIDA, da gravidez precoce e da violência baseada no género.

A análise documental revela igualmente uma incorporação gradual da sexualidade nos currículos nacionais, nos programas disciplinares, nos planos de formação de professores e em iniciativas específicas dirigidas ao Ensino Técnico-Profissional. Contudo, observam-se desigualdades significativas na operacionalização destas orientações entre os diferentes contextos educativos.

4. Discussão

A presente revisão integrativa permitiu analisar criticamente a forma como a Educação Sexual e Reprodutiva (ESR) tem sido incorporada no contexto educativo moçambicano, com especial enfoque na Educação Profissional. De forma geral, os achados evidenciam avanços importantes nos âmbitos legislativo, programático e curricular, coexistindo, contudo, com fragilidades persistentes na operacionalização pedagógica, na formação docente e na integração de abordagens mais abrangentes da sexualidade no espaço escolar.

A análise das evidências revela o predomínio de uma abordagem predominantemente preventiva e biomédica da educação sexual, fortemente centrada no VIH/SIDA, nas infeções sexualmente transmissíveis e na gravidez precoce. Embora estas preocupações sejam compreensíveis num contexto marcado por desigualdades sociais e vulnerabilidades sanitárias, a reduzida integração de temas relacionados com consentimento, diversidade sexual, prazer, direitos sexuais e reprodutivos e relações de poder evidencia os limites das abordagens atualmente predominantes. Esta tendência acompanha análises internacionais que apontam para a persistência de modelos normativos centrados no controlo do risco em diferentes contextos africanos (Chandra-Mouli et al., 2015; Guttmacher-Lancet Commission, 2018; UNESCO, 2018).

À luz dos contributos de Foucault (1999), os resultados sugerem que a sexualidade continua a constituir um importante campo de regulação social e institucional. O foco na

vigilância dos comportamentos e na gestão do risco demonstra que a sexualidade tende a ser tratada menos como dimensão integral da experiência humana e mais como objeto de controlo pedagógico e moral. Neste contexto, a escola não apenas transmite conhecimentos, mas também produz discursos que legitimam determinados comportamentos, silenciam outros e condicionam formas socialmente aceitáveis de viver a sexualidade.

Os resultados evidenciam igualmente a persistência de desigualdades de género no contexto educativo moçambicano. A elevada incidência de gravidez precoce, uniões prematuras, violência baseada no género e assédio sexual demonstram que raparigas e jovens mulheres continuam particularmente expostas a vulnerabilidades que comprometem a permanência escolar e as oportunidades educativas. Estas constatações encontram eco em estudos realizados em Moçambique e noutros contextos africanos, que apontam para a influência das normas sociais e de género na reprodução de desigualdades educativas e sociais (Fonseca & Manuel, 2022; Osório, 2008). A partir da perspetiva de Butler (1999), tais desigualdades podem ser compreendidas como resultado de construções sociais e institucionais que produzem expectativas diferenciadas para rapazes e raparigas, reforçando estereótipos e hierarquias de género no espaço escolar.

Paralelamente, os resultados demonstram que as vulnerabilidades associadas à sexualidade juvenil não podem ser compreendidas de forma isolada ou exclusivamente individual. Questões como a gravidez precoce, o abandono escolar, as uniões prematuras, a violência baseada no género e as limitações no acesso à informação resultam da interação entre fatores familiares, comunitários, institucionais, económicos e culturais. Nesta perspetiva, os contributos de Bronfenbrenner (1979) permitem compreender a sexualidade e o desenvolvimento juvenil como fenómenos influenciados por múltiplos níveis ecológicos interdependentes, desde os contextos relacionais imediatos até às estruturas sociais e políticas mais amplas. Tal leitura ajuda a compreender por que intervenções centradas apenas na transmissão de informação tendem a revelar-se insuficientes em contextos marcados por pobreza, desigualdades estruturais, normas de género rígidas e fragilidades institucionais.

No caso específico da Educação Profissional, os resultados demonstram que a integração da ESR ocorre sobretudo por meio dos Módulos de Habilidades para a Vida, o que representa um avanço importante no reconhecimento institucional da temática.

Contudo, a análise dos materiais curriculares evidencia uma abordagem predominantemente centrada na prevenção de riscos, com reduzida incorporação de dimensões relacionadas com a cidadania, os direitos humanos, o consentimento, a igualdade de género e o desenvolvimento integral dos estudantes. Estes resultados sugerem que a forte orientação da Educação Profissional para a empregabilidade e a formação técnica tende a secundarizar as dimensões sociais e humanas da formação.

Observa-se ainda uma contradição entre o currículo formalmente institucionalizado e a sua operacionalização nas práticas educativas quotidianas. Apesar dos documentos normativos reconhecerem a relevância da saúde sexual e reprodutiva e da igualdade de género, os dados analisados apontam para dificuldades persistentes na concretização destas orientações no contexto escolar. Tal contradição reforça perspetivas críticas do currículo que reconhecem os processos educativos como influenciados por valores, crenças, relações de poder e constrangimentos institucionais que condicionam a implementação efetiva das políticas educativas.

As implicações destes resultados para as políticas públicas e para a prática educativa são significativas. Os achados apontam para a necessidade de reforçar os mecanismos de operacionalização e monitoria das orientações pedagógicas relacionadas com a ESR, bem como de investir na formação contínua de professores em metodologias participativas, igualdade de género, direitos humanos e gestão de temas socialmente sensíveis. Os resultados sugerem igualmente a importância de rever os conteúdos atualmente existentes nos currículos do Ensino Técnico-Profissional, ampliando o seu alcance para além da prevenção biomédica e incorporando abordagens alinhadas com os princípios da Educação Sexual Abrangente.

Do mesmo modo, a persistência do assédio sexual e da violência baseada no género evidencia a necessidade de fortalecer os mecanismos institucionais de prevenção, denúncia e proteção, garantindo ambientes educativos mais seguros e inclusivos. Neste sentido, o Ensino Técnico-Profissional é desafiado a afirmar-se não apenas como espaço de formação técnica, mas também como contexto educativo comprometido com a promoção da cidadania, da autonomia, da igualdade de género e dos direitos sexuais e reprodutivos.

Como limitação, esta revisão encontrou disponibilidade reduzida de estudos especificamente dedicados à Educação Profissional em Moçambique, o que restringiu a profundidade analítica sobre este subsistema. Acrescem a heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos e a integração de literatura cinzenta. Para pesquisas futuras, sugere-se o desenvolvimento de estudos empíricos focados na implementação da ESR em instituições concretas de Educação Profissional, bem como investigações que explorem as perceções de estudantes, professores e gestores escolares sobre sexualidade, género e violência baseada no género. Recomenda-se igualmente aprofundar a análise de temas ainda pouco explorados no contexto moçambicano, como o consentimento, a diversidade sexual, as masculinidades e as relações afetivas no espaço escolar.

Em síntese, os resultados demonstram que Moçambique registou progressos importantes na institucionalização da Educação Sexual e Reprodutiva através de políticas públicas, programas educativos e instrumentos curriculares. Todavia, persistem desafios significativos relacionados com a prática pedagógica, a formação docente e a integração de abordagens baseadas nos direitos humanos e na igualdade de género. A principal contribuição deste estudo consiste em evidenciar as tensões existentes entre os avanços normativos e as práticas educativas efetivamente implementadas, particularmente no contexto da Educação Profissional, o que contribui para o aprofundamento do debate científico sobre sexualidade, currículo e políticas educativas em Moçambique.

5. Referências bibliográficas

Aggleton, P., & Parker, R. (2015). *Routledge handbook of sexuality, health and rights*. Routledge.

Amado, J. (2017). *Manual de investigação qualitativa em educação* (3.ª ed.). Imprensa da Universidade de Coimbra.

Butler, J. (1999). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity* (10th anniversary ed.). Routledge.

Chandra-Mouli, V., Lane, C., & Wong, S. (2015). What does not work in adolescent sexual and reproductive health: A review of evidence on interventions commonly

accepted as best practices. *Global Health: Science and Practice, 3*(3), 333–340. https://doi.org/10.9745/GHSP-D-15-00126

Collins, P. H. (2000). *Black feminist thought: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment* (2nd ed.). Routledge.

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum, 1989*(1), 139–167.

Fonseca, A., & Manuel, M. (2022). Normas sociais e género em Moçambique rural. *Revista Estudos Moçambicanos, 8*(2), 88–105.

Foucault, M. (1999). *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Graal. (Obra original publicada em 1976)

Guerra, J. (2014). Género, cultura e sexualidade: Desafios da escola moçambicana. In C. Osório (Org.), *Sexualidade e educação em contextos africanos* (pp. 89–104). Escolar Editora.

Guttmacher–Lancet Commission. (2018). Accelerate progress—Sexual and reproductive health and rights for all. *The Lancet, 391*(10140), 2642–2692. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9

Hancock, A. M. (2007). When multiplication doesn't equal addition: Examining intersectionality as a research paradigm. *Perspectives on Politics, 5*(1), 63–79.

INSIDA. (2021). Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA. Ministério da Saúde.

Joanna Briggs Institute. (2020). *JBI manual for evidence synthesis*. University of Adelaide. https://jbi.global

Kim, C. R., Fitzgerald, M., & Chandra-Mouli, V. (2023). Effective components of comprehensive sexuality education programs. *Journal of Adolescent Health, 72*(1), 15–25.

Louro, G. L. (2008). Género e sexualidade: Pedagogias contemporâneas. *Pro-Posições, 19*(2), 17–23.

Michielsen, K., Chandra-Mouli, V., De Meyer, S., & Temmerman, M. (2022). *Comprehensive sexuality education: Why is it important?* European Parliament.

MINEDH – Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano. (2025). Estratégia de Género do Ensino Técnico Profissional 2025–2034. Maputo: MINEDH.

Moraes, S. P. G. (2015). *Educação sexual e cidadania: Desafios contemporâneos*. Cortez.

Muatendauafa, A. S. R., Jibissone, S. V. E., António, A. J. C., Chacanza, S. C., Jairoce, E. B. A., & Sabonete, A. P. (2023). A problemática de assédio sexual das alunas no meio escolar: Estudo de caso da Escola Secundária de Mutarara em Moçambique (2014–2019). RECIMA21, 4(12), e4124676. https://doi.org/10.47820/recima21.v4i12.4676

Mubate, J. L. J. F. (2024). Educação sexual no programa do Ensino Secundário Geral em Moçambique: análise dos Planos Estratégicos da Educação 1999–2021. Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação, 32(122).

Nelas, P., Ferreira, M., Duarte, J., & Chaves, C. (2022). Saúde sexual e reprodutiva: Conhecimento, atitudes e práticas em adolescentes. *Revista Referência, 6*(1), 21–30.

Osório, C., & Silva, S. (2008). Sexualidade e escola: Entre silêncios e aprendizagens. Revista Moçambicana de Educação, 10(2), 123–138.

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ, 372*, n71. https://doi.org/10.1136/bmj.n71

Pereira, S. dos R. B., Nogueira, M. da C. de O. C., & Osório, N. B. (2025). Explorando a diversidade da sexualidade na maturidade: Um olhar multifacetado. *RIAGE* –

Revista Ibero-Americana de Gerontologia, 6, 1–13. https://doi.org/10.61415/riage.269

República de Moçambique, ANEP. (2020). *Módulos de habilidades para a vida*. Maputo.

Rodríguez-García, M., López, S., & Carvalho, P. (2025). Effectiveness of comprehensive sexuality education to reduce risky sexual behaviours among adolescents: A systematic review. *Social Sciences, 6*(1), 6.

Sell, K., Oliver, K., & Meiksin, R. (2023). Comprehensive sex education addressing gender and power. Sexuality *Research and Social Policy, 20*, 58–74. https://doi.org/10.1007/s13178-022-00782-9

Sousa, L. M. M., Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S. P., & Antunes, A. V. (2017). Metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem, 21*, 17–26.

Tiballi, M., & Chaves, M. (2003). *Educação sexual: Saberes e práticas na escola*. Cortez.

Toronto, C. E., & Remington, R. (2020). *A step-by-step guide to conducting an integrative review*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-37504-1

UNESCO. (2018). *International technical guidance on sexuality education: An evidence-informed approach*. UNESCO.

UNICEF. (2025). Casamentos prematuros em Moçambique – Destaques. https://www.unicef.org/mozambique/en/reports/child-marriage-mozambique

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing, 52*(5), 546–553. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x

World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health,* 28*–31 January 2002*. WHO.

Entre Amor e Desejo: Erotismo na Maturidade e Saúde Sexual

Maria Elizete de Souza[1], Cidália Duarte[1]

[1] Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal

Autor Correspondente: Maria Elizete de Souza **E-mail:** up202400688@edu.fpce.up.pt

Resumo: O erotismo na maturidade constitui uma dimensão central da sexualidade e da saúde sexual, envolvendo desejo, afetos e intimidade para além da genitalidade, sendo conceptualizado como construção simbólica que articula corpo, desejo, imaginação e vínculo nos relacionamentos amorosos. No campo da sexologia, integra dimensões biológicas, psicológicas, relacionais e socioculturais do bem-estar sexual. Este estudo analisa como transformações biopsicossociais entre 45 e 65 anos impactam a experiência erótica, à luz da psicanálise, em diálogo com a psicologia, a sexologia e perspectivas interdisciplinares da sexualidade. Trata-se de uma revisão narrativa, de caráter interpretativo, que analisou estudos publicados entre 2015 e 2025 nas bases Scopus, Web of Science, SciELO e Google Scholar, com critérios de inclusão voltados à maturidade e exclusão de enfoques biomédicos, totalizando 28 estudos em contextos do Brasil e Portugal. Os resultados indicam que o erotismo articula corpo, desejo, vínculo e imaginação, organizando-se em quatro eixos: desejo, corpo e autoimagem, satisfação conjugal e influências socioculturais. Observou-se predominância de abordagens centradas no funcionamento sexual e escassez de investigações sobre dimensões subjetivas. Conclui-se que o erotismo é componente fundamental da saúde sexual na maturidade, contribuindo para práticas de cuidado inclusivas, enfrentamento do etarismo e promoção do bem-estar e qualidade de vida.

Palavras-chave: erotismo; sexualidade; saúde sexual; maturidade; sexologia.

Abstract: Eroticism in maturity constitutes a central dimension of sexuality and sexual health, involving desire, affection, and intimacy beyond genitality, being conceptualized as a symbolic construction that articulates body, desire, imagination, and bonding in

romantic relationships. In the field of sexology, it integrates biological, psychological, relational, and sociocultural dimensions of sexual well-being. This study analyzes how biopsychosocial transformations between the ages of 45 and 65 impact erotic experience, in light of psychoanalysis, in dialogue with psychology, sexology, and interdisciplinary perspectives on sexuality. This is a narrative review, of an interpretative nature, that analyzed studies published between 2015 and 2025 in the Scopus, Web of Science, SciELO, and Google Scholar databases, with inclusion criteria focused on maturity and exclusion of biomedical approaches, totaling 28 studies in contexts from Brazil and Portugal. The results indicate that eroticism articulates body, desire, bonding, and imagination, organizing itself into four axes: desire, body and self-image, marital satisfaction, and sociocultural influences. A predominance of approaches centered on sexual functioning and a scarcity of research on subjective dimensions were observed. It is concluded that eroticism is a fundamental component of sexual health in maturity, contributing to inclusive care practices, addressing ageism, and promoting well-being and quality of life.

Key-Words: eroticism; sexuality; sexual health; maturity; sexology.

1. Introdução

A sexualidade na maturidade tem sido historicamente associada ao declínio do desejo e à perda de vitalidade erótica, sustentando estereótipos que reduzem essa experiência a limitações funcionais e ao enfraquecimento da vida sexual. Tais concepções, frequentemente ancoradas em perspectivas biomédicas e normativas, tendem a invisibilizar dimensões subjetivas, relacionais e simbólicas da experiência sexual ao longo do curso da vida. Em contraposição, o erotismo emerge como dimensão central da experiência sexual humana, articulando desejo, afeto, imaginação, transgressão e vínculo para além da genitalidade e do desempenho (Bataille, 1980; Carvalheira, 2020).

No campo da sexologia, a sexualidade é compreendida como uma dimensão multidimensional da experiência humana, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos, relacionais e socioculturais, incluindo componentes como erotismo, prazer e intimidade, intrinsecamente relacionados à saúde sexual e ao bem-estar (World Health Organization [WHO], 2006). Nesse contexto, a sexologia configura-se como um campo interdisciplinar que investiga cientificamente a sexualidade em suas múltiplas expressões ao longo da

vida, reconhecendo o erotismo como uma dimensão específica da experiencia sexual, relacionada aos seus aspectos subjetivos, simbólicos e relacionais.

Perspectivas contemporâneas da sexologia vêm ampliando modelos tradicionalmente centrados na função e na disfunção sexual, incorporando dimensões subjetivas, relacionais e socioculturais da sexualidade, com ênfase na intimidade, no bem-estar, na qualidade dos vínculos e na satisfação relacional (WHO, 2006; Carvalheira, 2020; Muise & Impett, 2016; Hinchliff et al., 2020).

Nesse enquadramento, o erotismo pode ser compreendido como dimensão subjetiva, simbólica e relacional da experiência sexual, articulando corpo, desejo, imaginação, trangressão, intimidade, vínculo e os significados socioculturais atribuídos à sexualidade (Bataille, 1980; Carvalheira, 2020; Fellmann & Walsh, 2016; Gregori, 2016; Jamea, 2022; Cursino et al., 2023). Diferentemente de conceções centradas exclusivamente na genitalidade ou no desempenho, o erotismo envolve formas de expressão do desejo, da fantasia e da intimidade atravessadas por dimensões afetivas, culturais e inconscientes, contribuindo para a construção da experiência sexual ao longo da vida.

Entre os 45 e 65 anos, período frequentemente descrito como meia-idade ou vida adulta madura, observam-se importantes transformações biopsicossociais que impactam a vivência da sexualidade sem implicar seu desaparecimento. Embora a literatura sobre sexualidade e envelhecimento tenha crescido nas últimas décadas, observa-se relativa escassez de investigações que contemplem especificamente essa faixa etária, sendo mais frequentes investigações que abragem grupos etários muito amplos ou populações com 60, 65 anos ou mais, com a utilização de categorias como 'idosos', 'terceira idade' ou 'adultos mais velhos".

Estudos contemporâneos caracterizam essa etapa como um período de mudanças corporais, hormonais, relacionais e sociais que não corresponde, contudo, ao estatuto demográfico de velhice (Infurna et al., 2020; Harlow et al., 2023). Evidências indicam que a sexualidade tende a ressignificar-se nesse período, deslocando-se de uma lógica centrada no desempenho para formas mais afetivas, simbólicas e relacionais de intimidade e prazer (Træen et al., 2019; Štulhofer et al., 2020; Bouchard et al., 2023).

Essas transformações são mediadas não apenas por fatores biológicos, mas também por construções socioculturais que influenciam a forma como o desejo é vivido, expresso ou silenciado. O etarismo, os discursos normativos sobre corpo e sexualidade e as expectativas de gênero podem restringir ou reconfigurar a experiência erótica na

maturidade, ao mesmo tempo em que possibilitam novas formas de negociação da intimidade e do prazer (Carvalheira, 2020; Fileborn et al., 2015; Hinchliff et al., 2020; Queiroga et al., 2018; Rosa et al., 2019; Towler et al., 2021).

Do ponto de vista teórico, diferentes campos contribuem para a compreensão do erotismo. A psicanálise o concebe como expressão do inconsciente articulada à pulsão, à linguagem e à dinâmica do desejo (Freud, 1905/2016; Lacan, 1958–1959/2016). Na filosofia, o erotismo é compreendido como experiência de transgressão e criação (Bataille, 1980). Já na sociologia, é analisado a partir das transformações contemporâneas da intimidade e da construção dos vínculos afetivos (Giddens, 1993; Bauman, 2004), enquanto a teoria dos roteiros sexuais enfatiza sua dimensão cultural e interacional (Gagnon & Simon, 1973). Em conjunto, essas abordagens convergem ao compreender o erotismo como linguagem simbólica e relacional que articula corpo, desejo e vínculo.

No âmbito da sexologia contemporânea, o erotismo vem sendo reconhecido como componente relevante da saúde sexual, uma vez que envolve intimidade, satisfação relacional, bem-estar emocional e qualidade de vida, dimensões que têm sido associadas a indicadores positivos de saúde e bem-estar em adultos mais velhos e não se restringindo à ausência de disfunções sexuais (WHO, 2006; Carvalheira, 2020; Souza Júnior et al., 2021; Dantas et al., 2017). Estudos recentes indicam que, na maturidade, a satisfação sexual tende a estar menos associada ao desempenho e mais vinculada à comunicação afetiva, à criatividade erótica e à construção de sentidos compartilhados nos relacionamentos (Bouchard et al., 2023; Jamea, 2022; Muise & Impett, 2016;Štulhofer et al., 2020).

Apesar do crescente reconhecimento da sexualidade na maturidade como dimensão relevante da saúde e do bem-estar, ainda são limitadas as discussões que abordam especificamente o erotismo em sua dimensão subjetiva e relacional, especialmente na produção científica disponível nos contextos brasileiro e português e em interlocução interdisciplinar entre sexologia, psicanálise e estudos socioculturais. Nesse sentido, compreender o erotismo como dimensão central da saúde sexual na maturidade implica deslocar o foco de modelos biomédicos normativos para abordagens que valorizem a subjetividade, a relacionalidade e os contextos socioculturais em que a experiência sexual se inscreve.

Diante disso, a presente revisão narrativa tem como objetivo discutir o erotismo como dimensão da saúde sexual na maturidade, analisando contribuições teóricas e empíricas

sobre desejo, intimidade e vínculos amorosos ao longo do envelhecimento adulto, com especial atenção às implicaçõoe desses conhecimentos para a compreensão da experiencia erótica entre adultos de 45 a 65 anos, incluíndo contribuições provenientes dos contextos brasileiro e portugues.

2. Métodos

2.1 Desenho do estudo

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, de caráter interpretativo e hermenêutico, desenvolvida com o objetivo de compreender o erotismo como dimensão da saúde sexual na maturidade. A revisão narrativa constitui uma abordagem adequada para a análise de fenómenos complexos, multidimensionais e de difícil operacionalização empírica direta, permitindo integrar diferentes perspetivas teóricas e metodológicas e produzir uma compreensão abrangente de determinado campo de conhecimento (Baethge et al., 2019).

Diferentemente das revisões sistemáticas, que procuram responder a questões específicas mediante procedimentos rigorosos de busca, seleção e avaliação da evidência, a revisão narrativa privilegia a análise crítica e a integração conceptual da literatura, favorecendo a discussão de constructos complexos, multidimensionais e de natureza subjetiva, como o erotismo, o desejo, a intimidade e os vínculos amorosos (Baethge et al., 2019).

2.2 Procedimentos de busca e seleção da literatura

O processo de levantamento, seleção e análise da literatura decorreu entre janeiro e agosto de 2025. A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados Scopus, Web of Science, PubMed, PsycINFO, SciELO, PePSIC e Google Scholar, selecionadas pela sua relevância e complementaridade nas áreas da saúde, psicologia, sexologia e ciências sociais.

Foram utilizados os descritores erotismo, sexualidade, saúde sexual, maturidade, envelhecimento, intimidade, desejo, relacionamento amoroso e autoimagem corporal, bem como os respetivos correspondentes em inglês e espanhol, combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, de acordo com as especificidades de cada base de dados.

Com o objetivo de ampliar a compreensão do fenómeno investigado, foram considerados artigos científicos revistos por pares, dissertações e teses que apresentassem relevância teórica ou empírica para a temática em análise, publicados entre 2015 e 2025, com texto completo disponível e redigidos em português, inglês ou espanhol.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e a avaliação da pertinência temática das publicações identificadas, foram selecionados 28 estudos para compor o corpus de análise desta revisão narrativa**.**

Considerando a sobreposição parcial entre bases multidisciplinares e especializadas, os documentos identificados foram organizados numa matriz de síntese elaborada para este estudo, contendo informações relativas à autoria, ano de publicação, objetivos, características metodológicas, principais resultados e limitações. Esse procedimento permitiu sistematizar o material selecionado, facilitar a comparação entre diferentes abordagens e assegurar maior transparência no processo de análise.

2.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos estudos que abordassem a sexualidade e/ou o erotismo em adultos com idade igual ou superior a 45 anos, privilegiando investigações que contemplassem dimensões subjetivas, relacionais, afetivas e socioculturais da experiência sexual. Foram igualmente considerados trabalhos teóricos e empíricos que contribuíssem para a compreensão do desejo, da intimidade, da satisfação sexual e das dinâmicas relacionais na maturidade.

Foram excluídos estudos centrados exclusivamente em aspetos biomédicos da sexualidade, particularmente aqueles direcionados para disfunções sexuais, alterações fisiológicas ou desempenho sexual, sem discussão das dimensões subjetivas, simbólicas ou relacionais da experiência erótica. Também foram excluídos trabalhos sem relação direta com os objetivos da presente revisão, bem como publicações sem acesso ao texto integral.

2.4 Análise dos dados

A análise dos 28 estudos selecionados seguiu uma abordagem hermenêutico-interpretativa, adequada à compreensão de fenómenos complexos e multidimensionais relacionados à sexualidade humana. A seleção dos documentos ocorreu mediante leitura sucessiva dos títulos, resumos e textos completos, considerando a sua pertinência em

relação aos objetivos do estudo, a consistência teórica dos argumentos apresentados e a sua contribuição para a compreensão do erotismo na maturidade.

A leitura analítica dos trabalhos permitiu identificar recorrências, convergências, divergências e lacunas na literatura, favorecendo a construção de categorias interpretativas capazes de integrar diferentes perspetivas disciplinares. A partir desse processo, foram definidos quatro eixos temáticos que orientaram a discussão dos resultados: (1) desejo; (2) corpo e autoimagem; (3) vínculo e satisfação conjugal; e (4) influências socioculturais na experiência erótica da maturidade.

Por se tratar de uma revisão narrativa, não foi realizado um procedimento formal de avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos. A seleção e interpretação da literatura privilegiaram a relevância temática, a consistência conceptual e a contribuição teórica das publicações para a compreensão do fenómeno investigado.

3. Resultados

A análise da literatura permitiu identificar quatro eixos temáticos centrais para a compreensão do erotismo na maturidade: (1) erotismo e desejo; (2) corpo e autoimagem; (3) erotismo, vínculo e satisfação conjugal; e (4) influências socioculturais. De modo geral, os estudos analisados convergem ao demonstrar que a experiência erótica permanece significativa entre adultos de meia-idade e em processo de envelhecimento, embora seja atravessada por transformações corporais, relacionais e socioculturais que reconfiguram as formas de expressão do desejo, da intimidade e da sexualidade.

3.1 Erotismo e desejo na maturidade

Os estudos analisados indicam que o desejo sexual persiste na maturidade, ainda que se reorganize em função de fatores subjetivos, relacionais e contextuais. Observou-se consenso na literatura quanto ao facto de o desejo não desaparecer com o avançar da idade, sendo influenciado por experiências de vida, qualidade dos vínculos afetivos e condições socioculturais (Fileborn et al., 2015; Hinchliff et al., 2020; Træen et al., 2019).

A análise evidenciou ainda um deslocamento progressivo da centralidade atribuída ao desempenho sexual para formas de vivência mais associadas à intimidade, à imaginação, à reciprocidade afetiva e ao reconhecimento mútuo. Nesse contexto, o erotismo emerge como dimensão relacional e simbólica da sexualidade, contribuindo para a manutenção

do desejo e do investimento afetivo nos relacionamentos amorosos (Carvalheira, 2020; Jamea, 2022).

Os estudos convergem ao sugerir que a experiência erótica na maturidade tende a assumir configurações mais diversificadas e menos dependentes de parâmetros normativos tradicionalmente associados à juventude, favorecendo formas mais amplas de expressão da intimidade e do prazer.

3.2 Corpo e autoimagem

A relação com o corpo foi identificada como um dos elementos centrais da experiência erótica na maturidade. Os estudos analisados apontam que a apreciação corporal está positivamente associada à satisfação sexual, ao bem-estar psicológico e à qualidade das relações íntimas (Tylka & Wood-Barcalow, 2015; Gillen & Markey, 2019).

Por outro lado, observou-se que a insatisfação corporal pode atuar como fator mediador de dificuldades sexuais, influenciando negativamente a experiência erótica por meio de inseguranças, preocupações com a aparência e distrações cognitivas durante a interação sexual (Carvalheira et al., 2017).

Apesar da influência persistente de padrões estéticos e discursos socioculturais que valorizam a juventude, o estudo de Goldenberg (2019) indica processos de ressignificação da relação com o corpo ao longo da maturidade. A autora verificou uma maior aceitação das mudanças corporais e valorização das experiências sensoriais e afetivas, favorecendo formas mais integradas de vivência do erotismo.

3.3 Erotismo, vínculo e satisfação conjugal

Os estudos analisados evidenciam que o erotismo desempenha papel relevante na manutenção dos vínculos amorosos e na qualidade das relações conjugais. A literatura converge ao indicar que a satisfação sexual na maturidade está menos associada à frequência das relações sexuais ou ao desempenho e mais relacionada à intimidade emocional, à qualidade da comunicação e à capacidade de adaptação dos parceiros às mudanças decorrentes do ciclo de vida (Bouchard et al., 2023; Muise & Impett, 2016; Štulhofer et al., 2020).

A análise revelou ainda que a criatividade erótica, a flexibilidade dos roteiros sexuais e a negociação contínua das necessidades afetivas e sexuais constituem fatores

importantes para a manutenção do desejo e da satisfação relacional (Rosa et al., 2019). Tais recursos parecem favorecer a continuidade da vida erótica, mesmo diante de transformações corporais, desafios de saúde e mudanças contextuais características da maturidade (Dantas et al., 2017; Souza Júnior et al., 2021).

Nesse sentido, os resultados sugerem que o erotismo atua não apenas como componente da sexualidade, mas também como elemento estruturante da intimidade e da construção de sentidos compartilhados nos relacionamentos amorosos.

3.4 Influencias socioculturais

A análise da literatura evidenciou que a experiência erótica na maturidade é profundamente influenciada por fatores socioculturais, incluindo normas de género, representações sociais do envelhecimento e discursos culturais sobre corpo e sexualidade, permitindo identificar algumas especificidades em contextos lusófonos.

No Brasil, determinados estudos destacam a centralidade e a valorização do corpo, associadas a exigências estéticas que podem influenciar a construção da identidade, da atratividade e das experiências de sexualidade na maturidade (Goldenberg, 2019). Em Portugal, investigações apontam a influência de normas socioculturais na forma como a sexualidade e o desejo são expressos e percebidos, particularmente entre mulheres mais velhas (Queiroga et al., 2018). Embora não se trate de uma análise comparativa entre os dois contextos, esses estudos sugerem que fatores culturais participam da construção das experiências de intimidade, desejo e erotismo, influenciando os significados atribuídos à sexualidade ao longo da vida e favorecendo processos de negociação subjetiva e de ressignificação da intimidade e do desejo (Gregori, 2016; Carvalheira, 2020).

Os estudos convergem ao apontar que o etarismo e os estigmas associados à sexualidade em idades mais avançadas contribuem para a invisibilização do desejo e para a restrição da expressão erótica (Fileborn et al., 2015; Towler et al., 2021; Queiroga et al., 2018).

Observou-se ainda que as expectativas de género continuam a influenciar significativamente a forma como homens e mulheres vivenciam e expressam a sexualidade na maturidade, afetando perceções de atratividade, legitimidade do desejo e possibilidades de construção da intimidade. (Queiroga et al., 2018; Towler et al., 2021).

Tabela 1

Eixos temáticos de análise identificados na literatura sobre erotismo na maturidade

Eixo temático	Dimensões centrais	Principais contributos identificados
Erotismo e desejo	Desejo, intimidade e prazer	Persistência e ressignificação do desejo na maturidade
Corpo e autoimagem	Imagem corporal e satisfação sexual	Influência da percepção corporal na experiência erótica
Vínculo e satisfação conjugal	Comunicação, intimidade emocional e criatividade erótica	Importância da qualidade relacional para a satisfação sexual
Influências socioculturais	Etarismo, género e contexto cultural	Impacto das normas sociais na expressão do erotismo

Nota: Elaboração própria com base na literatura analisada.

3.5 Síntese dos achados e lacunas identificadas

De forma geral, os resultados apontam que o erotismo permanece como dimensão relevante da saúde sexual na maturidade, articulando desejo, intimidade, satisfação relacional e construção identitária. A análise da literatura evidencia uma tendência consistente de afastamento de modelos centrados exclusivamente no desempenho sexual, favorecendo compreensões mais amplas e integradas da experiência erótica.

Apesar dos avanços observados, a literatura analisada revelou escassez de estudos centrados especificamente no erotismo enquanto constructo teórico autónomo, sendo mais frequente a sua abordagem indireta por meio de conceitos como satisfação sexual, intimidade, bem-estar ou qualidade relacional. Observou-se ainda reduzida produção comparativa envolvendo os contextos brasileiro e português, bem como limitada integração entre perspetivas provenientes da sexologia, da psicologia, da psicanálise e das ciências sociais. Essas lacunas sugerem a necessidade de investigações futuras que aprofundem a compreensão do erotismo como dimensão específica da saúde sexual na maturidade.

4. Discussão

Os resultados desta revisão narrativa indicam que o erotismo na maturidade constitui uma dimensão central da saúde sexual, articulando aspetos simbólicos, subjetivos, relacionais e socioculturais da experiência humana. Em consonância com perspetivas contemporâneas da sexologia, os estudos analisados apontam para um deslocamento de modelos centrados na função e no desempenho sexual para abordagens que valorizam o bem-estar, a intimidade, a qualidade dos vínculos e a satisfação relacional (Carvalheira, 2020; World Health Organization, 2006).

Os achados corroboram evidências previamente descritas na literatura, segundo as quais a sexualidade na maturidade não desaparece, mas se reorganiza em função de transformações corporais, afetivas e contextuais, assumindo configurações distintas ao longo do curso da vida (Træen et al., 2019; Štulhofer et al., 2020; Bouchard et al., 2023). Nesse contexto, o erotismo emerge como elemento estruturante da experiência sexual, contribuindo para a manutenção do desejo, da intimidade e do investimento afetivo nos relacionamentos amorosos. De igual modo, os resultados evidenciam que fatores como a qualidade da comunicação conjugal, a criatividade erótica, a relação com o próprio corpo e a capacidade de adaptação às mudanças associadas ao envelhecimento desempenham papel relevante na vivência da sexualidade.

Esses resultados reforçam a importância de compreender a sexualidade para além de indicadores de frequência sexual ou desempenho, incorporando dimensões subjetivas e relacionais frequentemente negligenciadas em modelos biomédicos tradicionais. Tal perspetiva mostra-se particularmente relevante quando se considera que a experiência erótica envolve processos de negociação da intimidade, de atribuição de significado às experiências afetivas e sexuais e de elaboração das transformações inerentes ao curso da vida.

Apesar dos avanços observados na literatura, identificou-se um descompasso entre o reconhecimento crescente da sexualidade como fenómeno multidimensional e a predominância de estudos orientados por perspetivas quantitativas e funcionalistas. Verificou-se relativa escassez de investigações centradas especificamente no erotismo enquanto constructo teórico autónomo, particularmente em abordagens que integrem contributos da sexologia, da psicologia, da psicanálise e das ciências sociais. Essa lacuna limita a compreensão da complexidade da experiência erótica e das suas múltiplas formas de expressão na maturidade.

Observou-se ainda uma limitada produção científica direcionada especificamente à faixa etária dos 45 aos 65 anos, período frequentemente subsumido em categorias mais amplas de envelhecimento ou agrupado com populações de idades bastante heterogéneas. Muitos estudos incluídos contemplavam faixas etárias extensas ou focalizavam exclusivamente pessoas com 60, 65 anos ou mais, dificultando a compreensão das especificidades da maturidade adulta. Tal constatação sugere a necessidade de investigações que explorem de forma mais específica as experiências de sexualidade e erotismo nessa etapa da vida.

Do ponto de vista teórico, os resultados sustentam a compreensão do erotismo como dimensão organizadora da experiência sexual, articulando desejo, fantasia, intimidade, vínculo e os significados atribuídos às experiências afetivas e sexuais. Tal perspetiva contribui para ampliar os modelos contemporâneos de saúde sexual, deslocando o foco da ausência de disfunções para uma compreensão mais abrangente do bem-estar sexual e relacional. Ao mesmo tempo, reforça a necessidade de abordagens interdisciplinares capazes de integrar fatores biológicos, psicológicos, relacionais e socioculturais na compreensão da sexualidade humana.

Em termos práticos, os achados sugerem que profissionais da Psicologia Clínica, da Psicologia da Saúde e da Sexologia devem considerar o erotismo como componente relevante da avaliação e da intervenção junto a adultos em processo de envelhecimento. A valorização das dimensões subjetivas da sexualidade pode favorecer abordagens clínicas mais integrativas, capazes de acolher questões relacionadas ao desejo, à intimidade, à autoimagem corporal e aos vínculos afetivos, contribuindo para a promoção da saúde sexual, do bem-estar psicológico e da qualidade de vida (Dantas et al., 2017; Souza Júnior et al., 2021).

Algumas limitações desta revisão devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Por se tratar de uma revisão narrativa, a seleção e a interpretação da literatura envolveram um processo de análise teórico-interpretativa e não contemplaram procedimentos formais de avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos. Observou-se ainda que o conceito de erotismo raramente foi abordado de forma explícita nos estudos analisados. Em grande parte da literatura, as discussões concentraram-se em constructos relacionados, como desejo, intimidade, satisfação sexual, vínculo conjugal e autoimagem corporal. Essa diversidade conceptual e teórica dificultou a comparação direta entre os estudos e a construção de uma definição consensual do fenómeno.

Contudo, essas características são inerentes às revisões narrativas e mostram-se compatíveis com o objetivo deste estudo, centrado na integração conceptual e na compreensão interpretativa de um fenómeno complexo e multidimensional como o erotismo na maturidade.

As lacunas identificadas sugerem a relevância de futuras investigações empíricas que integrem abordagens quantitativas e qualitativas, favorecendo uma compreensão mais abrangente do erotismo enquanto fenómeno multifacetado. Estudos de método misto poderão contribuir para aprofundar a compreensão da pluralidade de significados e experiências associadas ao erotismo na maturidade, contemplando diferentes trajetórias de vida, configurações relacionais e contextos socioculturais. Particularmente, observa-se a necessidade de investigações direcionadas à faixa etária dos 45 aos 65 anos, ainda pouco explorada de forma específica na literatura, apesar das importantes transformações biopsicossociais que caracterizam esse período da maturidade. De igual modo, torna-se relevante ampliar a produção científica em contextos lusófonos, contribuindo para uma compreensão mais contextualizada das relações entre erotismo, saúde sexual, intimidade e qualidade de vida.

Em síntese, esta revisão evidencia que o erotismo na maturidade deve ser compreendido como componente central da saúde sexual, ultrapassando conceções restritas ao desempenho e assumindo carácter simbólico, relacional e subjetivo. Ao destacar a persistência e a ressignificação do desejo ao longo do curso da vida, o estudo contribui para o avanço das discussões contemporâneas sobre sexualidade e envelhecimento, oferecendo contributos relevantes para a Psicologia Clínica, a Psicologia da Saúde e a Sexologia. O fortalecimento de abordagens integrativas nesse campo poderá favorecer tanto o desenvolvimento do conhecimento científico quanto a construção de práticas clínicas e de saúde mais inclusivas e sensíveis às múltiplas dimensões da experiência sexual na maturidade.

5. Referências Bibliográficas

Baethge, C., Goldbeck-Wood, S., & Mertens, S. (2019). SANRA - a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Research Integrity and Peer Review*, 4, Article 5. https://doi.org/10.1186/s41073-019-0064-8

Bataille, G. (1980). *O Erotismo: o proibido e a transgressão*. (2.ª edição), 1980. Moraes Editores.

Bauman Z. (2004). *Amor Líquido: Sobre a fragilidade dos laços humanos*. Zahar

Bouchard, K. N., Cormier, M., Huberman, J. S., & Rosen, N. O. (2023). Sexual script flexibility and sexual well-being in long-term couples: A dyadic longitudinal study. *The Journal of Sexual Medicine*, *20*(7), 945-954. https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdad067

Carvalheira, A. A. (2020). *Em defesa do Erotismo: A favor da liberdade e da saúde sexual*. Leya.

Carvalheira, A., Godinho, L., & Costa, P. (2017). The impact of body dissatisfaction on distressing sexual difficulties among men and women: The mediator role of cognitive distraction. *The Journal of Sex Research*, *54*(3), 331-340. http://dx.doi.org/10.1080/00224499.2016.1168771

Cursino, M. I. D. O. M., dos Santos, C. M. A., de Andrade, E. B., & Guilherme, N. C. L. (2023). Simbolismo do Erotismo Contemporâneo. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, *9*(6), 2675-2684. https://doi.org/10.51891/rease.v9i6.10442

Dantas, D. V., Batista Filho, R. C., Dantas, R. A. N., Nascimento, J. C. P., Nunes, H. M. A., Rodriguez, G. C. B., & Silva, I. F. X. (2017). Sexualidade e qualidade de vida na terceira idade. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, *19*(4), 140-148. https://doi.org/10.21722/rbps.v19i4.19814

Fellmann, F., & Walsh, R. (2016). From sexuality to eroticism: The making of the human mind. *Advances in Anthropology*, *6*(01), 11. http://dx.doi.org/10.4236/aa.2016.61002

Fileborn, B., Thorpe, R., Hawkes, G., & Minichiello, V. (2015). Sex, desire and pleasure: Considering the experiences of older Australian women. *Sexual and Relationship Therapy, 30*(1), 117–130 https://doi.org/10.1080/14681994.2014.936722

Freud, S. (2016). *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade* (P. C. De Souza, Trad). Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1905).

Gagnon, J. H., & Simon, W. (1973). *Sexual conduct: The social sources of human sexuality*. Aldine.

Giddens, A. (1993). *A transformação da intimidade: Sexualidade, amor e erotismo nas Sociedades Modernas*. Editora da Universidade Estadual Paulista.

Gillen, M. M., & Markey, C. H. (2019). A review of research linking body image and sexual well-being. *Body Image*, *31*, 294-301. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.12.004

Goldenberg, M. (2019). *Liberdade, felicidade e foda-se!* Planeta.

Gregori, M. F. (2016). *Prazeres perigosos: Erotismo, gênero e limites da sexualidade.* Editora Companhia das Letras.

Harlow, S. D., Sievert, L. L., LaCroix, A. Z., Mishra, G. D., & Woods, N. F. (2023). Women's midlife health: The unfinished research agenda. *Women's Midlife Health*, *9*(1), Article 7. https://doi.org/10.1186/s40695-023-00090-5

Hinchliff, S., Carvalheira, A. A., Štulhofer, A., Janssen, E., Hald, G. M., & Træen, B. (2020). Seeking help for sexual difficulties: Findings from a study with older adults in four European countries. European Journal of Ageing, 17(2), 185-195. https://doi.org/10.1007/s10433-019-00536-8

Infurna, F. J., Gerstorf, D., & Lachman, M. E. (2020). Midlife in the 2020s: Opportunities and challenges. *American Psychologist*, *75*(4), 470–485. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7347230/

Jamea, E. (2022). The role of sensuality, imagination, and curiosity in high and optimal sexual satisfaction. *Sexual and Relationship Therapy*, *37*(2), 179-198. https://doi.org/10.1080/14681994.2020.1714023

Lacan, J. (2016). *O Seminário, livro 6: O desejo e sua interpretação* (C. Ragghianti, Trad.). Zahar. (Seminário original ministrado em 1958 – 1959).

Muise, A., & Impett, E. A. (2016). Applying theories of communal motivation to sexuality. *Social and Personality Psychology Compass*, *10*(8), 455-467. https://doi.org/10.1111/spc3.12261

Queiroga, S., Magalhães, S. I., & Nogueira, C. (2018). Vivências e perceções de sexualidade de portuguesas com mais de 65 anos. *Revista Estudos Feministas*, *26*, e46791. https://doi.org/10.1590/1806-9584-2018v26n346791

Rosa, M. N., Matthews, S. A., Giuliano, T. A., Thomas, K. H., Swift, B. A., & Mills, M. M. (2019). Encouraging erotic variety: Identifying correlates of, and strategies for promoting, sexual novelty in romantic relationships. *Personality and Individual Differences*, *146*, 158-169. https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.04.009

Souza Júnior, E. V. D., Cruz, D. P., Silva, C. D. S., Rosa, R. S., Santos, G. D. S., & Sawada, N. O. (2021). Associação entre sexualidade e qualidade de vida em idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *55*, e20210066. https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0066

Stulhofer, A., Jurin, T., Graham, C., Janssen, E., & Træen, B. (2020). Emotional intimacy and sexual well-being in aging European couples: A cross-cultural mediation analysis. *European Journal of Ageing*, *17*(1), 43-54. https://doi.org/10.1007/s10433-019-00509-x

Towler, L. B., Graham, C. A., Bishop, F. L., & Hinchliff, S. (2021). Older adults' embodied experiences of aging and their perceptions of societal stigmas toward sexuality in later life. *Social Science & Medicine, 287*, 114355. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114355

Træen, B., Stulhofer, A., Janssen, E., Carvalheira, A. A., Hald, G. M., Lange, T., & Graham, C. (2019). Sexual activity and sexual satisfaction among older adults in four European countries. *Archives of Sexual Behavior*, *48*, 815-829. https://doi.org/10.1007/s10508-018-1256-x

Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015). The Body Appreciation Scale-2: item refinement and psychometric evaluation. *Body Image*, *12*, 53-67. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.09.006

World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva*. World Health Organization.

CAPÍTULO 6: Saúde, Envelhecimento e Qualidade de Vida

Atividades de Lazer e Bem-Estar Psicológico em Adultos Portugueses

Ana Filipa Alves[1], Rute F. Meneses[2]

[1] Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Portugal
[2] RISE-Health, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Fundação Ensino e Cultura Fernando Pessoa, Portugal

Autor Correspondente: Ana Filipa Alves **E-mail:** 2023106702@ufp.edu.pt

Resumo: O lazer tende a estar associado ao bem-estar psicológico, promovendo emoções positivas, relações sociais e o desenvolvimento de várias competências. Neste contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre a frequência e a satisfação com as atividades de lazer e o bem-estar psicológico. Participaram neste estudo quantitativo e correlacional 149 adultos portugueses (65,1% mulheres e 34,2% homens; M = 32,51; DP = 11,446). Foram utilizados a Escala de Bem-Estar Psicológico e um questionário sociodemográfico e de caracterização do lazer. Os resultados revelaram correlações positivas estatisticamente significativas entre o bem-estar psicológico e a frequência das atividades de lazer (r = 0,410; p = 0,006) e entre o bem-estar psicológico e a satisfação com as atividades de lazer (r = 0,257; p = 0,008). Não foi encontrada uma associação significativa entre a frequência e a satisfação (r = 0,005; p = 0,972). Estes resultados sugerem que a frequência e a satisfação com as atividades de lazer estão associadas de forma independente ao bem-estar psicológico, reforçando a importância de considerar ambas na promoção da saúde mental.

Palavras-chave: Bem-Estar Psicológico; Atividades de Lazer; Frequência das Atividades de Lazer; Satisfação com as Atividades de Lazer.

Abstract: Leisure tends to be associated with psychological well-being, promoting positive emotions, social relationships, and the development of various skills. In this context, the present study aimed to analyze the relationship between the frequency of and satisfaction with leisure activities and psychological well-being. A total of 149 Portuguese adults participated in this quantitative and correlational study (65.1% women and 34.2% men; *M* = 32.51 years; *SD* = 11.45). The Psychological Well-Being Questionnaire and a sociodemographic and leisure characterization questionnaire were used. The results revealed statistically significant positive correlations between psychological well-being and both the frequency ($r = .410$, $p = .006$) and satisfaction with leisure activities ($r = .257$, $p = .008$). No significant association was found between frequency and satisfaction ($r = .005$, $p = .972$). These findings suggest that the frequency of and satisfaction with leisure activities are independently associated with psychological well-being, reinforcing the importance of considering both in the promotion of mental health.

Key-Words: Psychological Well-being; Leisure Activities; Leisure Activities' Frequency; Leisure Activities' Satisfaction.

1. Introdução

O lazer constitui uma dimensão importante da vida quotidiana, estando associado à promoção da saúde, da qualidade de vida e do desenvolvimento pessoal. As atividades de lazer podem ser definidas como as atividades realizadas voluntariamente durante o tempo livre, ou seja, quando não há constrangimento devido a responsabilidades laborais e de outro tipo, podendo incluir *hobbies*, prática desportiva, socialização e/ou contacto com a natureza (Pressman et al., 2009). Estas atividades contribuem para experienciar emoções positivas, reduzir o *stress* e promover o bem-estar (Brajša-Žganec et al., 2011; Pressman et al., 2009).

Por sua vez, o bem-estar psicológico engloba dimensões como a aceitação de si próprio, as relações positivas com os outros, a autonomia, o crescimento pessoal, os objetivos de vida e o domínio do meio (Novo, 2005). É considerado um indicador central da saúde mental, refletindo o funcionamento positivo do indivíduo em diferentes domínios da vida; não corresponde apenas à ausência de psicopatologia, mas também à

capacidade de desenvolver o próprio potencial e de construir uma vida satisfatória e significativa.

A investigação tem consistentemente demonstrado que o envolvimento em atividades de lazer se associa positivamente ao bem-estar e à qualidade de vida. Estudos realizados em diferentes contextos sugerem que a participação em atividades de lazer contribui para níveis mais elevados de bem-estar subjetivo, saúde física e mental (Brajša-Žganec et al., 2011; Brown et al., 2026; Pressman et al., 2009; Wang et al., 2026), sugerindo que estas atividades funcionam como importantes mecanismos de recuperação e adaptação às exigências do quotidiano. Recentemente, Grover e Imran (2024) reforçaram a relevância do lazer ao demonstrarem que a participação em atividades físicas por lazer se associa positivamente ao bem-estar psicológico de jovens adultos.

Apesar da evidência existente, a relação entre lazer e bem-estar psicológico poderá não depender exclusivamente da frequência com que as atividades são realizadas. A satisfação subjetiva associada às experiências de lazer poderá igualmente desempenhar um papel relevante. Com efeito, indivíduos que realizam atividades de lazer com frequência nem sempre retiram delas elevados níveis de satisfação, tal como experiências pouco frequentes podem ser percecionadas como particularmente gratificantes. De facto, em indivíduos entre os 14 e os 19 anos, p.e., verificou-se que a satisfação com o lazer tinha uma contribuição positiva para os níveis (mais elevados) de bem-estar psicológico (satisfação com a vida e auto-estima; Freire & Teixeira, 2018). Assim, a frequência e a satisfação com as atividades de lazer poderão representar dimensões distintas das experiências de lazer, com contributos específicos para o bem-estar psicológico.

Embora a literatura tenha privilegiado a análise da participação em atividades de lazer, são menos frequentes os estudos que exploram simultaneamente a frequência e a satisfação com essas atividades na sua relação com o bem-estar psicológico. Deste modo, torna-se pertinente aprofundar a compreensão destas associações em diferentes contextos populacionais.

Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre a frequência e a satisfação com as atividades de lazer e o bem-estar psicológico em adultos portugueses. Especificamente, pretendeu-se explorar se a frequência e a satisfação com

as atividades de lazer se associam ao bem-estar psicológico e se estas dimensões representam contributos distintos para a sua promoção.

2. Método

2.1. Design do estudo

O presente estudo insere-se numa abordagem quantitativa, de natureza transversal e correlacional.

2.2. Participantes

Participaram neste estudo 149 adultos portugueses, dos quais 65,1% eram do sexo feminino e 34,2% do sexo masculino. A idade dos participantes variou entre os 18 e os 68 anos (*M*= 32,51; *DP*= 11,45).

2.3. Material

Foi utilizado um questionário sociodemográfico elaborado para o efeito, que permitiu recolher informação relativa a variáveis como o sexo e a idade dos participantes.

Adicionalmente, foi aplicado um questionário de lazer, construído com base na revisão da literatura, destinado a avaliar a frequência de participação em diferentes atividades de lazer e a satisfação associada às mesmas. A frequência das atividades foi avaliada através de uma escala de resposta do tipo Likert, sendo igualmente recolhida uma medida global de satisfação com as atividades de lazer realizadas.

O bem-estar psicológico foi avaliado através da versão experimental reduzida da Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP), desenvolvida em 2004 por Novo, Silva e Peralta, a partir das *Scales of Psychological Well-Being* de Ryff (1989). Este instrumento avalia o funcionamento psicológico positivo dos indivíduos, contemplando as seguintes dimensões: autonomia, crescimento pessoal, objetivos de vida, domínio do meio, relações positivas com os outros e aceitação de si. Valores mais elevados correspondem a níveis mais elevados de bem-estar psicológico.

2.4. Procedimento

Após a obtenção das devidas autorizações, nomeadamente do parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (nº FCHS/PI - 629/24, de 15 de outubro de 2024), teve lugar a divulgação de um projeto mais amplo, da responsabilidade da segunda autora, no âmbito do qual se insere o presente estudo. Os potenciais participantes foram, assim, convidados a participar através do Gabinete de Comunicação e Imagem da Universidade Fernando Pessoa, das redes sociais da investigadora e da divulgação que todos que foram informados sobre o estudo fizeram pelos seus contatos.

A recolha de dados foi realizada *online* através da plataforma *Google Forms*. A participação foi voluntária e anónima. Antes do preenchimento do questionário, os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, a confidencialidade dos dados e o caráter voluntário da participação, manifestando a sua concordância em participar.

Os dados foram analisados através do *software* IBM SPSS Statistics versão 31. Inicialmente, foram realizadas análises descritivas das variáveis em estudo (cf. caraterização da amostra). Posteriormente, recorreu-se à correlação de Pearson (2 extremidades) para analisar as associações entre a frequência das atividades de lazer, a satisfação com as atividades de lazer e o bem-estar psicológico.

3. Resultados

Tal como se pode verificar na Tabela 1, os resultados evidenciaram uma correlação positiva estatisticamente significativa entre os indicadores globais da frequência das atividades de lazer e do bem-estar psicológico, indicando que os participantes que reportaram maior frequência de participação em atividades de lazer tendiam a apresentar níveis mais elevados de bem-estar psicológico.

Observou-se igualmente uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a satisfação com as atividades de lazer e o bem-estar psicológico, sugerindo que níveis mais elevados de satisfação com as experiências de lazer se associam a níveis mais elevados de bem-estar psicológico.

Por outro lado, não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre a frequência das atividades de lazer e a satisfação com essas atividades, indicando que estas dimensões parecem constituir aspetos distintos da experiência de lazer.

Tabela 1
Correlação entre o Bem-estar Psicológico e a Frequência e Satisfação com as Atividades de Lazer

Variável	1	2	3
1. Bem-estar psicológico	-		
2. Atividades de Lazer - Frequência	0,41**	-	
3. Atividades de Lazer - Satisfação	0,26**	0,005	-

** $p < 0,01$

4. Discussão

O presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre a frequência das atividades de lazer, a satisfação com essas atividades e o bem-estar psicológico em adultos portugueses. Os resultados evidenciaram associações positivas entre o bem-estar psicológico e a frequência das atividades de lazer, bem como entre o bem-estar psicológico e a satisfação com essas atividades. Por outro lado, não se verificou uma associação significativa entre a frequência e a satisfação com as atividades de lazer.

A associação positiva observada entre a frequência das atividades de lazer e o bem-estar psicológico sugere que uma participação mais frequente em atividades de lazer poderá contribuir para níveis mais elevados de funcionamento psicológico positivo. Este resultado é consistente com investigações anteriores que identificam o lazer como um importante recurso para a promoção da saúde (mental e física), da qualidade de vida e do bem-estar (Brajša-Žganec et al., 2011; Brown et al., 2026; Grover & Imran, 2024; Pressman et al., 2009; Wang et al., 2026). O envolvimento regular em atividades de lazer poderá favorecer experiências positivas, oportunidades de recuperação do *stress* e maior equilíbrio psicológico.

De igual modo, a correlação positiva entre a satisfação com as atividades de lazer e o bem-estar psicológico sugere que a forma como os indivíduos percecionam e avaliam as suas experiências de lazer poderá ser tão importante quanto a frequência com que

participam nessas atividades. Este resultado vai ao encontro dos resultados relatados por Freire e Teixeira (2018) e reforça a relevância da dimensão subjetiva do lazer, indicando que experiências consideradas agradáveis e significativas poderão contribuir para níveis mais elevados de bem-estar.

Por sua vez, a ausência de associação significativa entre a frequência e a satisfação com as atividades de lazer sugere que estas variáveis refletem aspetos distintos da experiência de lazer. Embora ambas se tenham associado positivamente ao bem-estar psicológico, os resultados indicam que participar com maior frequência em atividades de lazer não implica necessariamente sentir maior satisfação com essas atividades. Do mesmo modo, indivíduos que realizam menos atividades podem percecioná-las como particularmente agradáveis e gratificantes. Estes resultados sugerem que a relação entre lazer e bem-estar psicológico não depende apenas da quantidade de atividades realizadas, mas também da forma como essas experiências são vividas e avaliadas pelos indivíduos.

Do ponto de vista prático, os resultados apresentam relevância para a Psicologia da Saúde, ao evidenciarem o potencial do lazer como fator promotor do bem-estar psicológico. Estes achados sugerem que intervenções dirigidas à promoção da saúde mental poderão beneficiar da valorização de atividades de lazer adaptadas aos interesses e preferências individuais, procurando não apenas aumentar a participação, mas também potenciar experiências subjetivamente satisfatórias e significativas.

Apesar dos contributos do presente estudo, importa considerar algumas limitações. Em primeiro lugar, a utilização de uma amostra de conveniência limita a generalização dos resultados para a população adulta portuguesa. Em segundo lugar, o recurso a medidas de autorrelato poderá introduzir enviesamentos associados à perceção subjetiva dos participantes. Adicionalmente, o delineamento transversal do estudo não permite estabelecer relações de causalidade entre as variáveis analisadas. Investigações futuras poderão recorrer a amostras mais diversificadas e representativas, integrar outro tipo de medidas e não apenas de autorrelato, analisar indicadores parciais e não apenas os globais das variáveis consideradas (p.e., dimensões do bem-estar psicológico), bem como adotar delineamentos longitudinais que permitam compreender melhor a direção das associações observadas. Será igualmente relevante explorar características específicas das atividades de lazer, como o seu significado pessoal, contexto social ou duração, de modo a

aprofundar a compreensão dos mecanismos através dos quais o lazer poderá influenciar o bem-estar psicológico.

Em conclusão, os resultados sugerem que tanto a frequência como a satisfação com as atividades de lazer se associam positivamente ao bem-estar psicológico, embora constituam dimensões distintas da experiência de lazer. Estes achados reforçam a importância de promover não apenas a participação em atividades de lazer, mas também experiências percecionadas como satisfatórias e significativas, contribuindo para a promoção da saúde psicológica e do bem-estar. Neste sentido, o lazer poderá constituir um recurso relevante na promoção da saúde (mental) e da qualidade de vida, destacando-se a importância de considerar simultaneamente a quantidade e a qualidade das experiências de lazer.

5. Referências Bibliográficas

Brajša-Žganec, A., Merkaš, M., & Šverko, I. (2011). Quality of life and leisure activities: How do leisure activities contribute to subjective well-being? *Social Indicators Research, 102*(1), 81–91. https://doi.org/10.1007/s11205-010-9724-2

Brown, C. K., Glei, D. A., Lee, C., & Weinstein, M. (2026). *Leisure activities are associated with physical and mental health*. *Current Research in Behavioral Sciences, 10*, 100206. https://doi.org/10.1016/j.crbeha.2026.100206

Freire, T., & Teixeira, A. (2018). The influence of leisure attitudes and leisure satisfaction on adolescents' positive functioning: The role of emotion regulation. *Frontiers in Psychology, 9*, 1349. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01349

Grover, A., & Imran, M. (2024). Investigating the influence of leisure-time physical activity on the psychological well-being of young adults. *International Journal of Research and Analytical Reviews, 11*(2), 883–913.

Novo, R. F. (2005). Bem-estar e psicologia: Conceitos e propostas de avaliação. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 20*(2), 183–203.

Pressman, S. D., Matthews, K. A., Cohen, S., Martire, L. M., Scheier, M., Baum, A., & Schulz, R. (2009). Association of enjoyable leisure activities with psychological

and physical well-being. *Psychosomatic Medicine, 71*(7), 725–732. https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181ad7978

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1069–1081. https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069

Wang, G., Sabran, K., Wang, Y., Yu, Y., Huang, L., & Li, J. (2026). The impact of leisure activities on the subjective well-being trajectory of Chinese residents: An 11-year longitudinal study. *Humanities and Social Sciences Communications, 13*, 333. https://doi.org/10.1057/s41599-026-06588-3

Eficácia do *Biofeedback* na Promoção da Saúde Física e Mental. Revisão Sistemática (2022–2025)

José Alberto Gomes, José Maria Fialho & Anabela Pereira

Departamento de Psicologia, CIEP, Universidade de Évora, Portugal

Autor de Correspondência: José Alberto Gomes - psialberto@gmail.com

Resumo: O *biofeedback* utiliza a monitorização em tempo real de sinais fisiológicos para promover a autorregulação do sistema nervoso, atuando na modulação da resposta à ansiedade, stress e na neuroplasticidade. **Objetivos:** Sintetizar os resultados terapêuticos do *biofeedback* em condições de doença física e mental, com base numa revisão de estudos entre 2022 e 2025. **Método:** Análise de 12 estudos com amostras entre n=30 a n=1.332, (incluindo uma meta-análise) abrangendo populações com dor crónica, perturbações mentais, oncologia e reabilitação. Instrumentos: Foram utilizados dispositivos de Variabilidade da Frequência Cardíaca (HRV), Eletromiografia (EMG), Condutância da Pele (GSR), *Biofeedback* Térmico e *Neurofeedback* (EEG), complementados por escalas psicométricas (STAI, PSS, PHQ-9) e biomarcadores (cortisol). **Resultados:** Observou-se uma redução significativa na sintomatologia de 52% na dor de enxaquecas, 28% na exaustão emocional (*burnout)* e ganhos de 35% na amplitude motora pós-reabilitação. Em oncologia e doenças crónicas, registou-se

melhoria na resiliência e redução da fadiga (30%). A meta-análise em reabilitação pélvica demonstrou eficácia superior a 70%. **Conclusões:** O *biofeedback* emerge como uma intervenção não farmacológica eficaz, promovendo a estabilização do sistema simpático e o aumento do tónus vagal, intervindo na causa fisiológica e nos sintomas, com benefícios na gestão da dor, ansiedade e recuperação funcional, sendo eficaz tanto na reabilitação física como na otimização da saúde mental.

Palavras-chave: *Biofeedback*, Autorregulação, *Burnout,* Variabilidade da Frequência Cardíaca e Reabilitação.

1. Introdução

O *biofeedback* representa um paradigma emergente na medicina psicofisiológica contemporânea, configurando-se como uma intervenção terapêutica que integra tecnologia de monitorização de precisão com a capacidade intrínseca de autorregulação do organismo humano.

Tecnicamente, o processo consiste na utilização de sistemas eletrónicos para a transdução e amplificação de sinais biológicos normalmente impercetíveis à consciência, tais como a variabilidade da frequência cardíaca (HRV), a condutância galvânica da pele e a atividade eletromiográfica, convertendo-os em estímulos sensoriais em tempo real.

Esta retroalimentação facilita o desenvolvimento de uma consciência interoceptiva refinada, permitindo a transição de processos biológicos autonómicos para funções parcialmente voluntárias, mediadas por mecanismos de condicionamento operante e neuroplasticidade.

No domínio da saúde mental, a eficácia desta técnica é corroborada pela sua capacidade de modular o sistema nervoso autónomo, promovendo o equilíbrio entre a ativação simpática e o tónus parassimpático.

Evidências robustas posicionam o *biofeedback* de HRV e o *neurofeedback* como modalidades eficazes na regulação emocional e no tratamento de patologias como a ansiedade Guillén-Sanz (2024), a depressão e a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção -PHDA - Chen et al. (2025).

Paralelamente, na saúde física, a intervenção atua como um modulador da homeostase e reabilitação funcional, com resultados superiores às terapias convencionais na gestão da dor crónica Hansen et al. (2025) e na recuperação neuromuscular pós-AVC Lopes et al. (2024).

Adicionalmente, a investigação aponta para benefícios sistémicos significativos, incluindo o controlo da hipertensão arterial essencial e a melhoria da função respiratória. Ao promover o papel ativo do paciente no seu próprio processo de cura, o *biofeedback* não só trata sintomas, mas altera a relação do indivíduo com a sua própria biologia.

Em suma, a robustez científica desta técnica reside na sua natureza integrativa: ela fornece as ferramentas biológicas necessárias para que o paciente transite de um estado de reatividade fisiológica para um estado de autorregulação proativa, consolidando-se como um pilar essencial na promoção da saúde física e mental no século XXI.

1.1. Objetivo

Analisar criticamente a evidência científica recente sobre a utilização de diferentes modalidades de *biofeedback* (e.g., HRV, EMG, GSR, térmico, *neurofeedback*) na modulação de respostas psicofisiológicas e na melhoria de *outcomes* clínicos em múltiplas condições de saúde, incluindo doenças mentais, crónicas e reabilitação física.

2. Método

O método utilizado para a presente recolha de evidências baseou-se numa revisão integrativa da literatura científica, focada em estudos publicados entre 2022 e 2025, com o apoio do PRISMA. O processo de seleção de dados foi estruturado em três fases distintas: identificação, triagem e síntese.

Inicialmente, realizou-se uma pesquisa exaustiva em bases de dados indexadas — incluindo PubMed, Scopus, Web of Science — utilizando descritores controlados como, *"Biofeedback"*, *"HeartRateVariability"*, *"Neurofeedback"*, *"Psychophysiology"* e *"Occupational Stress"*.

Os critérios de inclusão privilegiaram ensaios controlados randomizados (RCTs), meta-análises e revisões sistemáticas que apresentassem métricas quantitativas objetivas,

tais como redução percentual de sintomatologia, variações nos níveis de cortisol salivar e oscilações na pressão arterial sistólica.

A triagem das evidências focou-se na eficácia transdiagnóstica, selecionando estudos que abrangessem tanto a saúde mental (burnout, ansiedade e TDAH) quanto a reabilitação física (pós-AVC, dor crónica e saúde pélvica), garantindo uma visão holística da técnica.

Por fim, os dados foram sintetizados através de uma análise comparativa, correlacionando o tamanho das amostras, os instrumentos utilizados e a significância estatística dos resultados, de forma a consolidar as recomendações práticas e as perspetivas futuras apresentadas.

2.1. Critérios de Seleção

Os critérios de seleção foram delineados para assegurar a robustez e a atualidade das evidências, estruturando-se através de parâmetros de inclusão rigorosos, estabelecendo-se um critério de atualidade temporal, restringindo a pesquisa a artigos publicados em periódicos com revisão por pares entre 2022 e 2025, de forma a contemplar os avanços mais recentes.

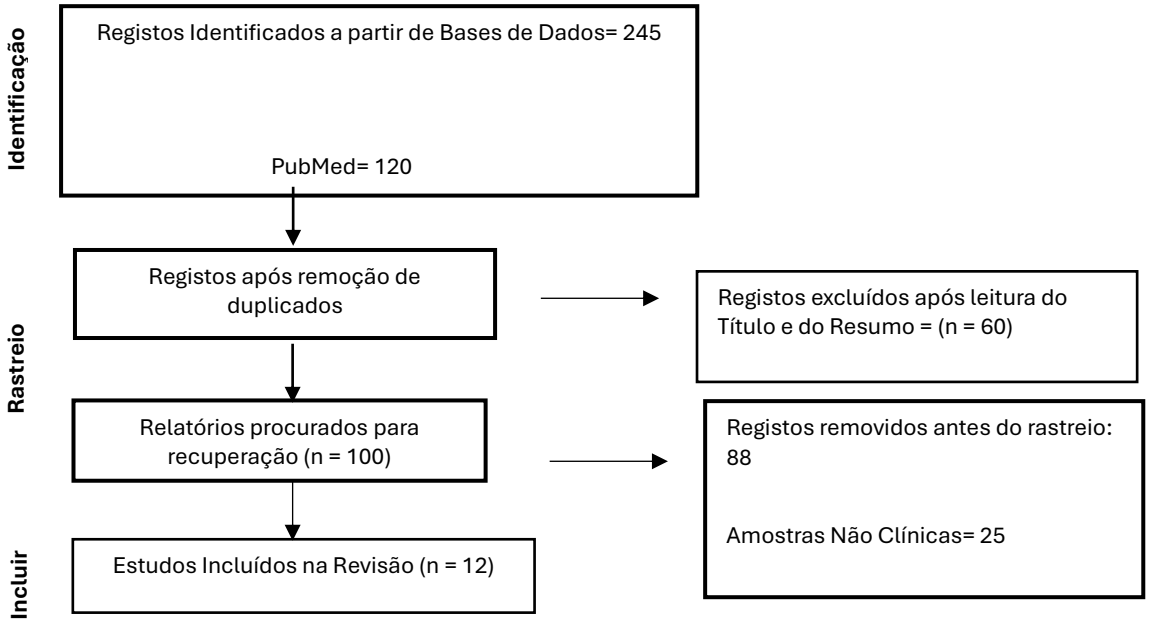
Metodologicamente, privilegiaram-se estudos de elevado nível de evidência, nomeadamente ensaios clínicos controlados randomizados, revisões sistemáticas e meta-análises que apresentassem amostras estatisticamente representativas, garantindo a validade externa das conclusões.

No que concerne à pertinência temática, a seleção baseou-se na capacidade dos trabalhos em demonstrar a eficácia transdiagnóstica do *biofeedback*, abrangendo transversalmente patologias de cariz psicopatológico e disfunções físicas ou neuromusculares.

Um critério determinante foi a objetividade dos desfechos (*outcomes*), sendo incluídos apenas estudos que integrassem medidas quantitativas duplas: biomarcadores fisiológicos — como a variabilidade da frequência cardíaca, níveis de cortisol salivar e pressão arterial sistólica — e instrumentos psicométricos validados.

Esta abordagem permitiu correlacionar a eficácia subjetiva com alterações biológicas mensuráveis, assegurando que as evidências recolhidas refletissem ganhos clínicos concretos e replicáveis em contextos hospitalares e de reabilitação.

Figura 1
Diagrama de Fluxo PRISMA



3. Resultados

Na tabela 1, são apresentados os principais resultados que emergiram do presente estudo. A análise comparativa do *corpus* de estudos apresentados, revela uma heterogeneidade metodológica que, paradoxalmente, converge para a validação da eficácia transdiagnóstica do *biofeedback*.

Ao examinar as amostras, observa-se um espectro que varia desde estudos piloto e de viabilidade com grupos restritos com amostra de n=30 em Teixeira et al. (2025) até meta-análises de elevada potência estatística, como a de Ghaderi et al. (2024), que sintetiza dados de 1.332 participantes. Esta variação amostral reflete a maturidade diferenciada das aplicações: enquanto o uso de EMG na reabilitação pélvica e motora (Lopes et al., 2024) já beneficia de evidência robusta e amostras consolidadas, o uso de *wearables* em populações oncológicas representa uma fronteira emergente, ainda dependente de coortes menores para refinamento de protocolos.

No que concerne aos públicos-alvo, a investigação segmenta-se em três pilares: a patologia crónica (oncologia e hipertensão), a reabilitação funcional (pós-AVC e disfunção pélvica) e a saúde mental ocupacional ou académica. É neste último pilar que se observa uma intersecção crítica entre o *biofeedback* da variabilidade da frequência cardíaca (HRV) e a modulação do stress.

Estudos como os de Kim et al. (2022) e Dantas et al. (2023) direcionam-se a populações saudáveis, mas vulneráveis (estudantes e profissionais sob pressão), demonstrando que a técnica é tão eficaz na prevenção do *burnout* quanto no tratamento de patologias instaladas, como a depressão maior abordada por Zheng et al. (2023).

A diferenciação pelos instrumentos de *biofeedback* revela uma especialização funcional das modalidades, onde a variabilidade da frequência cardíaca HRV, utilizado por (Hansen et al., 2025 e Zheng et al., 2023) estabelece-se como o padrão-ouro para a modulação do tónus vagal e regulação emocional, apresentando resultados consistentes na redução de sintomas depressivos e fadiga oncológica.

Em contrapartida, modalidades como a condutância galvânica da pele (GSR) e o *biofeedback* térmico, aplicados por Guillén-Sanz (2024) e Reid et al. (2025), mostram-se superiores na gestão direta da reatividade simpática imediata, resultando numa redução eficaz da ansiedade e da latência do sono (22 minutos de ganho médio).

Já o *neurofeedback* (EEG), explorado por Chen et al. (2025), distingue-se ao focar na neuroplasticidade cortical para o tratamento do TDAH, alcançando uma melhoria de 40% na atenção, um resultado que rivaliza com intervenções farmacológicas.

Por fim, os resultados alcançados corroboram a premissa de que o *biofeedback* induz alterações fisiológicas objetivas e subjetivas. Enquanto os testes psicométricos (PHQ-9, STAI, MBI-SS) validam a redução do sofrimento psíquico, as medidas fisiológicas (cortisol salivar, pressão sistólica, amplitude Fugl-Meyer) conferem o rigor científico necessário à técnica.

A redução de 8-10 mmHg na pressão arterial sistólica (Müller et al., 2024) e o ganho de 35% na capacidade motora (Lopes et al., 2024) exemplificam como a retroalimentação biológica transforma a perceção subjetiva do paciente em melhoria clínica mensurável,

consolidando o *biofeedback* como uma intervenção multidisciplinar de alta eficácia na medicina moderna.

Tabela 1
Resumo dos Resultados

Autores e Ano	Tema	Condição	Público-Alvo	Amostra (n)	Instrumento Biofeedback	Testes Psicométricos / Medidas	Resultados e Conclusões
Arina et al. (2022)	Thermal and EMG Biofeedback in Migraine Management	Enxaqueca / Cefaleia	Adultos com diagnóstico de enxaqueca crónica ou cefaleia.	64	Térmico e EMG	HIT-6 e Diário da Dor	Redução de 52% na dor e 40% na frequência das crises.
Chen et al. (2025)	Neurofeedback Training for ADHD Symptoms	Emergentes (TDAH)	Crianças e adolescentes com diagnóstico de TDAH.	142	EEG (Neuro-BF)	ASRS (Adult Self-Report Scale) e Testes CPT (Continuous Performance Test)	Melhoria de 40% na atenção e menos impulsividade.
Dantas et al. (2023)	Psychophysiological Modulation of Occupational Stress	Saúde Mental (Stress)	Profissionais de setores de alta pressão com stress.	114	HRV (Variabilidade)	PSS e Cortisol Salivar	Redução do cortisol e estabilização do sistema simpático.
Ghaderi et al. (2024)	Meta-analysis of Perineal EMG in Pelvic Floor Health	Reabilitação Pélvica	Mulheres com incontinência urinária (Disfunção pélvica).	1.332 Meta-análise	EMG Perineal	ICIQ-UI e Diário Miccional	Taxa de melhoria > 70%; superior ao treino isolado.

Guillén-Sanz (2024)	GSR Biofeedback in Generalized Anxiety Disorder	Saúde Mental (Ansiedade)	Pacientes com perturbação de ansiedade generalizada.	45	GSR (Condutância)	STAI-S/T e BDI	Menor reatividade simpática e redução da ansiedade.
Hansen et al. (2025)	HRV Biofeedback for Chronic Pain in Oncology	Oncologia (Dor Crónica)	Pacientes oncológicos com dor persistente e fadiga.	78	HRV (Vagal Tone)	BPI e FACIT-F	Redução de 30% na fadiga e melhor controlo da dor.
Kim et al. (2022)	HRV Biofeedback and Academic Burnout	Saúde Mental (Burnout)	Estudantes universitários com elevados níveis de exaustão.	82	HRV (Coerência)	MBI-SS e STAI	Queda de 28% na exaustão; maior resiliência académica.
Lopes et al. (2024)	Surface EMG and Neuroplasticity in Stroke Recovery	Reabilitação Física	Pacientes em recuperação pós-AVC com défices motores.	52	EMG de Superfície	Fugl-Meyer e FIM	Ganho de 35% na amplitude motora e neuroplasticidade.
Müller et al. (2024)	Blood Pressure Biofeedback in Hypertension	Doenças Crónicas	Adultos diagnosticados com hipertensão arterial.	95	Pressão Arterial	SF-36 e MAPA	Redução de 8-10 mmHg na pressão sistólica.
Reid et al. (2025)	Biofeedback as a Non-Pharmacological Sleep Aid	Distúrbios do Sono	Indivíduos com insónia e elevada latência do sono.	210	GSR e Térmico	PSQI e ISI	Redução de 22 min na latência do sono; via não fármacos.

Teixeira et al. (2025)	Wearable Biofeedback for Cancer Survivors	Oncologia / Doença Crónica	Sobreviventes de cancro em fase de recuperação.	30	HRV (Wearables)	QLQ-C30 e EORTC	Melhoria da resiliência e redução de fadiga/sintomas.
Zheng et al. (2023)	Vagal Tone Modulation in Major Depressive Disorder	Saúde Mental (Depressão)	Adultos com sintomas depressivos moderados a graves.	126	HRV + Respiração	PHQ-9 e BDI-II	Redução de sintomas via modulação do tónus vagal.

4. Discussão

A convergência dos resultados obtidos nos diversos estudos analisados, estabelece o *biofeedback* como uma intervenção de elevada eficácia transdiagnóstica, fundamentada na premissa de que a autorregulação fisiológica é um determinante crítico tanto na recuperação física como na estabilidade psicopatológica.

A discussão integrada das evidências revela que a magnitude do impacto clínico alcançado, exemplificado pela redução de 52% na sintomatologia dolorosa da enxaqueca Arina et al. (2022) e pela melhoria de 40% nas funções executivas no TDAH Chen et al. (2025), posiciona esta técnica num patamar de eficácia que frequentemente rivaliza ou complementa as abordagens farmacológicas convencionais, com a vantagem distinta da ausência de efeitos secundários iatrogénicos.

No domínio da saúde física e reabilitação, a superioridade do *biofeedback* é explicada pela transição de um modelo de treino passivo para um sistema de aprendizagem de ciclo fechado (*closed-loop*).

A meta-análise de Ghaderi et al. (2024) e o trabalho de Lopes et al. (2024) demonstram que o fornecimento de dados eletromiográficos em tempo real elimina a ambiguidade na execução de protocolos neuromusculares, acelerando a neuroplasticidade e resultando em ganhos funcionais significativamente superiores aos obtidos através de terapias isoladas.

Esta precisão técnica é igualmente observada na esfera cardiovascular, onde a redução da pressão arterial sistólica, Müller et al. (2024) comprova que o controlo de variáveis autonómicas pode induzir alterações hemodinâmicas estruturais e duradouras.

Simultaneamente, a discussão sobre a eficácia na saúde mental sublinha o papel do *biofeedback* da variabilidade da frequência cardíaca (HRV) como um potente modulador do tónus vagal.

Os estudos de Zheng et al. (2023) e Hansen et al. (2025) sugerem que o fortalecimento da via parassimpática não só atenua em sintomas depressivos, como também atua na gestão de sintomas somáticos complexos, como a fadiga oncológica.

Esta interconectividade psicofisiológica é reforçada pelos estudos de Dantas et al. (2023), onde a redução do cortisol salivar serve como evidência biológica de que o treino mental de autorregulação produz benefícios sistémicos tangíveis, mitigando a carga alostática em profissionais submetidos a stress ocupacional crónico.

Em conclusão, a síntese dos dados apresentados permite afirmar que a eficácia do *biofeedback* reside na sua capacidade de transformar o paciente num agente ativo do seu processo de cura.

A transição de estados de hiper-reactividade simpática para estados de homeostase proativa, verificada consistentemente desde o tratamento da insónia nos estudos de Reid et al. (2025) até à estabilização do *burnout* académico nos trabalhos de Kim et al. (2022), consolida esta técnica como um pilar indispensável da medicina integrativa contemporânea.

A evidência sugere que, ao integrar o *biofeedback* nos protocolos padrão de saúde, é possível alcançar um nível de personalização terapêutica que otimiza os desfechos clínicos e promove uma resiliência biológica sustentada a longo prazo.

4.1. Recomendações práticas e perspetivas futuras de investigação

A implementação eficaz do *biofeedback* nas unidades de saúde exige uma estratificação por especialidade, priorizando a Variabilidade da Frequência Cardíaca (HRV) na saúde mental e o *biofeedback* eletromiográfico (EMG) ou eletroencefalográfico (EEG) na reabilitação e neuropatologia. Recomenda-se a adoção de modelos híbridos que combinem sessões clínicas com o uso de *wearables*, garantindo a continuidade da autorregulação no ambiente natural do paciente e potenciando a adesão terapêutica. Essencial a este processo é a formação certificada dos profissionais, assegurando o rigor técnico necessário na modulação dos sinais biológicos.

Quanto às perspetivas futuras, a investigação deve focar-se em estudos longitudinais para validar a manutenção da neuroplasticidade a longo prazo, onde a monitorização sistemática de biomarcadores, como o cortisol, permitirá consolidar a análise de custo-benefício e a redução do consumo farmacológico.

Estas diretrizes visam converter o *biofeedback* num pilar universal da medicina preventiva, democratizando o acesso através de tecnologias de baixo custo e otimizando desfechos clínicos por meio da inovação tecnológica.

Para além dos contextos de saúde, importa igualmente realçar a aplicação do *Biofeedback* noutros contextos, como seja o da educação, nomeadamente na promoção da saúde mental e bem-estar dos indivíduos, com particular ênfase na redução da ansiedade e stress em contexto escolar.

5. Referências Bibliográficas

Arina, G. A., et al. (2022). Identification of determinants of biofeedback treatment's efficacy in treating migraine and oxidative stress by ARIANNA (ARtificial Intelligent Assistant for Neural Network Analysis). *Healthcare (Basel)*, *10*(5), 941.

Chen, L., et al. (2025). Neurofeedback training for ADHD symptoms: A randomized controlled trial on attention and impulsivity. *Journal of Attention Disorders*, *29*(1), 45–58.

Dantas, R., et al. (2023). Multimodal assessment of psychophysiological stress in industrial environments: A field study on noise and heart rate variability. *Applied Sciences*, *13*(18), 10245.

Ghaderi, S., et al. (2024). Meta-analysis of perineal electromyography biofeedback in pelvic floor muscle training for urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, *35*(4), 789–802.

Guillén-Sanz, J. (2024). Anxiety detection system based on galvanic skin response (GSR) biofeedback in generalized anxiety disorder. *Applied Sciences*, *14*(23), 10788.

Hansen, M., et al. (2025). HRV biofeedback for chronic pain and fatigue management in oncology: A longitudinal study. *Journal of Pain and Symptom Management*, *69*(2), 210–225.

Kim, Y., et al. (2022). Heart rate variability biofeedback for mental health treatment: A study on academic burnout and resilience. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, *9*(2), 154–162.

Lopes, A., et al. (2024). Surface EMG biofeedback and neuroplasticity in motor recovery after stroke. *Frontiers in Neurology*, *15*, Article 1345678.

Müller, K., et al. (2024). Blood pressure biofeedback in hypertension management: Effects on systolic and diastolic regulation. *Journal of Human Hypertension*, *38*(6), 512–520.

Reid, S., et al. (2025). Biofeedback as a non-pharmacological sleep aid for insomnia: A randomized controlled trial. *Sleep Medicine*, *114*, 88–97.

Teixeira, J., et al. (2025). Feasibility of wearable biofeedback for cancer survivors: Impact on resilience and fatigue. *Digital Health*, *11*, 1–14.

Zheng, X., et al. (2023). Vagal tone modulation via HRV biofeedback in major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, *330*, 145–153.

Fibromialgia na Adolescência: Uma Abordagem Integrada para a Interrupção do Ciclo Dor-Emoção

Ana Justo[1]

[1] Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Católica Portuguesa, Portugal

Autor Correspondente: Ana Justo. **E-mail:** s-acjusto@ucp.pt

Resumo: A fibromialgia juvenil é uma condição crónica multifatorial que compromete o desenvolvimento biopsicossocial dos adolescentes, associando dor persistente, alterações emocionais e dificuldades de integração social e escolar. Este estudo qualitativo exploratório teve como objetivo identificar necessidades biopsicossociais e desenvolver

propostas de intervenção ajustadas ao contexto português. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas a oito participantes (seis profissionais de saúde e duas jovens adultas diagnosticadas na adolescência), analisadas por análise temática. Emergiram 49 categorias organizadas em três dimensões: necessidades, estratégias e soluções. Destacaram-se determinantes sociais, como estigma e exclusão, e psicológicos, como catastrofização da dor, comparação social e dificuldades de regulação emocional, evidenciando o ciclo bidirecional dor–emoção. Identificaram-se estratégias adaptativas (psicoeducação, suporte social, atividade física) e desadaptativas (evitamento, ruminação). As soluções propostas incluem equipas multidisciplinares, articulação entre saúde e educação, promoção da literacia em saúde e intervenções grupais baseadas na Terapia Cognitivo-Comportamental, com envolvimento familiar. Este estudo propõe um enquadramento integrado e orientado para a intervenção precoce, contribuindo para interromper a cronificação da dor e informar práticas clínicas e políticas de saúde dirigidas à adolescência.

Palavras-chave: Fibromialgia juvenil; dor crónica; intervenção biopsicossocial.

Abstract: Juvenile fibromyalgia is a multifactorial chronic condition that compromises adolescents' biopsychosocial development, being associated with persistent pain, emotional difficulties, and social and school integration challenges. This exploratory qualitative study aimed to identify biopsychosocial needs and develop intervention proposals adapted to the Portuguese context. Semi-structured interviews were conducted with eight participants (six healthcare professionals and two young adults diagnosed during adolescence) and analysed through thematic analysis. A total of 49 categories emerged, organized into three dimensions: needs, strategies, and solutions. Social determinants, such as stigma and exclusion, and psychological determinants, including pain catastrophizing, social comparison, and emotional regulation difficulties, highlighted the bidirectional pain–emotion cycle. Both adaptive strategies (psychoeducation, social support, physical activity) and maladaptive strategies (avoidance, rumination) were identified. Proposed solutions included multidisciplinary teams, articulation between health and education sectors, health literacy promotion, and group interventions based on Cognitive Behavioral Therapy with family involvement. This study proposes an integrated framework focused on early intervention, contributing

to interrupting pain chronification and informing clinical practices and health policies targeting adolescence.

Key-Words: Juvenile fibromyalgia; chronic pain; biopsychosocial intervention.

1. Introdução

A fibromialgia é uma condição crónica de etiologia multifatorial que afeta o sistema músculo-esquelético, caracterizando-se por dor generalizada, fadiga, perturbações do sono e alterações cognitivas e emocionais (Smith et al., 2011; Gilheaney & Chadwick, 2023). Em Portugal, estima-se que a fibromialgia afete cerca de 2% da população adulta, correspondendo a mais de 300 mil pessoas. Em contexto adolescente, esta condição é frequentemente designada por fibromialgia juvenil (FJ). A Direção-Geral da Saúde [DGS] reconhece oficialmente a fibromialgia como uma condição reumatológica crónica integrada no grupo das doenças músculo-esqueléticas, reforçando a necessidade de respostas estruturadas dirigidas a esta população (DGS, 2016).

A adolescência representa uma fase particularmente desafiante do ciclo de vida, marcada por processos de desenvolvimento psicossocial e neurobiológico, configurando uma janela crítica de neuroplasticidade caracterizada por elevada capacidade de remodelação dos circuitos neuronais associados à dor e à regulação emocional. Quando comprometidos pela dor crónica, estes processos poderão ter consequências duradouras no bem-estar e funcionalidade dos jovens (Tran et al., 2015). A presença de fibromialgia durante a adolescência compromete frequentemente a integração social, contribuindo para o aumento do absentismo escolar, maior sofrimento emocional e diminuição do rendimento académico. A invisibilidade da dor, decorrente da ausência de manifestações físicas objetivas, agrava o estigma e os sentimentos de descrença por parte de familiares, pares e profissionais de saúde, contribuindo para a deterioração das relações sociais e escolares e reforçando sentimentos de incompreensão, revolta e isolamento (Oliveira, 2022; Ribeiro, 2016). Esta invalidação externa do sofrimento tende a fragilizar a autoestima e a perpetuar padrões de coping desadaptativos.

O impacto da fibromialgia na adolescência ultrapassa a dimensão da dor física, abrangendo dificuldades cognitivas, como diminuição da concentração e o fenómeno frequentemente designado por “fibrofog”, que comprometem o desempenho académico

e intensificam perceções de incapacidade escolar. A dor crónica associada à fibromialgia induz alterações no sistema nervoso central, incluindo fenómenos de sensibilização central, disfunções nos mecanismos de modulação da dor e hiperativação das vias nociceptivas, consumindo recursos cognitivos essenciais para funções como a atenção e o processamento de informação (Smith et al., 2011). Esta sobrecarga poderá resultar em lentificação do raciocínio e dificuldades na manutenção do foco atencional, frequentemente agravadas pelo absentismo associado à dor. Estas alterações parecem envolver igualmente o córtex pré-frontal, responsável pelas funções executivas, e a amígdala, estrutura envolvida no processamento simultâneo das emoções e da dor, intensificando a relação entre sofrimento psicológico e desempenho académico (Solberg Nes et al., 2009).

Nesta perspetiva, a dor crónica deixa de ser compreendida exclusivamente como consequência direta de dano tecidular persistente, passando a ser conceptualizada enquanto fenómeno neuroplástico associado à aprendizagem e consolidação de memórias de dor. Segundo Apkarian et al. (2004), a repetição prolongada de experiências dolorosas poderá promover alterações funcionais e estruturais em redes cerebrais envolvidas na emoção, motivação, memória e tomada de decisão, particularmente no córtex pré-frontal, amígdala e sistema límbico. Deste modo, determinados contextos, atividades ou estímulos previamente associados à dor poderão desencadear respostas antecipatórias de sofrimento, mesmo na ausência de ameaça física objetiva. Esta associação contribui para fenómenos de hipervigilância, evitamento e catastrofização, frequentemente observados em adolescentes com dor crónica (Crombez et al., 2012), assumindo particular relevância durante a adolescência devido à elevada plasticidade cerebral característica desta etapa do desenvolvimento.

A ausência de diagnóstico precoce e as dificuldades de comunicação com os profissionais de saúde poderão agravar as experiências emocionais negativas dos adolescentes, aumentando a catastrofização da dor, bem como sentimentos de invalidação e medo relativamente ao futuro (Sullivan & Bishop, 1995; Tran et al., 2015). A fibromialgia apresenta uma etiologia ainda não totalmente compreendida, sendo reconhecida como uma condição de origem multifatorial, integrando fatores genéticos, neurobiológicos, psicossociais e ambientais. Neste contexto, múltiplos fatores biopsicossociais, como disfunção familiar, história de trauma, baixa literacia em saúde e

dificuldades de comunicação emocional, têm sido identificados como preditores relevantes da cronificação da dor nesta população (Preda & Voigt, 2015).

A escassez de informação acessível e adaptada à faixa etária sobre fibromialgia para adolescentes e famílias, associada à inexistência de intervenções de referência específicas para este grupo etário, dificulta a gestão eficaz da condição e limita o acesso a estratégias terapêuticas baseadas na evidência. A literacia em saúde e a capacitação dos jovens e das suas redes de suporte emergem, assim, como fatores protetores fundamentais, promovendo uma gestão mais autónoma, informada e realista da condição (Almeida et al., 2019; Loureiro & Miranda, 2021).

Do ponto de vista neurobiológico, a dor e as emoções partilham redes neuronais comuns associadas à modulação descendente da dor e regulação emocional, contribuindo para explicar a relação bidirecional entre sofrimento emocional e agravamento sintomático (Apkarian et al., 2004; Neugebauer, 2015).

Estratégias psicoterapêuticas e comportamentais, como técnicas de relaxamento, respiração diafragmática, mindfulness, reestruturação cognitiva e reorientação atencional, têm demonstrado efeitos significativos na modulação da dor e na regulação emocional, atuando sobre mecanismos neurobiológicos subjacentes (Degotardi et al., 2006; Thorn, 2020). A reestruturação cognitiva, ao promover a identificação e modificação de pensamentos disfuncionais, estimula o córtex pré-frontal, região central para o controlo executivo e modulação descendente da dor, contribuindo para a redução da catastrofização e da perceção de ameaça. A reorientação atencional, por sua vez, contribui para a supressão cortical da dor ao desviar recursos cognitivos da monitorização nociceptiva, atenuando a hiperatividade de estruturas subcorticais, como a amígdala.

Paralelamente, a prática regular de atividade física adaptada melhora a funcionalidade músculo-esquelética, fortalece a autoestima e facilita a integração social, constituindo uma ferramenta complementar essencial na gestão da fibromialgia durante a adolescência (Biezus et al., 2006). Neste contexto, estas práticas favorecem mecanismos associados à modulação da dor e promoção do bem-estar psicológico.

Apesar do crescente reconhecimento da fibromialgia juvenil enquanto condição com impacto biopsicossocial significativo, continuam a existir limitações na compreensão integrada das necessidades específicas desta população, particularmente no contexto

português. A literatura tem privilegiado predominantemente abordagens centradas na sintomatologia física e funcional, persistindo menor exploração das interações entre dor, emoções, contexto social e desenvolvimento adolescente. Dada a escassez de investigação qualitativa integrada sobre fibromialgia juvenil no contexto português, o presente estudo assume um caráter exploratório, procurando gerar hipóteses compreensivas e identificar direções de intervenção clínica e psicossocial ajustadas às necessidades desta população. Neste contexto, o presente estudo procura contribuir para uma compreensão integrada da fibromialgia juvenil enquanto fenómeno simultaneamente neurobiológico, emocional e social, explorando o ciclo bidirecional dor–emoção e as necessidades de intervenção precoce dirigidas à adolescência.

2. Métodos

O presente estudo, de natureza qualitativa e desenho exploratório, foi desenvolvido no âmbito de um paradigma interpretativista, com o objetivo de compreender as necessidades biopsicossociais de adolescentes com fibromialgia e propor estratégias e medidas de intervenção ajustadas ao contexto português. Esta abordagem metodológica foi selecionada pela sua adequação à exploração aprofundada de fenómenos complexos e subjetivos, permitindo captar os múltiplos significados atribuídos pelos participantes às suas experiências individuais (Diener, 2005; Schmidt et al., 2010). Assumiu-se que a experiência da dor é subjetivamente construída e influenciada pelos contextos emocionais, relacionais e socioculturais dos participantes, justificando a adequação de uma abordagem qualitativa centrada na compreensão dos significados atribuídos à experiência da fibromialgia juvenil.

A amostra foi intencionalmente constituída por oito participantes: seis profissionais de saúde (um fisioterapeuta, uma psicóloga, uma psiquiatra, dois reumatologistas e um investigador especializado em dor crónica) e dois jovens adultos com diagnóstico de fibromialgia na adolescência. A diversidade profissional dos participantes permitiu integrar diferentes perspetivas clínicas e experienciais relativamente à fibromialgia juvenil, contribuindo para uma compreensão mais abrangente das necessidades biopsicossociais associadas à condição. A seleção dos participantes baseou-se no princípio da relevância informacional, privilegiando indivíduos com experiência direta e relevante relativamente ao fenómeno em estudo, quer através da prática clínica e científica, quer através da vivência pessoal da condição.

O recrutamento foi realizado através de contactos diretos, redes sociais e divulgação de convites junto de associações de doentes e redes de profissionais de saúde. Após confirmação da participação, cada participante recebeu um consentimento informado contendo os objetivos do estudo, procedimentos, medidas de confidencialidade e direito de desistência a qualquer momento, sem quaisquer consequências negativas.

A dimensão da amostra foi considerada adequada aos objetivos exploratórios do estudo, uma vez que permitiu alcançar saturação temática relativamente aos principais padrões de significado identificados, bem como diversidade de perspetivas. Ainda assim, reconhece-se que a inclusão de um maior número de participantes, particularmente adolescentes com diagnóstico atual de fibromialgia, poderia ter enriquecido adicionalmente a diversidade de experiências recolhidas.

A recolha de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas, conduzidas com base num guião previamente desenvolvido a partir de duas questões de investigação centrais: quais são as necessidades biopsicossociais de adolescentes com fibromialgia e que medidas e estratégias poderão ser implementadas para responder a essas necessidades?

A tradução das questões de investigação para o guião de entrevista seguiu uma lógica de correspondência temática, resultando em cinco blocos principais: dor, emoções, pensamentos, estratégias e soluções. A definição destes blocos foi conceptualmente sustentada por modelos teóricos amplamente reconhecidos na compreensão da dor crónica e do comportamento em contexto de fibromialgia, nomeadamente o Modelo Biopsicossocial da Dor (Melzack & Wall, 1965; Farias, 2014), o Modelo de Medo-Evitamento (Crombez et al., 2012) e a Terapia Cognitivo-Comportamental aplicada à dor crónica (Degotardi et al., 2006; Thorn, 2020). Estes referenciais orientaram a seleção temática e contribuíram para a coerência teórica do instrumento relativamente aos objetivos do estudo. Posteriormente, o guião foi revisto por especialistas com experiência nas áreas da dor crónica, saúde mental e adolescência, garantindo clareza, pertinência e validade de conteúdo.

As entrevistas decorreram entre março e maio de 2023, em regime remoto, através da plataforma Zoom, com uma duração média entre 30 e 45 minutos. Todas as entrevistas

foram gravadas em áudio e transcritas verbatim, sendo garantidos o anonimato e o armazenamento seguro dos dados.

O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética para a Tecnologia, Ciências Sociais e Humanas da Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa, em conformidade com os princípios da Declaração de Helsínquia e do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD).

Foi garantida a participação voluntária, bem como o direito de cada participante interromper ou desistir da entrevista em qualquer momento, sem qualquer prejuízo associado.

A análise dos dados foi realizada através do método de análise temática proposto por Braun e Clarke (2006), amplamente utilizado em investigação qualitativa por permitir identificar, organizar e interpretar padrões de significado emergentes dos dados. O processo seguiu as seis fases recomendadas pelas autoras: (1) familiarização com os dados através de leitura repetida e exaustiva das transcrições; (2) codificação inicial com identificação de unidades de significado; (3) agrupamento dos códigos em categorias preliminares; (4) revisão e refinamento das categorias, garantindo consistência e coerência interna; (5) definição e nomeação final das categorias; e (6) elaboração do relatório analítico com integração interpretativa dos resultados.

A análise foi realizada manualmente, favorecendo maior proximidade interpretativa aos dados. Em consonância com as orientações de Braun e Clarke (2006, 2012, 2021), foi adotada uma abordagem predominantemente indutiva e interpretativa, na qual as categorias emergiram das narrativas dos participantes a partir da identificação de unidades de significado recorrentes. Posteriormente, estas categorias foram interpretadas à luz dos modelos conceptuais da dor crónica e da adolescência (Apkarian et al., 2004; Tran et al., 2015) e agrupadas segundo proximidade conceptual e coerência interna, de forma a refletir padrões de significado relevantes para as questões de investigação.

A quantificação das ocorrências foi utilizada exclusivamente como estratégia complementar de organização temática e identificação de padrões de recorrência, não assumindo qualquer finalidade estatística ou inferencial.

O processo analítico conduziu à definição de três grandes dimensões temáticas, correspondentes às necessidades, estratégias (nível individual) e soluções (nível macro), que estruturaram o sistema final de 49 categorias. Estas dimensões foram organizadas em subníveis conceptuais: (1) necessidades, subdivididas em determinantes sociais e psicológicos; (2) estratégias, subdivididas em adaptativas e desadaptativas; e (3) soluções, englobando recomendações dirigidas a profissionais, famílias e sistemas de saúde e educação. A definição das categorias baseou-se em critérios de recorrência, relevância conceptual e proximidade temática. A consistência interpretativa foi assegurada através de triangulação interna e revisão cruzada entre investigadores, contribuindo para a credibilidade e robustez analítica do processo.

3. Resultados

A análise temática das entrevistas resultou na construção de um sistema hierárquico composto por 49 categorias e subcategorias, organizadas em três grandes dimensões: necessidades (n = 168), estratégias (n = 137) e soluções (n = 45). As necessidades identificadas foram subdivididas em determinantes sociais (n = 102) e determinantes psicológicos (n = 66). As estratégias foram organizadas em adaptativas (n = 108) e desadaptativas (n = 29). A Tabela 1 apresenta o sistema categorial emergente da análise temática. Considerando a possibilidade de codificação múltipla da mesma unidade de significado, as frequências das subcategorias poderão exceder os totais globais de cada dimensão temática.

3.1 Determinantes Sociais

No domínio dos determinantes sociais, destacaram-se o estigma associado à doença (n = 42), a exclusão social experienciada pelos adolescentes (n = 10), o rendimento escolar (n = 8) e o conhecimento limitado dos profissionais de saúde relativamente à fibromialgia (n = 8). Os participantes relataram frequentemente experiências de invalidação e incompreensão relativamente à sua condição.

"*Levam pouco a sério (...) acham que aquilo é tudo da cabeça deles*." (Médico especialista)

Paralelamente, foi igualmente salientada a dificuldade de reconhecimento da fibromialgia juvenil em contexto clínico:

"*Os próprios técnicos de saúde, por mais que não queiram duvidar, o facto de não haver uma evidência concreta fá-los questionar*." (Médico especialista)

A exclusão social surgiu associada ao afastamento progressivo das atividades quotidianas e à dificuldade em manter relações interpessoais consistentes durante períodos de agravamento sintomático.

"*Voltava e sentia que já não havia espaço para mim*." (Jovem adulta com fibromialgia)

Os participantes relataram igualmente impacto significativo no funcionamento académico, associado ao absentismo escolar e dificuldades cognitivas.

"*Perdi muita coisa a nível académico (...) todo o conceito de estudo e produtividade mudou*." (Jovem adulta com fibromialgia)

Foram ainda identificadas referências persistentes à invalidação social, particularmente em contexto familiar, escolar e clínico, bem como à escassez de respostas especializadas dirigidas à fibromialgia juvenil.

3.2 Determinantes Psicológicos

Relativamente aos determinantes psicológicos, emergiram temas como o Fear of Missing Out (FoMO) (n = 4), a autocomparação com pares saudáveis (n = 16), a relação entre dor e emoção (n = 14), a modulação individual (n = 9) e a catastrofização da dor (n = 23). Os discursos revelaram uma perceção persistente de discrepância relativamente aos pares saudáveis, frequentemente associada a sentimentos de frustração, inferiorização e perda de funcionalidade.

"*Existe o pensamento de não conseguir fazer o mesmo que os outros*." (Profissional de saúde mental)

Os discursos evidenciaram igualmente uma forte relação bidirecional entre sofrimento emocional e agravamento sintomático.

"*O que acaba por transpor mais para a dor física é o stress (...) sei que isso potencia a dor*." (Jovem adulta com fibromialgia juvenil)

Os participantes descreveram ainda dificuldades relacionadas com a gestão emocional da dor, hipervigilância corporal e antecipação de agravamento sintomático, frequentemente associadas a sentimentos de medo e insegurança relativamente ao futuro.

3.3 Estratégias Adaptativas

Relativamente às estratégias identificadas, estas foram categorizadas em adaptativas (n = 108) e desadaptativas (n = 29). Entre as estratégias adaptativas, salientaram-se a psicoeducação (n = 32), o suporte social (n = 17), a aceitação (n = 18), a gestão da doença (n = 18), a modulação emocional (n = 10), o relaxamento (n = 7) e a reestruturação cognitiva (n = 5).

A aceitação foi frequentemente descrita enquanto elemento central na adaptação à condição.

"*Passará sempre muito pela aceitação (...) quanto mais se luta contra a dor, mais ela aparece*." (Profissional de saúde mental)

O suporte social surgiu igualmente associado a sentimentos de segurança emocional e validação.

"*Quando eu me sinto compreendida (...) parece que no meio da tempestade há calma*." (Jovem adulta com fibromialgia)

Os participantes salientaram igualmente a importância da psicoeducação, da gestão da doença e de estratégias dirigidas à regulação emocional e reorganização cognitiva enquanto ferramentas relevantes para a adaptação funcional e emocional à fibromialgia.

"*Mesmo com dor, se for fazer um exercício físico de baixa intensidade (...) ajuda que no dia seguinte tenha menos dor*." (Jovem adulta com fibromialgia)

3.4 Estratégias Desadaptativas

Por outro lado, as estratégias desadaptativas mais frequentemente reportadas incluíram o evitamento (n = 22) e a ruminação (n = 14). Os discursos revelaram padrões persistentes de antecipação de agravamento sintomático e monitorização excessiva da dor, frequentemente associados ao afastamento progressivo de atividades sociais, académicas e recreativas.

"*Desmarcava tudo (…) porque achava que nunca mais iria estar bem para os fazer*." (Jovem adulta com fibromialgia)

No seu conjunto, estes resultados sugerem que o medo de agravamento sintomático e a antecipação da dor parecem desempenhar um papel central na manutenção de padrões de evitamento funcional e isolamento social.

3.5 Soluções Propostas

As soluções propostas evidenciaram a necessidade de serviços de saúde capacitados para responder às necessidades desta população (n = 15), com especial enfoque na formação dos profissionais de saúde e na criação de respostas multidisciplinares dirigidas à fibromialgia juvenil. Paralelamente, destacou-se a importância da capacitação dos adolescentes com fibromialgia (n = 12), através da implementação de intervenções grupais baseadas na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).

Foi igualmente identificada a relevância da realização de sessões psicoeducativas com famílias (n = 8), da articulação entre os setores da saúde e educação (n = 6) e da implementação de formação específica em contexto escolar (n = 10), de modo a promover respostas mais precoces, integradas e ajustadas às necessidades desta população.

4. Discussão

Os resultados obtidos encontram-se alinhados com evidência prévia que identifica a catastrofização da dor, o evitamento e a hipervigilância como mecanismos centrais na manutenção do sofrimento psicológico e incapacidade funcional em adolescentes com dor crónica. Do mesmo modo, a relevância atribuída ao estigma e à invalidação social reforça resultados previamente descritos na literatura sobre fibromialgia, nos quais a ausência de manifestações físicas visíveis contribui para sentimentos de incompreensão, isolamento social e agravamento emocional.

Paralelamente, os resultados parecem sustentar conceptualizações contemporâneas da dor crónica enquanto fenómeno neuroplástico associado à aprendizagem emocional e memória de dor, conforme conceptualizado por Apkarian et al. (2004), particularmente no que respeita aos padrões de evitamento, antecipação da dor e hipervigilância identificados nos participantes. Neste contexto, a identificação precoce destes padrões

cognitivos e emocionais assume relevância clínica significativa, permitindo a implementação de intervenções preventivas dirigidas à interrupção dos mecanismos associados à cronificação da dor.

Os resultados parecem igualmente reforçar a hipótese de que a persistência da dor durante a adolescência poderá favorecer processos de aprendizagem emocional associados à antecipação de ameaça, manutenção da hipervigilância e consolidação de padrões de evitamento.

A adolescência constitui uma etapa particularmente sensível do desenvolvimento devido à elevada plasticidade cerebral e reorganização neuroemocional característica deste período. Neste contexto, experiências persistentes de dor e sofrimento emocional parecem contribuir para a consolidação precoce de padrões cognitivos e comportamentais desadaptativos, reforçando a relevância clínica de respostas dirigidas especificamente a esta fase do desenvolvimento.

A relação bidirecional observada entre sofrimento emocional e agravamento sintomático parece consistente com modelos neurobiológicos que descrevem a participação da amígdala, ínsula e córtex pré-frontal nos processos de modulação descendente da dor e regulação emocional. Os resultados sugerem, assim, que abordagens clínicas centradas exclusivamente na sintomatologia física poderão ser insuficientes, reforçando a importância da integração sistemática de estratégias psicoterapêuticas dirigidas ao processamento emocional, reestruturação cognitiva e redução da hipervigilância à dor.

Do ponto de vista clínico, os resultados reforçam a necessidade de modelos de intervenção precoces e multidisciplinares dirigidos a adolescentes com dor crónica, integrando componentes de regulação emocional, psicoeducação e prevenção de padrões de evitamento. A integração sistemática de profissionais de psicologia em equipas reumatológicas pediátricas, bem como a articulação com contextos escolares e familiares, poderá contribuir para respostas clínicas mais eficazes, preventivas e ajustadas ao desenvolvimento adolescente.

Estes resultados sugerem igualmente a importância da inclusão precoce de estratégias de regulação emocional e reestruturação cognitiva em programas dirigidos a adolescentes com dor crónica, particularmente em fases iniciais do desenvolvimento da condição.

No seu conjunto, este estudo contribui para o avanço do conhecimento ao oferecer uma sistematização integrada das necessidades biopsicossociais de adolescentes com fibromialgia juvenil, articulando dimensões neurobiológicas, emocionais, sociais e contextuais. Ao centralizar necessidades frequentemente dispersas num enquadramento coerente, os resultados fornecem uma base estruturada para o desenvolvimento de intervenções precoces, integradas e ajustadas ao desenvolvimento adolescente.

O presente estudo contribui para a literatura ao integrar, num mesmo enquadramento analítico, determinantes neurobiológicos, emocionais e sociais frequentemente explorados de forma isolada, reforçando a relevância de modelos integrados na compreensão da fibromialgia juvenil.

O presente estudo apresenta algumas limitações que deverão ser consideradas na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, a reduzida dimensão da amostra e a predominância de profissionais de saúde relativamente ao número de adolescentes com experiência direta de fibromialgia juvenil poderão limitar a diversidade de perspetivas recolhidas. Adicionalmente, a natureza qualitativa e exploratória do estudo não permite generalizações estatísticas, embora possibilite uma compreensão aprofundada do fenómeno em análise. Ainda assim, enquanto estudo qualitativo exploratório, os resultados permitem gerar hipóteses clínicas e conceptuais relevantes, bem como identificar necessidades prioritárias para o desenvolvimento de intervenções biopsicossociais dirigidas à fibromialgia juvenil.

Importa igualmente considerar a possibilidade de enviesamento interpretativo inerente à análise qualitativa, apesar das estratégias de triangulação e revisão cruzada implementadas ao longo do processo analítico. Futuras investigações poderão beneficiar da inclusão de amostras mais alargadas e diversificadas, bem como da realização de estudos longitudinais que permitam compreender a evolução da fibromialgia juvenil ao longo do desenvolvimento.

A ausência de adolescentes em fase ativa da doença poderá igualmente limitar a compreensão de experiências contemporâneas associadas aos atuais contextos escolares, sociais e digitais.

O presente estudo evidencia a necessidade de uma compreensão integrada e multidimensional da fibromialgia juvenil, reconhecendo a complexa interação entre dor,

regulação emocional e contextos sociais durante a adolescência. Ao identificar necessidades biopsicossociais críticas e traduzi-las em propostas estruturadas de intervenção, os resultados reforçam a importância de respostas clínicas atempadas e articuladas entre serviços de saúde, contexto escolar e famílias.

A abordagem da fibromialgia juvenil através de estratégias multidisciplinares e ajustadas ao desenvolvimento assume um papel central na prevenção da cronificação da dor e na redução do impacto funcional e emocional a longo prazo. O reconhecimento da interdependência entre dor e emoções, bem como a priorização de intervenções dirigidas à regulação emocional, catastrofização e evitamento, contribui para interromper processos associados à perpetuação da dor crónica e promover trajetórias de desenvolvimento mais adaptativas.

Neste sentido, os resultados sustentam a necessidade de integração sistemática de intervenções biopsicossociais nos cuidados de rotina dirigidos a adolescentes com dor crónica, incluindo estratégias de psicoeducação, Terapia Cognitivo-Comportamental, promoção da literacia em saúde e atividade física adaptada. Simultaneamente, reforçam a relevância da articulação entre saúde, escola e família enquanto elemento central para a construção de respostas integradas ajustadas ao desenvolvimento e às necessidades desta população.

Mais do que uma condição exclusivamente associada à dor física, a fibromialgia juvenil deverá ser compreendida enquanto fenómeno neurobiológico, emocional e relacional, exigindo respostas clínicas precoces, integradas e ajustadas às especificidades do desenvolvimento adolescente. Neste enquadramento, a implementação de estratégias multidisciplinares dirigidas à regulação emocional, prevenção do evitamento e promoção da funcionalidade poderá assumir um papel central na melhoria do bem-estar psicológico, funcionalidade e qualidade de vida de adolescentes com fibromialgia juvenil.

5. Referências Bibliográficas

Apkarian, A. V., Sosa, Y., Krauss, B. R., Thomas, P. S., Fredrickson, B. E., Levy, R. E., Harden, R. N., & Chialvo, D. R. (2004). Chronic pain patients are impaired on an emotional decision-making task. *Pain, 108*(1–2), 129–136. https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.12.015

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. In H. Cooper (Ed.), *APA handbook of research methods in psychology* (Vol. 2, pp. 57–71). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/13620-004

Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE.

Crombez, G., Eccleston, C., Van Damme, S., Vlaeyen, J. W. S., & Karoly, P. (2012). Fear-avoidance model of chronic pain: The next generation. *Clinical Journal of Pain, 28*(6), 475–483. https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e3182385392

Degotardi, P. J., Klass, E. S., Rosenberg, B. S., Fox, D. E., Gallelli, K. A., & Gottlieb, B. S. (2006). Development and evaluation of a cognitive-behavioral intervention for juvenile fibromyalgia. *Journal of Pediatric Psychology, 31*(7), 714–723. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsj064

Diener, E. (2005). Guidelines for national indicators of subjective well-being and ill-being. *Applied Research in Quality of Life, 1*(2), 151–157. https://doi.org/10.1007/s11482-006-9007-x

Direção-Geral da Saúde. (2016). *Norma n.º 009/2016: Abordagem diagnóstica e terapêutica da fibromialgia*. https://normas.dgs.min-saude.pt/2016/07/06/abordagem-diagnostica-e-terapeutica-da-fibromialgia/

Gilheaney, Ó., & Chadwick, L. (2023). Prevalence and risk factors for fibromyalgia: A systematic review. *International Journal of Rheumatic Diseases, 26*(1), 7–19. https://doi.org/10.1111/1756-185X.14490

Loureiro, L., & Miranda, N. (2021). Literacia em saúde nas escolas: Uma realidade necessária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 39*(2), 25–32.

Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science, 150*(3699), 971–979. https://doi.org/10.1126/science.150.3699.971

Neugebauer, V. (2015). Amygdala pain mechanisms. *Handbook of Experimental Pharmacology, 227*, 261–284. https://doi.org/10.1007/978-3-662-46450-2_13

Oliveira, A. (2022). Fibromialgia: Estigma e exclusão social. *Revista Portuguesa de Reumatologia, 31*(4), 367–374.

Preda, A., & Voigt, K. (2015). *Social determinants of health*. In *Oxford Bibliographies*. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/OBO/9780199756797-0156

Ribeiro, L. (2016). O estigma da fibromialgia em Portugal. *Psicologia, Saúde & Doenças, 17*(2), 331–343.

Schmidt, S., Tinti, C., Levine, L. J., & Testa, S. (2010). Appraisals, emotions and emotion regulation: An integrative approach. *Motivation and Emotion, 34*(1), 63–72. https://doi.org/10.1007/s11031-010-9155-z

Smith, H. S., Harris, R., & Clauw, D. (2011). Fibromyalgia: An afferent processing disorder leading to a complex pain generalized syndrome. *Pain Physician, 14*(2), E217–E245.

Solberg Nes, L., Roach, A. R., & Segerstrom, S. C. (2009). Executive functions, self-regulation, and chronic pain: A review. *Annals of Behavioral Medicine, 37*(2), 173–183. https://doi.org/10.1007/s12160-009-9095-5

Sullivan, M. J. L., & Bishop, S. R. (1995). The pain catastrophizing scale: Development and validation. *Psychological Assessment, 7*(4), 524–532. https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.4.524

Tanhan, F., Özok, H. İ., & Tayiz, V. (2022). Fear of missing out (FoMO): A current review. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 14*(1), 74–85. https://doi.org/10.18863/pgy.943781

Thorn, B. E. (2020). Ronald Melzack Award Lecture: Putting the brain to work in cognitive behavioral therapy for chronic pain. *Pain, 161*(Suppl. 1), S27–S35. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001862

Tran, S. T., Jastrowski Mano, K. E., Hainsworth, K. R., Medrano, G. R., Anderson Khan, K. J., Weisman, S. J., & Davies, W. H. (2015). Distinct influences of anxiety and

pain catastrophizing on functional outcomes in children and adolescents with chronic pain. *Journal of Pediatric Psychology, 40*(8), 744–755. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv012

Intervención psico-educativa para favorecer un envejecimiento activo y saludable

Autores: *Lizbeth De La Torre[1], Sara Cambón Olea[1], Paula Prieto Fernandez[1], Armando González Sánchez[1] y Antonio Sánchez Cabaco[1].*

[1] Universidad Pontificia de Salamanca, España

Autor de Correspondencia: Lizbeth De La Torre. **E-mail:** ldelatorrelo@upsa.es

Resumen

Introducción: El concepto de envejecimiento saludable ha adquirido gran relevancia en los últimos años, destacando el papel activo de las personas mayores en el mantenimiento de su bienestar. En este contexto, las intervenciones orientadas a modificar la percepción del envejecimiento resultan fundamentales, ya que contribuyen a fomentar una vejez más activa y satisfactoria. Entre estas estrategias, los diálogos psicoeducativos se presentan como una herramienta eficaz, al promover el aprendizaje, la reflexión y la transformación de estereotipos negativos asociados a la vejez, favoreciendo una visión más equilibrada y positiva. **Objetivos:** El objetivo principal del estudio fue promover un envejecimiento activo y saludable mediante espacios estructurados de reflexión, intercambio de experiencias y acceso a información significativa, así como analizar la eficacia de una intervención basada en los Diálogos del Buen Envejecer. Material y métodos: Se empleó un diseño pretest-postest con un único grupo, lo que permitió evaluar los cambios producidos tras la intervención. La muestra estuvo compuesta por 125 personas mayores de 60 años empadronadas en Salamanca. Se utilizaron dos escalas tipo Likert aplicadas antes y después de las sesiones. **Resultados:** Los datos se analizaron mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, con un nivel de confianza del 95%. Los resultados evidenciaron un impacto positivo en la mayoría de los indicadores evaluados,

especialmente en la percepción del envejecimiento, aunque se identificaron áreas susceptibles de mejora. Conclusión: Los diálogos estructurados constituyen una estrategia eficaz para mejorar la percepción del envejecimiento y el bienestar en personas mayores. No obstante, los resultados deben interpretarse con cautela debido a limitaciones como el tamaño de la muestra y la falta de seguimiento a largo plazo, lo que sugiere la necesidad de futuras investigaciones.

Palabras clave: personas mayores, diálogos educativos, envejecimiento saludable, promoción de la salud en mayores.

Abstract

Introduction: The concept of healthy aging has gained significant prominence in recent years, highlighting the active role of older adults in maintaining their well-being. In this context, interventions aimed at changing perceptions of aging are essential, as they help foster a more active and fulfilling old age. Among these strategies, psychoeducational dialogues emerge as an effective tool, as they promote learning, reflection, and the transformation of negative stereotypes associated with old age, fostering a more balanced and positive outlook. **Objectives:** The main objective of the study was to promote active and healthy aging through structured spaces for reflection, the exchange of experiences, and access to meaningful information, as well as to analyze the effectiveness of an intervention based on the Dialogues on Healthy Aging. Materials and methods: A single-group pretest-posttest design was used, which allowed for the evaluation of changes occurring after the intervention. The sample consisted of 125 people over the age of 60 registered as residents of Salamanca. Two Likert-type scales were administered before and after the sessions. **Results:** The data were analyzed using the Wilcoxon signed-rank test, with a 95% confidence level. The results showed a positive impact on most of the indicators evaluated, particularly in the perception of aging, although areas for improvement were identified. **Conclusion:** Structured dialogues constitute an effective strategy for improving the perception of aging and well-being in older adults. However, the results should be interpreted with caution due to limitations such as sample size and the lack of long-term follow-up, suggesting the need for future research.

1. Introducción

El envejecimiento es un proceso natural que ocurre a lo largo de la vida y que ha sido abordado desde diferentes perspectivas en la sociedad. Tradicionalmente, se ha vinculado esta etapa con la pérdida de capacidades y el deterioro funcional, lo que ha dado lugar a percepciones negativas sobre la vejez (Limón Mendizabal, 2018). Sin embargo, en los últimos años ha cobrado relevancia el concepto de envejecimiento saludable, que busca resaltar el papel activo de las personas mayores en su propio bienestar. Este enfoque promueve el mantenimiento de la autonomía, la participación en la comunidad y la adopción de hábitos saludables, alejándose de la idea de la vejez como una etapa caracterizada únicamente por la dependencia y la enfermedad (Petretto et al., 2016).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), el envejecimiento saludable consiste en aprovechar al máximo las oportunidades para mantener la salud, la participación social y la seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida en la vejez. Este concepto considera que el bienestar de las personas mayores no depende únicamente de factores biológicos, sino también de aspectos psicológicos, sociales y emocionales. En este sentido, las estrategias destinadas a cambiar la percepción del envejecimiento desempeñan un papel clave en la promoción de una vejez activa y satisfactoria (Hernández et al., 2023).

Entre las diversas herramientas utilizadas para modificar las ideas preconcebidas sobre la vejez, los diálogos psicoeducativos han demostrado ser una opción efectiva. Estas intervenciones consisten en la generación de espacios de conversación en los que los adultos mayores pueden expresar sus pensamientos y emociones sobre el envejecimiento, al mismo tiempo que reciben información fundamentada en evidencia científica (Jiménez et al., 2016). Mediante estos diálogos, se fomenta el aprendizaje, la reflexión y la deconstrucción de estereotipos que asocian la vejez con aspectos negativos, favoreciendo así una visión más equilibrada y enriquecedora del envejecimiento.

Diferentes investigaciones han evidenciado que una visión negativa sobre el envejecimiento puede contribuir al desarrollo de trastornos como la depresión y la ansiedad, así como afectar la calidad de vida y la autoestima de las personas mayores (Ortega-Martínez & Ramírez-Fernández, 2017).

Por ello, resulta fundamental promover una visión más realista y positiva, que valore la experiencia acumulada, la sabiduría y el potencial de contribución social de este grupo poblacional. Comprender los factores que influyen en el envejecimiento saludable y positivo, así como la aplicación de intervenciones no farmacológicas, permitirá desarrollar estrategias efectivas para mejorar la calidad de vida de las personas mayores con deterioro cognitivo leve.

Las terapias no farmacológicas (TNF) son intervenciones que no implican el uso de fármacos y que se han implementado con el objetivo de mejorar la calidad de vida tanto en personas sanas como en aquellas con alguna enfermedad. En el caso de la demencia, especialmente en la enfermedad de Alzheimer, su uso se remonta a la década de 1960. Al igual que los tratamientos con medicamentos, estas terapias deben basarse en evidencia científica y mostrar resultados positivos esperables (Sánchez et al., 2016).

A partir de este marco teórico, la presente investigación busca analizar la eficacia de una intervención psicoeducativa centrada en la técnica de los Diálogos del Buen Envejecer. Este programa se enmarca dentro de una estrategia de promoción de la salud que busca favorecer un envejecimiento activo y saludable a través de espacios estructurados de reflexión, intercambio de experiencias y acceso a información veraz y significativa. Se pretende, además, contribuir a la creación de entornos más amigables con las personas mayores, fortaleciendo su participación social y su empoderamiento.

Este trabajo se inscribe en el marco de la Década del Envejecimiento Saludable (2020–2030), impulsada por la OMS. En este contexto, el Ayuntamiento de Salamanca y la Universidad Pontificia de Salamanca colaboran activamente para promover estrategias de prevención, salud y apoyo comunitario, en el marco de la Red de Ciudades Amigables con las Personas Mayores.

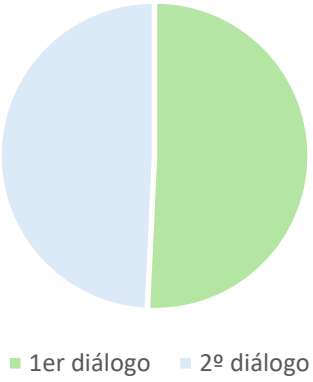
2. Método

2.1. Participantes

La muestra seleccionada para participar en los diálogos psicoeducativos cumplió con dos criterios fundamentales. El primer criterio consistía en que los participantes debían estar empadronados en la ciudad de Salamanca, lo que aseguraba que los sujetos formaran parte de la población local. El segundo criterio era ser mayor de 60 años, con el objetivo

de centrarse en la población adulta mayor. La participación fue completamente voluntaria, y se realizó una convocatoria dirigida a los usuarios de talleres municipales y servicios comunitarios. Se logró reunir un total de 125 personas, de las cuales 69 participaron en el primer diálogo y 67 en el segundo (Figura 1).

Figura 1
Gráfico de asistencia a los diálogos



2.2. Materiales e Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron dos escalas tipo Likert, administradas a los participantes antes y después de las sesiones. Estas escalas permiten evaluar las creencias, actitudes y conocimientos previos sobre los temas tratados, y compararlos con los resultados posteriores (Matas, 2018). La primera escala, diseñada por la Dra. Teresa Sánchez Sánchez, se centró en los trastornos del sueño en el adulto mayor e incluyó 12 ítems. La segunda, elaborada por la Dra. María José Fernández Guerrero, abordó los mitos sobre la depresión en la vejez e incluyó 9 ítems. Ambas escalas utilizaron puntuaciones de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo), y se informó a los participantes que no había respuestas correctas o incorrectas.

2.3. Diseño

El diseño de investigación fue de tipo pretest-postest con el mismo grupo, lo que permitió medir el impacto de la intervención en la misma muestra. Se realizaron dos diálogos con dos temáticas centrales: en el primero se abordaron los trastornos del sueño y, en el segundo los mitos sobre la depresión. Se estructuraron las dos sesiones informativas seguidas de espacios de diálogo guiados por expertos. Este enfoque permitió

analizar cambios en las percepciones de los participantes antes y después de recibir la información.

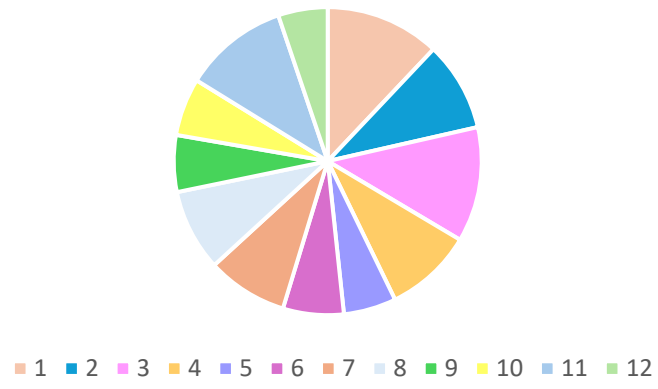
2.4. Procedimiento

El procedimiento constó de tres fases: aplicación del cuestionario pretest, desarrollo del diálogo psicoeducativo, y aplicación del cuestionario postest. En cada sesión, se presentó primero una charla informativa sobre el tema. A continuación, se abrió un espacio de participación donde los asistentes expresaron dudas, compartieron experiencias y reflexionaron sobre los contenidos recibidos. Finalmente, se repitió la aplicación del cuestionario para evaluar posibles cambios. Las sesiones se realizaron en un ambiente tranquilo y respetuoso, siguiendo las normas éticas de la investigación, con garantía de anonimato y confidencialidad. Los datos recogidos se analizaron con pruebas estadísticas no paramétricas, concretamente la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, con un nivel de confianza del 95%.

3. Resultados

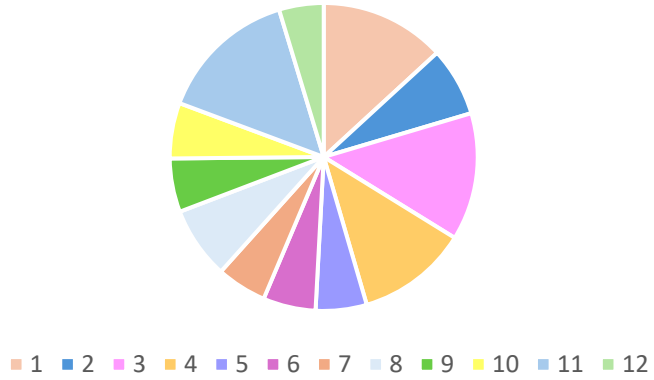
En cuanto al análisis descriptivo, los resultados pretest del primer diálogo muestran que las preguntas con mayor puntuación fueron la 1 (media = 3.88), la 3 (3.90) y la 11 (3.55), lo que indica un mayor grado de acuerdo con las afirmaciones planteadas en esos ítems. En contraste, las preguntas 5 (1.78), 12 (1.68) y 6 (2.06) mostraron las medias más bajas, reflejando un menor nivel de acuerdo inicial por parte de los participantes (Figura 2).

Figura 2
Respuestas pre diálogo 1



Tras la intervención, los resultados postest reflejan puntuaciones que varían entre 1.37 y 4.28. Las puntuaciones más altas se registraron en la pregunta 11 (media = 4.28), seguida de la pregunta 3 (3.92) y la 1 (3.85). Las preguntas con menor puntuación fueron la 12 (1.37), la 5 (1.57) y la 6 (1.62), lo que podría sugerir persistencia de ciertas percepciones o dificultades en modificar actitudes específicas (Figura 3).

Figura 3
Respuestas post diálogo 1



En el análisis inferencial, se observaron diferencias significativas en la mayoría de las variables analizadas. Por ejemplo, se identificaron cambios significativos en las comparaciones de variables Pre_1 vs Post_1 ($p = 0.045$), Pre_2 vs Post_2 ($p < 0.001$), Pre_5 vs Post_5 ($p = 0.034$), Pre_6 vs Post_6 ($p < 0.001$), Pre_7 vs Post_7 ($p < 0.001$), Pre_8 vs Post_8 ($p = 0.002$), Pre_9 vs Post_9 ($p = 0.005$), Pre_11 vs Post_11 ($p < 0.001$) y Pre_12 vs Post_12 ($p = 0.003$). En cambio, no se encontraron cambios significativos en los pares Pre_3 vs Post_3 ($p = 0.459$), Pre_4 vs Post_4 ($p = 0.21$) y Pre_10 vs Post_10 ($p = 0.059$) (Tabla 1).

Tabla 1

Valores significativos por ítem en el primer diálogo, análisis inferencial (12 ítems)

Par de Variables	p-valor (Sig.)
Pre_1 vs Post_1	0.045
Pre_2 vs Post_2	<0.001
Pre_3 vs Post_3	0.459
Pre_4 vs Post_4	0.21
Pre_5 vs Post_5	0.034
Pre_6 vs Post_6	<0.001
Pre_7 vs Post_7	<0.001
Pre_8 vs Post_8	0.002

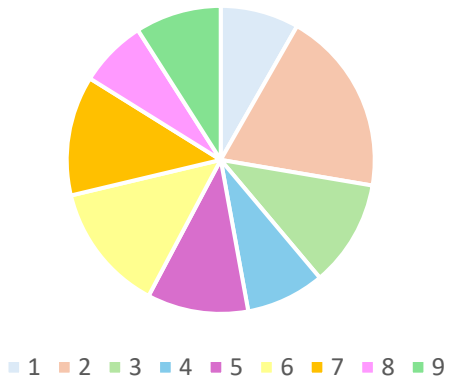
Pre_9 vs Post_9	0.005
Pre_10 vs Post_10	0.059
Pre_11 vs Post_11	<0.001
Pre_12 vs Post_12	0.003

Nota. Elaboración propia.

De las variables analizadas. Por ejemplo, se identificaron cambios significativos en las comparaciones de variables Pre_1 vs Post_1 ($p = 0.045$), Pre_2 vs Post_2 ($p < 0.001$), Pre_5 vs Post_5 ($p = 0.034$), Pre_6 vs Post_6 ($p < 0.001$), Pre_7 vs Post_7 ($p < 0.001$), Pre_8 vs Post_8 ($p = 0.002$), Pre_9 vs Post_9 ($p = 0.005$), Pre_11 vs Post_11 ($p < 0.001$) y Pre_12 vs Post_12 ($p = 0.003$). En cambio, no se encontraron cambios significativos en los pares Pre_3 vs Post_3 ($p = 0.459$), Pre_4 vs Post_4 ($p = 0.21$) y Pre_10 vs Post_10 ($p = 0.059$).

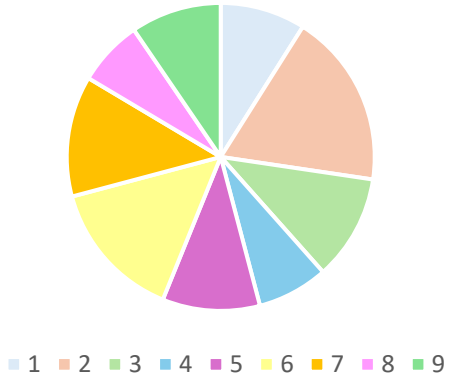
Respecto al segundo diálogo, el pretest mostró medias que oscilan entre 1.57 y 4.18. La pregunta 2 obtuvo la media más alta (4.18), mientras que las preguntas 1 y 8 registraron los valores más bajos (2.04 y 1.57, respectivamente) (Figura 4).

Figura 4
Respuestas pre diálogo 2



En el postest, las puntuaciones variaron entre 1.42 y 3.89, siendo la pregunta 2 nuevamente la que obtuvo el valor más alto. Las preguntas con menor puntuación fueron la 8 (1.42), la 1 (1.65), la 4 (1.65) y la 9 (1.81) (Figura 7).

Figura 7
Respuestas post dialogo 2



En cuanto a los cambios significativos en el segundo diálogo, se detectaron diferencias en los pares Pre_1 vs Post_1 (p = 0.025), Pre_6 vs Post_6 (p = 0.002), Pre_7 vs Post_7 (p = 0.017) y Pre_9 vs Post_9 (p = 0.048). Estos resultados sugieren que la intervención tuvo un efecto positivo en algunas dimensiones analizadas, particularmente en la corrección de mitos sobre la depresión en la vejez (Tabla 2).

Tabla 2

Valores significativos por ítem en el segundo diálogo (9 ítems)

Par de Variables	p-valor (Sig.)
Pre_1 vs Post_1	0.025
Pre_2 vs Post_2	0.158
Pre_3 vs Post_3	0.4
Pre_4 vs Post_4	0.621
Pre_5 vs Post_5	0.142
Pre_6 vs Post_6	0.002
Pre_7 vs Post_7	0.017
Pre_8 vs Post_8	0.255
Pre_9 vs Post_9	0.048

Nota: Elaboración propia.

En este diálogo, aunque la pregunta 2 mantuvo una puntuación alta en ambas fases, otras como la 1 y la 8 mostraron una disminución tras la intervención. Este descenso puede interpretarse no necesariamente como negativo, sino como una toma de conciencia más crítica o realista tras el contenido recibido. Asimismo, preguntas como la 6 y la 7 experimentaron ligeras mejoras, lo que sugiere cierto efecto positivo en la comprensión del tema o en el cambio de actitud.

En conjunto, los datos evidencian un efecto favorable de la intervención en la percepción del envejecimiento, aunque con áreas que requieren seguimiento o intervención complementaria. Las charlas psicoeducativas y los espacios de diálogo posterior demostraron ser efectivos en la modificación de actitudes en torno al sueño y la salud mental en personas mayores asistentes a los diálogos. El uso de la prueba de rangos con signo de Wilcoxon validó estadísticamente estos cambios en la mayoría de los ítems.

La prueba de los rangos con signo de Wilcoxon permitió observar diferencias estadísticamente significativas en las percepciones antes y después de la intervención. Esto refuerza la utilidad de los diálogos como herramienta de cambio en contextos de intervención comunitaria con adultos mayores.

4. Discusión y Conclusiones

Los resultados obtenidos en esta intervención psicoeducativa evidencian un impacto positivo en la percepción del envejecimiento y el bienestar general de los participantes. Este hallazgo coincide con investigaciones previas que destacan la efectividad de los enfoques grupales y dialógicos en la promoción de la salud mental y el empoderamiento en la tercera edad (Wobbeking Sánchez et al., 2016).

La metodología basada en diálogos estructurados no solo facilitó la transmisión de información, sino que también promovió el intercambio de experiencias personales, el apoyo entre pares y el fortalecimiento de habilidades de afrontamiento. Este formato se alinea con estudios que subrayan el valor de la interacción social como factor protector frente al deterioro cognitivo y emocional en adultos mayores (Martínez-Heredia et al., 2020).

Asimismo, la utilización de una herramienta metodológica como los diálogos estructurados favoreció la expresión de vivencias personales, el acompañamiento mutuo y el desarrollo de recursos para afrontar situaciones difíciles. Estudios como el de Buedo-Guiraldo et al. (2020) señalan que este tipo de intervenciones mejora tanto el ánimo como la autoestima de las personas mayores.

No obstante, es necesario considerar ciertas limitaciones. La muestra fue no probabilística y circunscrita a un entorno geográfico específico, lo cual podría limitar la generalización de los resultados. Además, la evaluación se basó en escalas tipo Likert, sin

un seguimiento longitudinal que permita observar la sostenibilidad del impacto en el tiempo.

A pesar de estas limitaciones, los datos obtenidos sugieren que las intervenciones psicoeducativas centradas en el diálogo son una estrategia eficaz y de bajo coste para promover un envejecimiento activo. Futuros estudios deberían considerar la incorporación de medidas objetivas de cambio, una mayor diversidad muestral y la evaluación de efectos a largo plazo.

Los resultados son muy positivos, se identificaron algunos casos en los que los participantes mostraron resistencia al cambio, posiblemente debido a factores individuales como la internalización de estereotipos negativos o experiencias previas. Además, el entorno social juega un papel fundamental en la efectividad de estas intervenciones, ya que la falta de apoyo social o el distanciamiento familiar pueden influir en la percepción y actitud hacia el envejecimiento (Urrutia Serrano, 2018).

A modo de resumen, los resultados obtenidos respaldan la eficacia de los diálogos psicoeducativos como estrategia para promover un envejecimiento activo y saludable. Estas intervenciones no solo impactan en la percepción del envejecimiento, sino que también influyen en la salud mental, la socialización y la calidad de vida de los participantes. Sin embargo, se recomienda el desarrollo de estudios longitudinales que permitan evaluar los efectos a largo plazo y la implementación de estrategias complementarias que refuercen los cambios observados.

En el primer diálogo se observaron mejoras relevantes en la percepción de los participantes respecto a temas relacionados con el sueño y el bienestar emocional. Algunos ítems como el 11 presentaron aumentos significativos en sus puntuaciones, lo que indica un cambio positivo en las creencias. Asimismo, se consolidaron actitudes previamente positivas y se detectaron áreas donde aún persisten creencias erróneas, lo cual sugiere la necesidad de reforzar ciertos contenidos.

En el segundo diálogo, aunque algunos ítems mantuvieron puntuaciones altas en ambas fases, otros reflejaron una toma de conciencia crítica tras la intervención. El descenso en la puntuación de algunos ítems no debe interpretarse como un retroceso, sino como una reevaluación más realista de las creencias previas. También se observaron

mejoras en aspectos relacionados con la comprensión de la depresión en personas mayores.

En general, aunque los cambios no fueron drásticos, sí reflejan un ajuste en las percepciones de los participantes, probablemente influenciado por los contenidos compartidos en el diálogo psicoeducativo. Estos resultados refuerzan la utilidad del enfoque dialógico para movilizar actitudes y promover el pensamiento crítico en torno al envejecimiento.

En conjunto, los resultados muestran que los diálogos psicoeducativos generan un espacio de reflexión que favorece la resignificación de creencias y la adquisición de conocimientos. Para fortalecer estos efectos, se recomienda la combinación de estrategias psicoeducativas con programas de seguimiento estructurado. Los estudios longitudinales permitirán analizar la evolución de los participantes y ofrecer evidencia más robusta para la implementación de políticas públicas.

El presente trabajo ha evidenciado la utilidad de los diálogos psicoeducativos como estrategia de intervención con personas mayores, con el objetivo de promover un envejecimiento activo y saludable. A través de sesiones centradas en la información, la reflexión y el intercambio de experiencias, se logró impactar positivamente en variables relacionadas con el bienestar emocional, la percepción del envejecimiento y el afrontamiento de síntomas frecuentes como el insomnio o la tristeza.

A partir de la experiencia desarrollada en este trabajo, se abren diversas posibilidades para continuar explorando e implementando intervenciones psicoeducativas en el ámbito del envejecimiento. Sería recomendable diseñar programas de mayor duración, que incluyan seguimiento a medio y largo plazo para evaluar el mantenimiento de los beneficios obtenidos.

Además, podría ser útil adaptar los contenidos y dinámicas a distintos perfiles, como personas con deterioro cognitivo leve, mayores en situación de dependencia, o quienes viven en soledad o residencias. También se sugiere incorporar nuevas temáticas relevantes, como la gestión emocional ante la jubilación, la pérdida de seres queridos o la adaptación a cambios físicos y funcionales.

Finalmente, futuras investigaciones podrían comparar diferentes formatos de intervención (presenciales o virtuales, individuales o grupales) y evaluar su eficacia mediante diseños más robustos, como estudios cuasiexperimentales o mixtos. Este tipo de investigaciones contribuiría a consolidar modelos de atención psicosocial más efectivos, accesibles y sensibles a las necesidades reales de la población mayor.

5. Agradecimientos

Este estudio fue realizado gracias la financiación del Ayuntamiento de Salamanca y la Universidad Pontificia de Salamanca en el marco de Colaboración entre la Concejalía de Mayores del Ayuntamiento y la Unidad de Memoria de la Facultad de Psicología de la UPSA.

6. Referencias Bibliográficas

Buedo-Guirado, C., Rubio, L., Aranda, L., & Dumitrache, C. G. (2017). Promoción del envejecimiento activo en la atención gerontológica: El papel de la educación social. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología, 2*(2), 185–193. https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v2.1090

Hernández-Ulloa, E., Rodríguez Herrera, F., & Santiesteban Velazquez, N. (2023). Intervenciones psicológicas en personas mayores con deterioro cognitivo leve. *Revista Alternativas Cubanas en Psicología, 11*(31), 57–67. https://acupsi.org/intervenciones-psicologicas-en-personas-mayores-con-deterioro-cognitivo-leve/

Jiménez, M. G., Izal, M., & Montorio, I. (2016). Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva. *Suma Psicológica*, *23*(1), 51–59. https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.03.001

Limón-Mendizábal, M. R. (2018). Envejecimiento activo: Un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. *Aula Abierta*, *47*(1), 45–54. https://doi.org/10.17811/rifie.47.1.2018.45-54

Martínez-Heredia, N., Santaella-Rodríguez, E., & Rodríguez-García, A.-M. (2020). Beneficios de la actividad física para la promoción de un envejecimiento activo en personas mayores. Revisión bibliográfica. *Retos*, (39), 829–834. https://doi.org/10.47197/retos.v0i39.74537

Matas, A. (2018). Diseño del formato de escalas tipo Likert: Un estado de la cuestión. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, *20*(1), 38–47. https://doi.org/10.24320/redie.2018.20.1.1347

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos: Panorama general*. Organización Mundial de la Salud. https://iris.who.int/handle/10665/356118

Ortega-Martínez, A. R., & Ramírez-Fernández, E. (2017). Intervenciones positivas en mayores: Ajuste actividad-edad. *European Journal of Health Research*, *3*(1), 65–74. https://doi.org/10.30552/ejhr.v3i1.56

Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., Matos López, C., & Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: Una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 51*(4), 229–241. https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003

Sánchez-Iglesias, A. I., Del Barrio del Campo, J. A., Santos-González, J., Da Silva, Á., Castro, F. V., & Bernal, J. G. (2016). Protocolo para la implementación de terapias no farmacológicas (TNF) en centros residenciales. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología, 1*(2), 73–84. https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n2.v1.558

Urrutia-Serrano, A. (2018). Envejecimiento activo: Un paradigma para comprender y gobernar. *Aula Abierta, 47*(1), 29–36. https://doi.org/10.17811/rifie.47.1.2018.29-36

Wobbeking-Sánchez, M., Sánchez-Cabaco, A., Urchaga-Litago, D., Sánchez-Iglesias, A. I., & García-Camarón, C. (2015). Intervención optimizadora del bienestar cognitivo y emocional en mayores institucionalizados: Un estudio piloto. Revista INFAD de Psicología. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1*(2), 195–206. https://doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.335

Intervenções Psicológicas Digitais Breves no Envelhecimento: Uma Revisão Integrativa da Literatura

Patrícia Azevedo[1], Hugo Paredes[1,2], Manuela Leite[3,4], Sónia Remondes-Costa[1,5]

[1] Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro- UTAD, Portugal

[2] INESC TEC, Portugal
[3] TOXRUN, IUCS- CESPU- Gandra
[4] iHealth4Wellbeing, CESPU, Penafiel
[5] RISE Health, Portugal

Autor Correspondente: Patrícia Guerra Azevedo

E-mail: al2024154943@alunos.utad.pt

Resumo: O envelhecimento populacional está associado ao aumento de desafios psicológicos, como ansiedade, depressão e diminuição do bem-estar. As intervenções psicológicas tradicionais apresentam limitações ao nível do acesso, custos e estigma, surgindo as intervenções digitais como alternativa promissora. No entanto, existe uma lacuna na literatura quanto a revisões sistemáticas focadas em intervenções psicológicas digitais breves dirigidas a idosos. Este estudo tem como objetivo sintetizar a evidência dos últimos cinco anos sobre a eficácia destas intervenções em adultos ≥65 anos. A questão de investigação segue o modelo PICO: população idosa, intervenções digitais breves (≤10 sessões; <3 meses), comparação com controlo, cuidados habituais ou pré–pós, e *outcomes* ao nível da depressão, ansiedade e bem-estar. Foram incluídas revisões, estudos experimentais e quasi-experimentais publicados em revistas com revisão por pares, que avaliem intervenções psicológicas digitais, como terapia cognitivo-comportamental e *mindfulness*. Foram excluídos estudos qualitativos, intervenções não digitais ou prolongadas e estudos sem foco em idosos. As intervenções psicológicas digitais breves revelam potencial para melhorar a saúde mental das pessoas idosas, reduzindo sintomas de depressão, ansiedade e solidão. As abordagens baseadas em terapia cognitivo-comportamental, *mindfulness* e videoconferência apresentam resultados mais consistentes. Contudo, são necessários mais estudos robustos para confirmar a sua eficácia e aplicabilidade a esta população.

Palavras-chave: Envelhecimento, Terapias breves, Intervenção psicológica digital, Eficácia, Bem-estar.

Abstract: Population ageing is associated with an increase in psychological challenges, such as anxiety, depression and a decline in well-being. Traditional psychological interventions have limitations in terms of access, cost and stigma, with digital interventions emerging as a promising alternative. However, there is a gap in the literature regarding systematic reviews focused on brief digital psychological interventions aimed at older adults. This study aims to synthesise the evidence from the last five years on the effectiveness of these interventions in adults aged 65 years and over. The research question follows the PICO model: older adults, brief digital interventions (≤10 sessions; <3 months), comparison with control, usual care or pre–post, and outcomes relating to depression, anxiety and well-being. The review included systematic reviews, experimental and quasi-experimental studies published in peer-reviewed journals that evaluated digital psychological interventions, such as cognitive behavioural therapy and mindfulness. Qualitative studies, non-digital or long-term interventions, and studies not focusing on older adults were excluded. Brief digital psychological interventions show promise in improving the mental health of older people by reducing symptoms of depression, anxiety and loneliness. Approaches based on cognitive behavioural therapy, mindfulness and video conferencing yield the most consistent results. However, further robust studies are needed to confirm their effectiveness and applicability to this population.

Key-Words: Ageing, Brief therapies, Digital psychological intervention, Effectiveness, Well-being.

1. Introdução

O envelhecimento populacional está associado ao aumento de desafios psicológicos, incluindo sintomas de ansiedade, depressão, solidão e diminuição do bem-estar. As intervenções psicológicas tradicionais apresentam limitações relacionadas com o acesso aos cuidados, os custos associados e o estigma ainda existente em torno da saúde mental.

Neste contexto, as intervenções digitais surgem como uma alternativa promissora para ampliar o acesso aos cuidados psicológicos. Especificamente, as intervenções de saúde móvel (mHealth) e, em particular, as aplicações baseadas em *chatbots*, têm

demonstrado praticidade, viabilidade e aceitabilidade na promoção da saúde mental em idosos, contribuindo para a redução de sintomas depressivos e dos níveis de stress (Chou et al., 2023). Contudo, a utilização destas tecnologias por pessoas idosas exige considerações específicas ao nível do design e da usabilidade, uma vez que a eficácia das intervenções digitais dirigidas à saúde mental desta população continua a constituir um campo em desenvolvimento (Zhou et al., 2026).

As perturbações mentais apresentam uma elevada prevalência na população idosa. Estima-se que cerca de um em cada três indivíduos com idades compreendidas entre os 65 e os 84 anos tenha experienciado uma doença mental nos 12 meses anteriores (Andreas et al., 2016). Apesar desta realidade, a psicoterapia continua a ser raramente prescrita nesta faixa etária, verificando-se uma sub-representação significativa dos idosos nos serviços de psicoterapia em regime ambulatório (Kessler & Blachetta, 2020).

Torna-se, por isso, essencial desenvolver estratégias terapêuticas acessíveis, eficazes e aceitáveis para esta população (Wuttke et al., 2023; Schafran & Öst., 2021). Neste sentido, as intervenções digitais em saúde mental podem contribuir para colmatar lacunas no acesso ao tratamento, disponibilizando apoio escalável para problemas como a depressão e a ansiedade (Kaveladze et al., 2024).

O desenvolvimento tecnológico tem vindo a transformar a prestação de cuidados psicológicos. Tecnologias como a inteligência artificial (IA), a realidade virtual (RV), o *biofeedback* automatizado e os agentes conversacionais têm sido progressivamente integradas nas intervenções psicológicas, promovendo maior acessibilidade, personalização e continuidade dos cuidados de saúde mental (Fulmer et al., 2018). Estas ferramentas permitem a monitorização em tempo real dos sintomas e dos estados emocionais, bem como a adaptação das intervenções às necessidades individuais.

Paralelamente, o Processamento de Linguagem Natural tem sido utilizado para analisar conteúdos verbais e identificar padrões emocionais e cognitivos ao longo do processo terapêutico, apoiando a tomada de decisão clínica (Rech et al., 2025).

A IA tem assumido um papel cada vez mais central na área da saúde mental, apoiando a análise de dados clínicos complexos e melhorando os processos de avaliação e tomada de decisão. A integração de múltiplas fontes de dados possibilita a identificação de

padrões psicológicos relevantes e contribui para intervenções mais rápidas, precisas e personalizadas (Chamberlain et al., 2023; Menezes et al., 2024).

Consequentemente, estas tecnologias favorecem uma abordagem mais responsiva e centrada na pessoa, complementando a prática psicoterapêutica sem substituir a dimensão relacional inerente ao processo terapêutico (Gual-Montolio et al., 2022).

Adicionalmente, parece fundamental sensibilizar e informar adequadamente os idosos acerca dos benefícios das intervenções psicológicas e do seu potencial para ajudar a lidar com eventos de vida stressantes e desafios associados ao envelhecimento (Schmidt et al., 2024). A experiência decorrente da pandemia de COVID-19 demonstrou igualmente que intervenções e ensaios clínicos totalmente realizados à distância são exequíveis e podem constituir alternativas válidas à prestação presencial de cuidados (Schweiger et al., 2022).

As intervenções digitais, incluindo aplicações móveis, programas de autoajuda e terapias assistidas por computador, têm demonstrado eficácia no tratamento da depressão e da ansiedade, sobretudo quando combinadas com apoio clínico especializado (Wright et al., 2019).

As Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC) estão a transformar a prestação de cuidados psicológicos, permitindo a personalização em tempo real, o *feedback* automatizado e uma maior flexibilidade na prestação de serviços (Gual-Montolio et al., 2022).

Contudo, os resultados da literatura não são uniformes, existindo estudos que não identificaram diferenças significativas entre intervenções de autoajuda online e grupos de controlo em idosos institucionalizados ou internados (Lorenzo-Luaces & Howard, 2023).

Neste contexto, as intervenções psicológicas breves e de baixa intensidade têm emergido como uma estratégia promissora para maximizar a disseminação eficiente de serviços de saúde mental baseados na evidência. Estas intervenções assentam no princípio de alcançar benefícios clínicos relevantes utilizando o mínimo de recursos possível, aumentando, assim, o número de pessoas que pode aceder ao tratamento (Bennett-Levy et al., 2010).

Para além de serem mais acessíveis, convenientes e escaláveis, estas abordagens podem revelar-se particularmente sensíveis à deteção de alterações cognitivas subtis que frequentemente escapam às avaliações tradicionais em papel e lápis (Nester et al., 2024).

Recentemente, Shafran et al. (2021) propuseram um conjunto de diretrizes para a definição de intervenções de baixa intensidade. Segundo estes autores, estas intervenções devem recorrer a materiais de autoajuda, envolver um máximo de seis horas de contacto terapêutico e incluir sessões com duração igual ou inferior a 30 minutos, podendo o apoio ser prestado por profissionais qualificados ou por acompanhantes treinados. Estas características tornam as intervenções potencialmente mais custo-efetivas, sem comprometer a sua eficácia clínica.

Paralelamente, a educação para o envelhecimento ativo, associada ao uso de tecnologias digitais e jogos cognitivos, tem demonstrado efeitos positivos ao nível do bem-estar, do envolvimento social e da estimulação cognitiva em adultos mais velhos (Peixoto et al., 2026).

De igual modo, o acesso e utilização da Internet têm sido associados a maiores níveis de bem-estar, empoderamento, autonomia e independência (Viviani et al., 2023). Os tratamentos realizados por videoconferência também têm revelado resultados promissores, especialmente entre idosos residentes em zonas rurais ou pertencentes a grupos minoritários (Schweiger et al., 2022).

O interesse pela utilização de tecnologias digitais baseadas em *smartphones* para a avaliação e monitorização remota do funcionamento cognitivo em idosos tem igualmente aumentado. Estas ferramentas apresentam potencial para melhorar a validade ecológica das avaliações cognitivas e aumentar a sensibilidade à deteção precoce de indicadores subtis de declínio cognitivo, incluindo em populações em risco de demência ou integradas no espectro da doença de Alzheimer (Nester et al., 2024; Souza & Silva, 2022). Adicionalmente, a monitorização digital pode contribuir para a deteção precoce de sintomas depressivos e de outras alterações psicológicas relevantes.

Importa ainda considerar que a solidão e o isolamento social, problemas frequentemente associados ao envelhecimento, estão fortemente relacionados com o aumento da depressão, hipertensão arterial, perturbações do sono e deterioração da função cognitiva (Shapira et al., 2021).

Neste sentido, as intervenções digitais poderão constituir uma ferramenta relevante para promover a ligação social e reduzir fatores de risco psicossociais entre os idosos.

Face ao exposto, a presente revisão integrativa visa sintetizar a evidência científica disponível sobre a eficácia, aplicabilidade e aceitabilidade de intervenções psicológicas breves mediadas digitalmente dirigidas à população idosa (Levskaya & Pipere, 2025; Pedot et al., 2022b).

A análise abrangerá plataformas online, aplicações móveis e ferramentas de videoconferência, com especial enfoque nas características técnicas e terapêuticas que favorecem a usabilidade e a adesão por parte dos idosos (Costa et al., 2021; Rajappan et al., 2026).

As evidências atuais sugerem que estas intervenções podem contribuir para a redução de sintomas depressivos e ansiosos, bem como para a melhoria da qualidade de vida, particularmente quando incorporam princípios da terapia cognitivo-comportamental, suporte humano e mecanismos de personalização (Filho et al., 2025; Riadi et al., 2022).

Esta abordagem pretende contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre a aplicabilidade das intervenções digitais em saúde mental na população idosa, um grupo particularmente vulnerável a problemas psicológicos e que continua a apresentar taxas de adoção tecnológica inferiores às observadas na população geral (Boucher et al., 2022).

Esta revisão integrativa visa preencher essa lacuna, sintetizando evidências sobre a eficácia e aplicabilidade de intervenções psicológicas breves mediadas digitalmente para a população idosa (Levskaya & Pipere, 2025; Pedot et al., 2022).

2. Método

A presente revisão integrativa da literatura foi orientada pela seguinte questão de investigação: ***Qual a evidência científica disponível, nos últimos cinco anos, sobre a eficácia de intervenções psicológicas digitais breves na promoção da saúde mental de pessoas idosas?***

O objetivo deste estudo consistiu em sintetizar a evidência científica publicada nos últimos cinco anos acerca da eficácia de intervenções psicológicas digitais breves em adultos com idade igual ou superior a 65 anos.

A formulação da questão de investigação seguiu a estratégia **PICO** (*Population, Intervention, Comparison, Outcome*), considerando como população **(P)** os adultos idosos (≥ 65 anos); como intervenção **(I)**, intervenções psicológicas digitais breves, definidas como programas com duração inferior a três meses e/ou até 10 sessões; como comparação **(C)**, grupos de controlo, cuidados habituais ou avaliações pré e pós-intervenção; e como outcomes **(O)**, indicadores de saúde mental, nomeadamente sintomas depressivos, ansiedade e bem-estar psicológico.

Para responder à questão de investigação, foi realizada uma revisão integrativa da literatura através da consulta das bases de dados **Scopus, PubMed, SciELO** e **Cochrane Library**. A pesquisa bibliográfica incidiu sobre estudos publicados entre abril de 2021 e abril de 2026, tendo sido desenvolvida uma estratégia de pesquisa estruturada com base em descritores relacionados com envelhecimento, intervenções psicológicas digitais e saúde mental.

Foram considerados elegíveis estudos de revisões de literatura, experimentais e quasi-experimentais publicados em revistas científicas com revisão por pares, que avaliassem intervenções psicológicas digitais breves dirigidas a adultos com idade igual ou superior a 65 anos.

Foram incluídos estudos que analisaram intervenções como terapia cognitivo-comportamental digital, *mindfulness* online, programas de e-mental *health*, intervenções baseadas na internet, aplicações móveis ou outras modalidades digitais de intervenção psicológica. Foram igualmente incluídos estudos publicados em português, inglês ou espanhol e disponíveis em acesso aberto.

Foram excluídos estudos qualitativos, revisões da literatura, protocolos de investigação, estudos de caso, dissertações, capítulos de livro e literatura cinzenta. Excluíram-se ainda estudos que avaliaram intervenções não digitais, programas com duração superior aos critérios definidos para intervenções breves ou investigações cuja amostra não era constituída predominantemente por pessoas idosas.

A estratégia de pesquisa incluiu a seguinte combinação de descritores e operadores booleanos:

("older adults" OR elderly OR seniors OR ageing OR aging) AND ("digital intervention*" OR "online intervention*" OR "internet-based intervention*" OR "web-based intervention*" OR "e-mental health" OR telepsychology OR "digital psychotherapy" OR cCBT OR "mobile health") AND (depression OR anxiety OR "psychological well-being" OR "mental health") AND (brief OR short-term OR "low-intensity").

Após a realização das pesquisas, os registos identificados foram exportados para uma base de dados de trabalho e submetidos a um processo de remoção de duplicados. Seguidamente, procedeu-se à triagem dos estudos através da análise dos títulos e resumos, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Os artigos considerados potencialmente elegíveis foram posteriormente analisados na íntegra, permitindo confirmar a sua adequação aos objetivos da revisão.

O processo de seleção dos estudos foi sistematizado através de um fluxograma adaptado das recomendações PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), descrevendo as etapas de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos. A síntese dos resultados incidiu na caracterização das intervenções, das amostras, dos contextos de implementação e dos principais efeitos

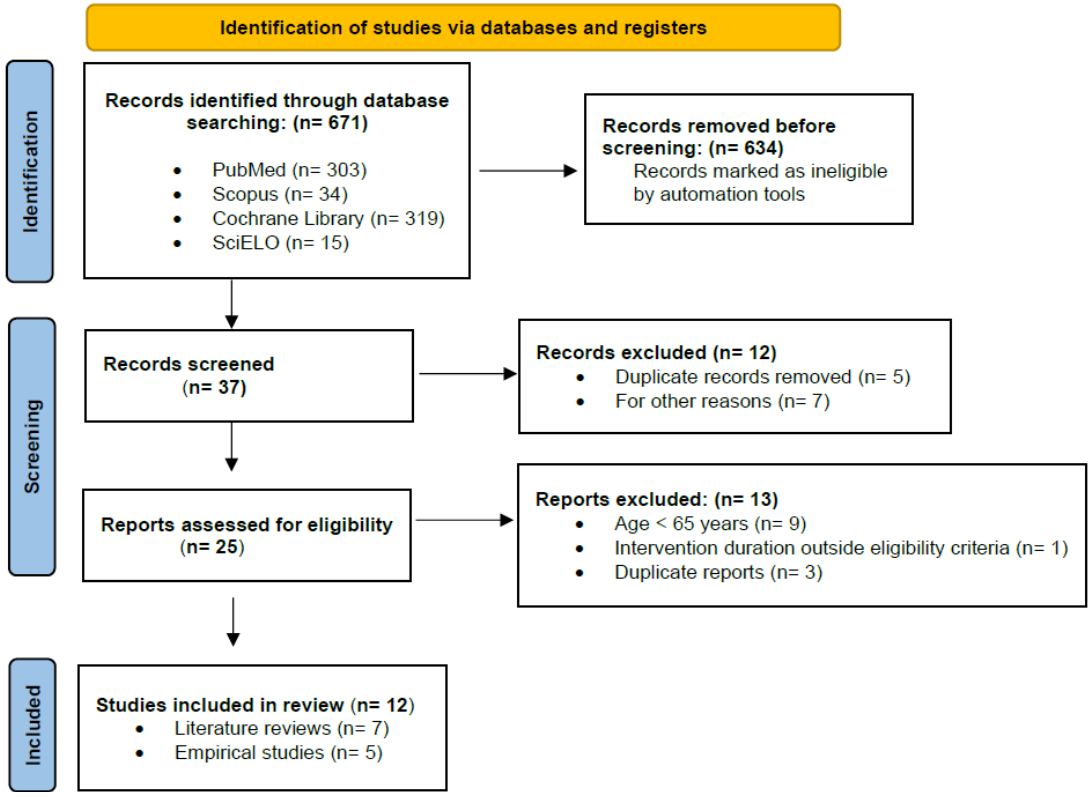


Figura 1- Fluxograma PRISMA

observados nos indicadores de saúde mental avaliados, nomeadamente depressão, ansiedade e bem-estar psicológico. Em seguida, os títulos e resumos dos trabalhos foram identificados e avaliados de acordo com os critérios de exclusão (triagem). Posteriormente, foi realizada a leitura na íntegra de todos os artigos científicos encontrados (elegibilidade).

A seleção final dos artigos para inclusão na revisão foi apresentada com um fluxograma PRISMA adaptado, detalhando as etapas de identificação, rastreio, elegibilidade e inclusão.

3. Resultados

Portanto, deve ser salientado que: os 12 estudos incluídos apresentam uma distribuição heterogénea quanto ao desenho metodológico, abrangendo 5 estudos empíricos e 7 revisões da literatura (incluindo revisões sistemáticas, meta-análises e *scoping reviews*).

Esta característica sugere que a evidência sintetizada resulta predominantemente de estudos de natureza secundária, o que permite obter uma visão abrangente do estado da arte, mas limita a possibilidade de inferências diretas sobre a eficácia das intervenções.

Tabela 9
Intervenções Digitais no Envelhecimento

Nº	Tipo de Estudo	Autores	Título	Ano	DOI / Link
1	REVIEW	Chou, Lin, Lee, et al.	Potential Mobile Health Applications for Improving the Mental Health of the Elderly: A Systematic Review	2023	10.2147/CIA.S410396 (Chou et al., 2023)
2	ARTICLE	Gama-Vieira, Gabriel, et al.	Reflexões sobre a adaptação tecnológica para intervenções on-line com idosos	2022	10.5935/1808-5687.20220008 (Gama-Vieira et al., 2022)
3	ARTICLE	Boucher, Honomichl, et al.	The Effects of a Digital Well-being Intervention on Older Adults: Retrospective Analysis of Real-world User Data	2022	10.2196/39851 (Boucher et al., 2022)

4	REVIEW	Riadi, Kervin, Dhillon, et al.	Digital interventions for depression and anxiety in older adults: a systematic review of randomised controlled trials	2022	10.1016/s2666-756800121-0 (Riadi et al., 2022)
5	REVIEW	Filho, Silva, Pinheiro, et al.	Tecnologias digitais e depressão em idosos: uma revisão integrativa sobre eficácia, viabilidade, aceitabilidade e barreiras	2025	10.36557/2674-8169.2025v7n11p726-748 (Filho et al., 2025)
6	ARTICLE	Schweiger, Rodebaugh, et al.	Mindfulness Training for Depressed Older Adults Using Smartphone Technology: Protocol for a Fully Remote Precision Clinical Trial	2022	10.2196/39233 (Schweiger et al., 2022)
7	ARTICLE	Shapira, Yeshua-Katz, et al.	A pilot randomized controlled trial of a group intervention via Zoom to relieve loneliness and depressive symptoms among older persons	2021	10.1016/j.invent.2021.100368 (Shapira et al., 2021)
8	REVIEW	Wuthrich, Dickson, et al.	Efficacy of low intensity interventions for geriatric depression and anxiety – A systematic review and meta-analysis	2023	10.1016/j.jad.2023.10.093 (Wuthrich et al., 2023)
9	REVIEW	Schmidt, Grey, Strauss, et al.	Predictors of treatment outcome of psychological therapies for common mental health problems in older adults	2024	S0272735824000849 (Schmidt et al., 2024)
10	ARTICLE	Nester, Vito, Prieto, et al.	Association of Subjective Cognitive Concerns With Performance on Mobile App-Based Cognitive Assessment in Cognitively Normal Older Adults	2024	PMC111812482 (Nester et al., 2024)
11	REVIEW	Rajappan, Yin, et al.	Designing digital mental health interventions for	2026	10.1038/s41746-026-02523-7 (Rajappan et al., 2026)

			older adults: a scoping review		
12	REVIEW	Pedot, Dullius, et al.	Intervenção terapêutica em saúde mental online para pessoas idosas com ansiedade e depressão	2022	RBCEH - UPF (Pedot et al., 2022)

3.1. Caracterização geral dos estudos

Dos 12 estudos incluídos, observa-se uma concentração temporal entre 2021 e 2026, refletindo o crescimento recente do interesse científico pelas intervenções psicológicas digitais dirigidas à população idosa, particularmente após a pandemia de COVID-19. Os estudos analisados foram desenvolvidos em diferentes contextos geográficos e contemplaram diversas modalidades de intervenção digital, incluindo:

- aplicações móveis de saúde mental (mHealth);
- intervenções baseadas em smartphones;
- terapia cognitivo-comportamental digital (cCBT);
- programas de *mindfulness* online;
- intervenções realizadas por videoconferência;
- agentes conversacionais e outras soluções digitais de apoio psicológico.

Verifica-se igualmente uma predominância de estudos centrados na depressão e ansiedade, sendo menos frequentes os trabalhos focados especificamente no bem-estar psicológico ou na promoção da saúde mental positiva.

3.2. Eficácia das intervenções digitais

De forma global, os estudos apontam para resultados favoráveis relativamente à utilização de intervenções psicológicas digitais breves em pessoas idosas.

As revisões sistemáticas de Chou et al. (2023), Riadi et al. (2022) e Wuthrich et al. (2023) reportam efeitos positivos na redução de sintomas depressivos e ansiosos, destacando que as intervenções digitais podem constituir alternativas viáveis e acessíveis aos modelos tradicionais de prestação de cuidados. Em particular, os programas baseados em terapia cognitivo-comportamental demonstraram os resultados mais consistentes ao nível da melhoria dos sintomas emocionais.

Os estudos empíricos reforçam esta tendência. Schweiger et al. (2022) verificaram a viabilidade da implementação de um programa de *mindfulness* totalmente digital para

idosos com sintomatologia depressiva, enquanto Shapira et al. (2021) identificaram reduções na solidão e nos sintomas depressivos através de uma intervenção grupal realizada por videoconferência. Estes resultados assumem especial relevância considerando o impacto negativo do isolamento social na saúde mental dos idosos.

3.3. Aplicações móveis e tecnologias emergentes

Um dos temas mais recorrentes na literatura foi o potencial das aplicações móveis e das tecnologias *mHealth*. A revisão de Chou et al. (2023) conclui que estas aplicações podem contribuir significativamente para a promoção da saúde mental, sobretudo quando incorporam funcionalidades de monitorização, *feedback* personalizado e apoio contínuo.

Os trabalhos de Boucher et al. (2022) e Nester et al. (2024) acrescentam evidência sobre o potencial dos *smartphones* para a monitorização remota de indicadores psicológicos e cognitivos.

Para além da avaliação da saúde mental, estas tecnologias revelam potencial na deteção precoce de alterações cognitivas e sintomas depressivos, aumentando a sensibilidade das avaliações em contextos reais de vida.

3.4. Fatores associados à eficácia

A análise transversal dos estudos evidencia que a eficácia das intervenções não depende apenas da tecnologia utilizada, mas também de fatores relacionados com o desenho da intervenção.

Diversos autores (Riadi et al., 2022; Gama-Vieira et al., 2022; Zhou et al., 2026) salientam a importância de:

- interfaces intuitivas e adaptadas às necessidades dos idosos;
- suporte técnico e humano durante a intervenção;
- personalização dos conteúdos;
- simplicidade de navegação;
- acessibilidade digital.

Estes fatores surgem repetidamente como determinantes para a adesão, satisfação e continuidade da utilização das plataformas digitais.

4. Limitações identificadas na literatura

Apesar dos resultados promissores, a literatura analisada revela algumas limitações importantes.

Em primeiro lugar, verifica-se uma elevada heterogeneidade dos estudos relativamente aos formatos de intervenção, duração dos programas, instrumentos de avaliação e características das amostras, dificultando a comparação direta dos resultados.

Em segundo lugar, vários autores referem a escassez de ensaios clínicos randomizados especificamente direcionados para a população idosa. Esta limitação é particularmente evidente no reduzido número de estudos empíricos identificados nesta revisão (n = 5).

Por fim, persistem desafios relacionados com a literacia digital, o acesso às tecnologias e a exclusão de idosos com maior fragilidade cognitiva ou funcional, fatores que podem comprometer a generalização dos resultados.

4.1. Síntese dos resultados

Globalmente, a evidência analisada sugere que as intervenções psicológicas digitais breves constituem uma abordagem promissora para a promoção da saúde mental em pessoas idosas, apresentando efeitos positivos sobretudo na redução da depressão, ansiedade e solidão.

As intervenções baseadas em terapia cognitivo-comportamental, *mindfulness* e videoconferência revelaram os resultados mais consistentes. Contudo, a eficácia destas abordagens parece depender da adaptação tecnológica às características da população idosa, da inclusão de suporte humano e da personalização das intervenções.

A necessidade de mais estudos experimentais robustos continua a ser uma das principais recomendações identificadas na literatura.

5. Discussão

Os resultados desta revisão integrativa sugerem que as intervenções psicológicas digitais breves constituem uma abordagem promissora para a promoção da saúde mental em pessoas idosas, apresentando efeitos positivos sobretudo na redução de sintomas depressivos, ansiosos e de isolamento social.

Estes resultados corroboram a evidência previamente reportada por Wuthrich et al. (2023), que demonstraram que intervenções guiadas de baixa intensidade podem produzir reduções clinicamente relevantes nos níveis de ansiedade e depressão através de diferentes modalidades de autoajuda apoiada.

Um dos aspetos mais relevantes identificado na literatura refere-se à necessidade de adaptar o desenvolvimento tecnológico às características específicas da população idosa. Schweiger et al. (2022) salientam que, embora os participantes tenham sido envolvidos na avaliação da viabilidade da aplicação estudada, não participaram no seu desenvolvimento inicial. Este aspeto assume particular relevância, uma vez que o envolvimento dos utilizadores finais desde as fases iniciais de conceção pode contribuir para melhorar a aceitabilidade, a usabilidade e a adesão às intervenções.

Neste contexto, a usabilidade emerge como um fator determinante para o sucesso das intervenções digitais, refletindo a capacidade da tecnologia responder às necessidades dos utilizadores em termos de eficácia, eficiência e satisfação (Schweiger et al., 2022).

Os resultados também sugerem que a eficácia das intervenções digitais não depende exclusivamente do modelo terapêutico utilizado, mas igualmente de fatores contextuais e psicossociais associados aos participantes. Schmidt et al. (2024) destacam que a investigação sobre preditores dos resultados terapêuticos em adultos mais velhos permanece numa fase relativamente exploratória. A identificação de fatores modificáveis associados à adesão, motivação e resposta ao tratamento poderá permitir o desenvolvimento de intervenções mais personalizadas e eficazes, contribuindo para uma maior adequação das estratégias terapêuticas às necessidades individuais dos idosos.

Apesar dos resultados encorajadores, a literatura analisada evidencia desafios importantes relacionados com a implementação e disseminação destas intervenções. Um dos obstáculos mais frequentemente identificados diz respeito ao alcance limitado dos ensaios clínicos e às dificuldades de recrutamento de participantes, frequentemente resultando em amostras reduzidas e potencialmente pouco representativas da população idosa em geral. Adicionalmente, muitas intervenções são desenvolvidas e avaliadas em contextos académicos altamente controlados, o que pode dificultar a sua transferência para contextos clínicos e comunitários reais (Schweiger et al., 2022). Esta limitação

reflete um desafio persistente na área da saúde mental digital: a translação eficaz da evidência científica para a prática clínica.

Importa igualmente salientar que a generalização dos resultados deve ser interpretada com cautela. Embora os estudos incluídos demonstrem benefícios das intervenções digitais breves em adultos mais velhos, a maioria das amostras concentrou-se em participantes entre os 60 e os 80 anos de idade. Consequentemente, permanece limitada a evidência relativa aos chamados "idosos mais velhos" (80 anos ou mais), um grupo que frequentemente apresenta maiores níveis de fragilidade física, declínio cognitivo e dificuldades de utilização tecnológica (Wuthrich et al., 2023).

A análise dos estudos incluídos permitiu ainda identificar uma importante lacuna na literatura. Apesar do crescente número de investigações sobre intervenções psicológicas digitais breves, a maioria dos estudos tem sido desenvolvida junto de populações mais jovens, incluindo adolescentes, estudantes universitários e adultos em idade ativa. Quando direcionados para pessoas idosas, muitos estudos centram-se em populações clínicas específicas, nomeadamente indivíduos com depressão crónica, doença de Alzheimer, acidente vascular cerebral ou outras condições neurológicas. Assim, continua a existir uma escassez de evidência especificamente focada na população idosa geral e em intervenções digitais breves dirigidas à promoção da saúde mental e do bem-estar psicológico.

Adicionalmente, os resultados desta revisão evidenciam uma predominância de revisões da literatura relativamente aos estudos empíricos, refletindo o caráter ainda emergente deste domínio de investigação. Esta realidade reforça a necessidade de mais ensaios clínicos randomizados, estudos longitudinais e investigações de implementação que permitam avaliar não apenas a eficácia das intervenções, mas também a sua sustentabilidade, custo-efetividade e aplicabilidade em diferentes contextos socioculturais.

Em síntese, os resultados sugerem que as intervenções psicológicas digitais breves representam uma alternativa promissora para aumentar o acesso aos cuidados de saúde mental na população idosa, particularmente em contextos marcados por barreiras geográficas, limitações de mobilidade ou escassez de recursos especializados.

A integração de princípios de *design* centrado no utilizador, estratégias de personalização e apoio humano poderá potenciar a eficácia destas intervenções. Neste sentido, a presente revisão contribui para consolidar o conhecimento existente sobre esta temática e para apoiar o desenvolvimento futuro de soluções digitais mais acessíveis, escaláveis e adequadas às necessidades específicas da população idosa.

6. Referências Bibliográficas

Andreas, S., Schulz, H., Volkert, J., Dehoust, M. C., Sehner, S., Suling, A., Ausín, B., Canuto, A., Crawford, M., Ronch, C. D., Grassi, L., Hershkovitz, Y., Muñoz, M., Quirk, A., Rotenstein, O., Santos-Olmo, A. B., Shalev, A. Y., Strehle, J., Weber, K., … Härter, M. (2016). Prevalence of mental disorders in elderly people: The European MentDis_ICF65+ study. *The British Journal of Psychiatry*, *210*(2), 125–131. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180463

Bennett-Levy, J., Richards, D., & Farrand, P. (2010). Low intensity CBT interventions: A revolution in mental health care. In *Oxford University Press eBooks* (pp. 3–18). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199590117.003.0001

Boucher, E. M., Honomichl, R., Ward, H. E., Powell, T., Stoeckl, S. E., & Parks, A. C. (2022). The effects of a digital well-being intervention on older adults: Retrospective analysis of real-world user data. *JMIR Aging*, *5*(3). https://doi.org/10.2196/39851

Chamberlaim, A., Flor, B., Pereira, E., Almeida, L., Martins, L., Silva, Y., & Siqueira, G. (2023). Inteligência artificial (IA) e suas aplicações em exames de imagem: Uma nova era para diagnósticos na área da saúde. *Cuadernos de Educación y Desarrollo, 15*(12), 17605–17624. https://doi.org/10.55905/cuadv15n12-134

Chou, Y.-H., Lin, C., Lee, S., Chien, Y.-W. C., & Cheng, L. (2023). Potential mobile health applications for improving the mental health of the elderly: A systematic review. *Clinical Interventions in Aging, 1523–1534.* https://doi.org/10.2147/cia.s410396

Costa, D. E. S., Rodrigues, S. de A., Alves, R. de C. L., Silva, M. R. F. da, Bezerra, A. D. C., Santos, D. C. dos, Freitas, M. C. de, Oliveira, P. E. de, Nunes, S. F., Silva, V. C. da, & Nascimento, C. E. M. do. (2021). A influência das tecnologias na saúde mental dos idosos em tempos de pandemia: Uma revisão integrativa. *Research Society and Development*, *10*(2). https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12198

Filho, E. G. da S., Silva, W. G. da, Pinheiro, P. J. da S., Wink, A. P. V., Barbosa, G. C., Silva, G. R. de S., Lima, L. M. de, Pereira, R., Lacerda, L., Figueiredo, P. S., & Moraes, F. A. (2025). Tecnologias digitais e depressão em idosos: Uma revisão integrativa sobre eficácia, viabilidade, aceitabilidade e barreiras. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, *7*(11), 726–748. https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n11p726-748

Fulmer, R., Joerin, A., Gentile, B., Lakerink, L., & Rauws, M. (2018). Using psychological artificial intelligence (Tess) to relieve symptoms of depression and anxiety: A randomized controlled trial. *JMIR Mental Health, 1–28.*

Gama-Vieira, O. A., Gabriel, A., Araújo-Pimentel-de-Medeiros, A. G., & Santana, S. de M. (2022). Reflexões sobre a adaptação tecnológica para intervenções on-line com idosos. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, *18*(1). https://doi.org/10.5935/1808-5687.20220008

Gual-Montolio, P., Jaén, I., Martínez-Borba, V., & Castilla, D. (2022). Using artificial intelligence to enhance ongoing psychological interventions for emotional problems in real- or close to real-time: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 1–21.*

Kaveladze, B., Gastelum, S. F., Ngo, D.-A. C., Delacruz, P., Cohen, K., Käll, A., Andersson, G., Schleider, J. L., & Schueller, S. M. (2024). A randomized controlled trial comparing brief online self-guided interventions for loneliness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *93*(1), 54–63. https://doi.org/10.1037/ccp0000908

Kessler, E. M., & Blachetta, C. (2020). Age cues in patients' descriptions influence treatment attitudes. *Aging & Mental Health*, *24*(1), 193–196. https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1515889

Levskaya, L., & Pipere, A. (2025). *Healthy aging psychological interventions for the elderly population: A narrative review*. *41*(2), 156–178. https://doi.org/10.59893/szv.2025.2(11)

Lorenzo-Luaces, L., & Howard, J. (2023). Efficacy of an unguided, digital single-session intervention for internalizing symptoms in web-based workers: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, *25*. https://doi.org/10.2196/45411

Menezes, C., Couto, C., Salustiano, J., Quinelato, K., Araújo, L., & Campelo, M. (2024). Aplicação da inteligência artificial em transtornos mentais: Uma revisão sistemática. *Brazilian Journal of Health Review*, 01–21.

Nester, C. O., Vito, A. N. D., Prieto, S., Kunicki, Z. J., Strenger, J., Harrington, K., Roque, N., Sliwinski, M. J., Rabin, L. A., & Thompson, L. I. (2024). Association of subjective cognitive concerns with performance on mobile app–based cognitive assessment in cognitively normal older adults: Observational study. *JMIR Aging*, *8*. https://doi.org/10.2196/64033

Pedot, R. A., Dullius, W. R., & Scortegagna, S. A. (2022a). *Intervenção terapêutica em saúde mental online para pessoas idosas com ansiedade e depressão*. https://doi.org/10.29327/1108645.4-39

Pedot, R. A., Dullius, W. R., & Scortegagna, S. A. (2022b). Intervenção terapêutica em saúde mental online para pessoas idosas com ansiedade e depressão. In *LA Referencia (Red Federada de Repositorios Institucionales de Publicaciones Científicas)*. LA Referencia. https://doi.org/10.5335/rbceh.v19isupl.2.14129

Peixoto, D. L., Barbosa, K. M., Santos, G. dos, Ordonez, T. N., Moraes, L. C. de, Chubaci, R. Y. S., Gutierrez, B. A. O., & Lima-Silva, T. B. (2026). SUPERA Online — Sensorial Moove: Cognitive stimulation and education for active aging. *Dementia & Neuropsychologia*, *20*. https://doi.org/10.1590/1980-5764-dn-2025-0400

Rajappan, D., Yin, R., Martinengo, L., & Car, L. T. (2026). Designing digital mental health interventions for older adults: A scoping review. npj Digital Medicine. https://doi.org/10.1038/s41746-026-02523-7

Rech, H. E., Vitta, A. S. L., Freires, E. M., Semolini, F. F., & da Silva, L. S. (2025). Aplicações da inteligência artificial (IA) na regulação emocional (RE): Uma revisão integrativa. *Cuadernos de Educación y Desarrollo, 17*(6), e8542.

Riadi, I., Kervin, L., Dhillon, S., Teo, K., Churchill, R., Card, K. G., Sixsmith, A., Moreno, S., Fortuna, K. L., Torous, J., & Cosco, T. D. (2022). Digital interventions for depression and anxiety in older adults: A systematic review of randomised controlled trials. *The Lancet Healthy Longevity*, *3*(8). https://doi.org/10.1016/s2666-7568(22)00121-0

Schmidt, A., Grey, N., Strauss, C., & Gaysina, D. (2024). Predictors of treatment outcome of psychological therapies for common mental health problems (CMHP) in older adults: A systematic literature review. *Clinical Psychology Review*, *112*, 102463–102463. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102463

Schweiger, A., Rodebaugh, T. L., Lenze, E. J., Keenoy, K., Hassenstab, J., Kloeckner, J., Gettinger, T. R., & Nicol, G. E. (2022). Mindfulness training for depressed older adults using smartphone technology: Protocol for a fully remote precision clinical trial. *JMIR Research Protocols*, *11*(10). https://doi.org/10.2196/39233

Shafran, R., Myles-Hooton, P., Bennett, S., & Öst, L. (2021). The concept and definition of low intensity cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy, 138*, Article 103803. https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103803

Shapira, S., Cohn-Schwartz, E., Yeshua-Katz, D., Aharonson-Daniel, L., Clarfield, A. M., & Sarid, O. (2021). Teaching and practicing cognitive-behavioral and mindfulness skills in a web-based platform among older adults through the COVID-19 pandemic: A pilot randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(20), Article 10563. https://doi.org/10.3390/ijerph182010563

Shapira, S., Yeshua-Katz, D., Avigezer, A., Hou, S., & Sarid, O. (2023). A digital intervention to promote effective coping during crisis and routine among older adults. *Innovation in Aging*, *7*, 225. https://doi.org/10.1093/geroni/igad104.0742

Shapira, S., Yeshua-Katz, D., Cohn-Schwartz, E., Aharonson-Daniel, L., Sarid, O., & Clarfield, A. M. (2021). A pilot randomized controlled trial of a group intervention via Zoom to relieve loneliness and depressive symptoms among older persons during the COVID-19 outbreak. *Internet Interventions*, *24*, Article 100368. https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100368

Souza, F. V. S. de, & Silva, J. P. da. (2022). Intervenções baseadas em mindfulness para idosos: Uma revisão integrativa. *Contextos Clínicos*, *15*(2). https://doi.org/10.4013/ctc.2022.152.15

Viviani, C. B. R. da M. A., Ordonez, T. N., Pereira, A. R., Jardim, K. de S., Borges, J. da H., Mota, L. A. P., Santos, G. dos, Moreira, A. P. B., Verga, C. E. R., Ishibashi, G. A., Silva, G. A. da, Moraes, L. C. de, Lessa, P. P., Gutierrez, B. A. O., Brucki, S. M. D., & Silva, T. B. L. da. (2023). Subjective impacts of computerized cognitive training for healthy older adults in the context of the COVID-19 pandemic. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, *81*(3), 240–247. https://doi.org/10.1055/s-0043-1767823

Wright, J. H., Mishkind, M., Eells, T. D., & Chan, S. R. (2019). Computer-assisted cognitive-behavior therapy and mobile apps for depression and anxiety. *Current Psychiatry Reports, 21*(7), 62. https://doi.org/10.1007/s11920-019-1031-2

Wuthrich, V. M., Dickson, S. J., Pehlivan, M., Chen, J. T.-H., Zagic, D., Ghai, I., Neelakandan, A., & Johnco, C. (2023). Efficacy of low intensity interventions for geriatric depression and anxiety – A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *344*, 592–599. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.10.093

Wuttke, A., Steinmetz, A., Endres, K., Simon, P., Fellgiebel, A., & Haller, N. (2023). Behavioral Activation by Wearable Devices in Patients with Late-Life Depression. *GeroPsych*, *37*(2), 109–120. https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000312

Zhou, L., Zuo, X., Cho, J., Zheng, C., Jing, S., & Xiang, X. (2026). *A Scoping Review Mapping the Landscape, Evidence, Gaps, and Opportunities for Digital Mental Health Interventions for Older Adults (Preprint)*. https://doi.org/10.2196/preprints.92542

Lazer & *Coping* em Tempos Ecologicamente Desafiantes

Rute F. Meneses

RISE-Health, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Fundação Ensino e Cultura Fernando Pessoa, Portugal

Autor Correspondente: Rute F. Meneses. **E-mail:** rmeneses@ufp.edu.pt

Resumo: As actividades profissionais tendem a relacionar-se com o *stress* e *burnout* e as de lazer com prazer, bem-estar e *coping*. Assim, o objectivo do estudo é analisar o uso, em Portugal, de actividades para lidar com o *stress* por parte de adultos. Obtendo-se as devidas autorizações, foram contactados pelas redes sociais e participaram via *Google Forms* 577 adultos (19-88 anos) residentes em Portugal, maioritariamente portugueses (88,5%), mulheres (72,3%), solteiros (56,4%), com formação superior (70,3%), empregados a tempo inteiro (52,2%), com nível socio-económico percebido médio (73,3%) e religiosos (63,2%). O instrumento foi criado com base na literatura. Para lidar com o *stress*, os participantes utilizavam regularmente os *media* (*n*=183), cozinhavam (*n*=209), dormiam (*n*=323), passavam tempo/divertiam-se com a família/amigos (*n*=374), praticavam exercício (*n*=252), expressavam sentimentos (*n*=275), utilizavam o humor (*n*=267), liam (*n*=244), ouviam/tocavam música (*n*=365), utilizavam o pensamento positivo (*n*=281), planeavam (*n*=246), procuravam apoio junto de outras pessoas (*n*=246) e viam TV/filmes/séries *online* (*n*=324). Os resultados apoiam a utilização de actividades de lazer para lidar com o *stress* em tempos ecologicamente desafiantes. Porém, algumas das actividades escolhidas podem aumentar a eco-ansiedade e/ou ter uma (maior) pegada ecológica, apresentando diferentes níveis de eficácia, apoiando assim a educação/aconselhamento para o lazer para diminuir o impacto do *stress*.

Palavras-chave: Lazer; *Stress*; *Coping*; Ecologia.

Abstract: Professional activities tend to be associated with stress and burnout, and leisure activities with pleasure, well-being, and coping. Thus, the aim of the study is to analyze the use of activities to cope with stress by adults in Portugal. With the appropriate authorizations obtained, 577 adults (19-88 years old) residing in Portugal were contacted via social networks and participated through Google Forms. They were mostly Portuguese (88.5%), women (72.3%), single (56.4%), with higher education (70.3%), full-time employed (52.2%), with a perceived median socio-economic level (73.3%), and religious (63.2%). The instrument was created based on the literature. To cope with stress, participants regularly used media (n=183), cooked (n=209), slept (n=323), spent time/had fun with family/friends (n=374), exercised (n=252), expressed feelings (n=275), used humor (n=267), read (n=244), listened to/played music (n=365), used positive thinking (n=281), planned (n=246), sought support from other people (n=246), and watched TV/movies/series online (n=324). The results support the use of leisure activities to cope with stress in environmentally challenging times. However, some of the chosen activities may increase eco-anxiety and/or have a (larger) ecological footprint, presenting different levels of effectiveness, thus supporting leisure education/counseling to reduce the impact of stress.

Key-Words: Leisure; Stress; Coping; Ecology.

1. Introdução

De acordo não só com o senso comum, mas também com os resultados da investigação, as actividades profissionais tendem a relacionar-se com o *stress* e o *burnout*. De facto, os dados empíricos (inter)nacionais convergem com o discurso popular, tendo vindo a revelar, consistentemente, níveis consideráveis de *stress* e *burnout* (Bezerra et al., 2025; Neto et al., 2024; Portelada & João, 2012; Tang et al., 2025), levando ao desenvolvimento de múltiplos esforços para identificar os seus correlatos (de intrapessoais a organizacionais) e as melhores estratégias de prevenção, detecção, gestão e mitigação (Bezerra et al., 2025; Neto et al., 2024; Portelada & João, 2012; Tang et al., 2025).

Para complexificar estes processos, as evidências mostram que o *stress* e o *burnout* não são exclusivos dos ambientes laborais, estando presentes também nos contextos

académicos, nomeadamente no ensino superior (Lucas & Vagaroso, 2024). Adicionalmente, existem centenas de estratégias de *coping* e nem todas as estratégias que os indivíduos usam para lidar com o *stress* são igualmente eficazes (Bondarchuk et al., 2024).

Por outro lado, aquém e além dos contextos educacionais e laborais, há aspectos transversais a estes e outros contextos que actualmente geram elevados níveis de *stress* e emoções negativas, como as alterações climáticas e ecológicas/ambientais derivadas das actividades humanas, com impactos económicos, físicos e psicológicos conhecidos, podendo destacar-se (ainda que não consensualmente), entre as eco-emoções, a eco-ansiedade (Boivin et al., 2025; Kurth & Pihkala, 2022; Velasco & Richardson, 2026).

Não havendo dúvidas de que a eco-ansiedade, fenómeno complexo que cruza stressores ambientais e sociais, processos psicossociais e resultados comportamentais, é uma resposta adaptativa aos actuais desafios, ela requer estratégias de *coping* para a sua adequada gestão e, uma vez mais, nem todas são (uniformemente) eficazes (Boivin et al., 2025; Kurth & Pihkala, 2022; Sampaio et al., 2023).

Sem aprofundar o tema, é de referir que outros conceitos psicossociais são igualmente relevantes ao focar as alterações climáticas e ecológicas/ambientais, como é o caso do luto ecológico (*ecological grief*), i.e., "*grief felt in relation to experienced or anticipated ecological losses, including the loss of species, ecosystems and meaningful landscapes due to acute or chronic environmental change*" (Cunsolo & Ellis, 2018, citado por Velasco & Richardson, 2026, p. 4).

Também de acordo com o senso comum e a investigação, as actividade de lazer estão, por seu turno, habitualmente associadas ao prazer, bem-estar e *coping* (Auger, 2024; Bárdos & Ábrahám, 2017; Fancourt et al., 2021; Fu et al., 2025; Lagunes-Córdoba et al., 2022; Mansfield et al., 2020; Santos et al., 2003; Silva et al., 2024; Weziak-Bialowolska et al., 2023).

A *World Leisure Organization*, criada em 1952, espelha o reconhecimento da relevância do lazer para os seres humanos, já que:

The World Leisure Organization is committed to the belief that well selected leisure experiences improve quality of life for all – from childhood to later life. We draw our

members from all parts of the world and from diverse areas of interest including travel and tourism, parks and recreation services, the arts and culture, sport, health and fitness, theme and entertainment centers and educational institutions.

The World Leisure Organization promotes leisure as integral to social, cultural, economic and sustainable environmental development. We are committed to enlarging choice, affirming and enriching cultural identities, activating the human spirit and promoting sustainable and well distributed economic growth through leisure.

As a world-wide advocacy and knowledge-driven membership-focused organization, World Leisure is dedicated to understanding leisure, advancing quality of life and well-being of individuals, communities and nations through leisure; promoting and understanding of the benefits of leisure; and encouraging access and inclusion for all. (World Leisure Organization, 2026, Section Who we are)

Outros indicadores do reconhecimento em causa são as actividades de educação para o lazer (*leisure education* ou *education for leisure*) e aconselhamento para o lazer (*leisure counseling*). A primeira pode ser definida como *""equip[ing] the individual to secure from his leisure the recreation of body, mind, and spirit, and the enrichment and enlargement of his personality" (Department of the Interior Bureau of Education, 1918, p. 7), the worthy use of leisure was acknowledged as a necessity in view of the predicted decrease in the working hours of large groups of people within US society."* (Sivan & Stebbins, 2011, pp. 29-30). I.e., a educação para o lazer *"describes a multifaceted, dynamic process that promotes exploration of perspectives and opportunities designed to develop an ethic of positivity and savoring conducive to leisure arousal"; "stimulates self-awareness of one's leisure, promotes acquisition of leisure-related knowledge, and encourages skill development associated with leisure pursuits to enhance self-determination"* (Dattilo, 2021, citado por Dattilo & Chang, 2024, p. 470).

Havendo evidências de que a educação para o lazer contribui para o bem-estar de múltiplos grupos sociais (Kono et al., 2024), existe até uma Carta internacional de educação para o lazer, da *World Leisure and Recreation Association* – WLRA (Saúde em Movimento, 2003).

Complementarmente, o aconselhamento para o lazer *"is a process that occurs when a trained counselor helps one person or a group of persons of any age to determine their*

present leisure interests, attitudes, and needs and then assists them in choosing the following offwork pursuits that are practical, satisfying, available, and unharmful" (Edwards, 1984, p. 90).

Assim, parece relevante explorar até que ponto os indivíduos utilizam actividades de lazer para lidar com o *stress* que experienciam, não só mas também para ponderar a pertinência de promover a educação e/ou aconselhamento para o lazer em Portugal. Tal afigura-se particularmente pertinente numa altura em que a investigação já demonstrou que o lazer está também associado a riscos pessoais, sociais e ambientais (Bushman et al., 2025; Gössling, 2002).

Assim, o objectivo do presente estudo é analisar o uso, em Portugal, de actividades para lidar com o *stress* por parte de adultos, num período em que as alterações climáticas e ecológicas/ambientais são sobejamente conhecidas pela população, não só mas também devido à pandemia de COVID-19.

2. Método

O presente estudo é quantitativo, transversal e descritivo.

2.1 Participantes

Em consonância com os critérios de inclusão estabelecidos (ter 18 ou mais anos e morar em Portugal aquando da recolha de dados), participaram no estudo 577 adultos, entre os 19 e os 88 anos, residentes em Portugal, maioritariamente portugueses (88,5%), mulheres (72,3%), solteiros (56,4%), com formação superior (70,3%), empregados a tempo inteiro (52,2%), com nível socio-económico percebido médio (73,3%) e religiosos (63,2%).

2.2 Material

A recolha de dados para o presente estudo, integrado num projecto mais amplo iniciado durante a pandemia de COVID-19, decorreu através de um instrumento criado com base na revisão da literatura científica. Uma vez que os objectivos do projecto exigiam o uso de variados instrumentos de avaliação, inclusive de alguma extensão, optou-se por elaborar um conjunto limitado de opções de resposta e de itens relativos ao *coping*.

Assim, o protocolo de avaliação utilizado é constituído por um questionário sócio-demográfico, com 8 itens, e um questionário sobre práticas para lidar com o *stress*, com 21. Neste último, de modo a indicar a experiência com 21 práticas para lidar com o *stress*, é pedido aos indivíduos que escolham entre as seguintes opções de resposta, sendo informados de que podem assinalar mais do que uma opção para cada prática: Nunca usei; Uso quando necessito; Uso regularmente; Comecei a usar mais após o início da pandemia.

2.3 Procedimento

Terminada a revisão inicial da literatura, foram obtidas as devidas autorizações para iniciar o estudo mais amplo em que o presente estudo se integra, designadamente, o parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa – UFP (Parecer nº FCHS/PI – 112/20, de 22 de Dezembro de 2020).

Os potenciais participantes foram convidados a participar no estudo através da divulgação efectuada via Gabinete de Comunicação e Imagem da UFP, das redes sociais da investigadora, da divulgação que todos os que foram informados sobre o estudo fizeram pelos seus próprios contactos e através da medida de Apoio à Investigação em Saúde Psicológica (AISP) da OPP (Ordem dos Psicólogos Portugueses), i.e., através da *Newsletter* de Apoio à Investigação em Saúde Psicológica e do *site* Eu Sinto.me.

Após aceder, *online*, a informação adicional sobre o estudo ("Informação ao participante", incluindo um contacto de email para esclarecimento de dúvidas), os participantes assinalaram a opção que confirmava aceitarem participar de livre vontade (assentimento informado) e que lhes permitia aceder aos itens do questionário. Assim, a recolha de dados realizou-se *online*, via *Google Forms.*

Face ao objectivo do estudo, os dados foram analisados recorrendo a estatística descritiva (frequências).

3. Resultados

Tal como se pode verificar na Tabela 1, o número de respondentes por prática foi variável, ainda que tivesse sido sempre superior a 500. A tabela mostra também que todas as opções apresentadas foram seleccionadas por alguns dos participantes.

De uma forma geral, a Tabela 1 clarifica que muitas práticas nunca haviam sido usadas pelos inquiridos para lidar com o *stress*. Inversamente, para o mesmo fim, um número considerável de participantes utilizava regularmente os *media*, cozinhava, dormia, estava com/divertia-se com a família/amigos, praticava exercício regular/desporto, expressava sentimentos, utilizava o humor, lia, ouvia/tocava música, utilizava o pensamento positivo, planeava, procurava apoio de alguém (p.e., de familiares/amigos/colegas) e/ou via TV/filmes/séries *online*.

A Tabela 1 revela também que vários indivíduos (entre 3 a 33) consideraram que, com a pandemia de COVID-19, tinha aumentado a frequência do seu uso de algumas das práticas listadas.

Tabela 1
Caracterização da Experiência com Práticas para Lidar com o Stress da Amostra (N= 577)

Práticas para Lidar com o Stress	***n***	**Nunca usei**	**Uso quando necessito**	**Uso regularmente**	**Comecei a usar mais após o início da pandemia**
Actividades religiosas	542	284	171	84	3
Beber álcool	538	337	155	41	5
Consumir drogas ilícitas	534	480	41	9	4
Consumir *media*, incluindo redes sociais	535	169	174	183	9
Cozinhar	540	127	191	209	13
Desenhar e/ou Pintar	536	241	189	93	13
Dormir	542	38	163	323	18
Estar com / Divertir-me com a família e/ou amigos (p.e., *online*)	546	25	133	374	14
Exercício regular / Desporto	542	58	209	252	23
Expressar sentimentos	541	66	178	275	22
Fazer trabalhos manuais	533	206	177	140	10
Fotografar	528	258	162	101	7
Fumar	535	397	58	71	9
Humor	537	89	164	267	17
Jogar jogos (p.e., *online*)	538	234	151	133	20
Ler	545	88	180	244	33
Ouvir e/ou Tocar música	537	49	99	365	24
Pensamento positivo	538	60	171	281	26
Planear	525	95	163	246	21
Procurar apoio de alguém (p.e., de familiares, amigos, colegas)	536	71	197	246	22

Ver televisão e/ou filmes e/ou séries *online*	541	37	153	324	27

4. Discussão

Os resultados obtidos em Portugal revelam que os adultos que participaram usavam variadas actividades para lidar com o *stress*. É de sublinhar que os dados foram recolhidos entre 1 de Outubro de 2021 e 6 de Agosto de 2024, ou seja, muitos foram obtidos durante e imediatamente após a pandemia de COVID-19, um período de elevado *stress* a nível mundial (Alqahtani et al., 2023) e em que se tornou evidente a complexidade das relações entre a pandemia e os factores ambientais (Castelli et al., 2023; Ray et al., 2025; Talukdar et al., 2024), podendo facilitar a vivência de eco-emoções.

Uma vez que todas as opções de resposta foram usadas em relação a todos os itens pelos participantes, não só práticas tradicionalmente consideradas adaptativas nunca tinham sido usadas por alguns destes, como práticas tradicionalmente consideradas desadaptativas eram usadas, com maior ou menor regularidade, por vários inquiridos (Bondarchuk et al., 2023; Chaaya et al., 2025; Theodoratou & Argyrides, 2024).

Para melhorar as competências de gestão de *stress* dos clientes, a integração de estratégias de *coping* nas intervenções psicológicas, como ensinar a identificar stressores e a recorrer a técnicas de resolução de problemas ou focadas nas emoções em conformidade ou a desenvolver estratégias de *coping* alinhadas com as limitações do indivíduo, é fundamentada pela investigação (Theodoratou & Argyrides, 2024). Estes autores advogam ainda a educação comunitária, através de *workshops* sobre estratégias de *coping* orientados para diferentes grupos.

Analogamente, considera-se que os resultados do presente estudo justificam a educação para o lazer e/ou aconselhamento para o lazer de adultos para o mesmo fim.

Estes resultados não podem, contudo, ser interpretados sem considerar as limitações do estudo: ser transversal e não longitudinal, como inicialmente planificado; a recolha de dados ter sido realizada através de medidas de auto-relato, *online*, i.e., sujeita a diversos viéses (p.e., desejabilidade social, interpretações inesperadas dos itens e/ou opções de resposta, efeito de recência) e limitadora da generalização dos resultados obtidos (p.e., nem todos os adultos têm acesso e/ou capacidade para responder através da *internet*); o

instrumento de recolha de dados não ter sido previamente validado e não permitir identificar as fontes (p.e., alterações climáticas e ecológicas/ambientais) e o nível de *stress* (habitualmente) experienciado, nem a eficácia das práticas utilizadas para lidar com o mesmo.

Todavia, o procedimento utilizado permitiu recolher vários indicadores de uma amostra considerável, e relativamente heterogénea em termos sócio-demográficos, da população que na altura morava em Portugal, por um período de cerca de 3 anos, sem as restrições que os confinamentos exigiram.

Neste contexto, é importante que a robustez das evidências relatadas seja testada em futuros estudos, que tentem colmatar as limitações metodológicas do presente.

Em conclusão, os resultados apoiam a utilização de actividades de lazer para lidar com o *stress* em tempos ecologicamente desafiantes. Porém, algumas das actividades (frequentemente) escolhidas pelos participantes podem aumentar a eco-ansiedade e outras eco-emoções e/ou ter uma (maior) pegada ecológica, apresentando habitualmente diferentes níveis de eficácia, apoiando assim a educação/aconselhamento para o lazer para diminuir o impacto do *stress*.

5. Agradecimentos

A autora agradece a divulgação do estudo efectuada pelo Gabinete de Comunicação e Imagem da UFP, pela OPP, no âmbito da medida AISP, e por todos os que, individualmente, o fizeram. Agradece, acima de tudo, a todos aqueles que participaram no estudo, muitos dos quais se disponibilizaram para participar mais do que uma vez (estudo longitudinal inicialmente planeado).

6. Referências Bibliográficas

Alqahtani, I. M., Al-Garni, A. M., Abumelha, M. S., Alsagti, S. A., Alshehri, F. A. D., Alqahtani, A. A., & Alkhidhran, S. S. S. (2023). Prevalence of depression, anxiety, and stress among the general population during COVID-19 pandemic: A systematic review. *Journal of Family Medicine and Primary Care, 12*(6), 1030–1037. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1943_22

Auger, D. (2024). The power of leisure: Unlocking human potential through leisure. *Loisir et Société / Society and Leisure, 47*(2), 209–213. https://doi.org/10.1080/07053436.2024.2368635

Bárdos, G., & Ábrahám, J. (2017). Leisure and pleasure: Healthy, useful, pleasant: Why don't we do it? In Z. Benkő, I. Modi, & K. Tarkó (Eds.), *Leisure, health and well-being. Leisure studies in a global era*. Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-3-319-33257-4_8

Bezerra, S. Q., Araújo, F. C., Silva, L., & Morgado, E. G. (2025). Síndrome de burnout: Estudo da sua manifestação através de relatos de exposição a stress laboral crónico. *Motricidade, 21*, e39719. https://doi.org/10.6063/motricidade.39719

Boivin, M., Gousse-Lessard, A.-S., & Legris, N. H. (2025). Towards a unified conceptual framework of eco-anxiety: Mapping eco-anxiety through a scoping review. *Cogent Mental Health, 4*(1), Article 2490524. https://doi.org/10.1080/28324765.2025.2490524

Bondarchuk, O., Balakhtar, V., Pinchuk, N., Pustovalov, I., & Pavlenok, K. (2023). Adaptation of coping strategies to reduce the impact of stress and lonelines on the psychological well-being of adults. *Journal of Law and Sustainable Development, 11*(10), e1852. https://doi.org/10.55908/sdgs.v11i10.1852

Bondarchuk, O., Balakhtar, V., Pinchuk, N., Pustovalov, I., & Pavlenok, K. (2024). Coping with stressfull situations using coping strategies and their impact on mental health. *Multidisciplinary Reviews, 7*, e2024spe034. https://doi.org/10.31893/multirev.2024spe034

Bushman, B. J., Gabbiadini, A., Greitemeyer, T., & Krahé, B. (2025). Violent video games and aggression. In D. A. Christakis & L. Hale (Eds.), *Handbook of children and screens* (pp. 581–587). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-69362-5_79

Castelli, C., Castellini, M., Comincioli, N., Parisi, M. L., Pontarollo, N., & Vergalli, S. (2023). Ecosystem degradation and the spread of COVID-19. *Environmental*

Monitoring and Assessment, 195, 836. https://doi.org/10.1007/s10661-023-11403-6

Chaaya, R., Sfeir, M., Khoury, S. E., Malhab, S. B., & Khoury-Malhame, M. E. (2025). Adaptive versus maladaptive coping strategies: Insight from Lebanese young adults navigating multiple crises. *BMC Public Health, 25*, 1464. https://doi.org/10.1186/s12889-025-22608-4

Edwards, P. B. (1984). Leisure counseling: The practice. *Journal of Career Development, 11*(2), 90–100. https://doi.org/10.1177/089484538401100205

Fancourt, D., Aughterson, H., Finn, S., Walker, E., & Steptoe, A. (2021). How leisure activities affect health: A narrative review and multi-level theoretical framework of mechanisms of action. *The Lancet Psychiatry, 8*(4), 329–339. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30384-9

Fu, A., Yang, T., Wen, P., & Yin, Z. (2025). Impact of different leisure participation patterns on stress coping and authentic happiness in married women. *Leisure Studies, 44,* 1–16. https://doi.org/10.1080/02614367.2025.2467752

Gössling, S. (2002). Global environmental consequences of tourism. *Global Environmental Change, 12*(4), 283–302. https://doi.org/10.1016/S0959-3780(02)00044-4

Kono, S., Lee, C., & Dattilo, J. (2024). An integrative review of leisure education research. *Journal of Leisure Research, 55*(2), 208–230. https://doi.org/10.1080/00222216.2023.2199019

Kurth, C., & Pihkala, P. (2022). Eco-anxiety: What it is and why it matters. *Frontiers in Psychology, 13*, 981814. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.981814

Lagunes-Córdoba, E., Yoldi-Negrete, M., Hewson, T., Guízar-Sánchez, D., Robles-García, R., Tovilla-Zárate, C. A., Tracy, D., Saracco-Alvarez, R. A., & Fresán, A. (2022). A better way of life: The role of leisure activities on self-perceived health, perceived stress, confidence in stress management, and satisfaction with social support in psychiatrists and psychiatry trainees in Mexico. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 1052275. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1052275

Lucas, C. C. L., & Vagaroso, A. (2024). Burnout em estudantes universitários: Uma revisão narrativa. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social, 10*(2), 1–19. https://doi.org/10.31211/rpics.2024.10.2.349

Mansfield, L., Daykin, N., & Kay, T. (2020). Leisure and wellbeing. *Leisure Studies, 39*(1), 1–10. https://doi.org/10.1080/02614367.2020.1713195

Neto, A. C. B., Silva, L. G., Freitas, C. R., Oliveira, T. S., Oliveira Junior, A., Silva, A. G. P., Santos, C. H. C., Oliveira, L., Hilgemberg, G. R., Araujo, V. D., & Lopes, C. B. (2024). Estresse ocupacional e esgotamento profissional (burnout): Gestão de pessoas e suas implicações para a qualidade de vida no trabalho. *IOSR Journal of Business and Management, 26*(4), 52–56. https://doi.org/10.9790/487X-2604095256

Portelada, A. F. S., & João, A. L. S. (2012). Stress e burnout a nível laboral em Portugal. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 4*(1), 487–496.

Ray, R. L., Abeysingha, N. S., Deegala, D. M. B. M., Gurau, S., & Dissanayake, S. (2025). Review of the effects of the COVID 19 pandemic on the environment economy and human wellbeing. *Discover Sustainability, 6*, 965. https://doi.org/10.1007/s43621-025-01818-1

Sampaio, F., Costa, T., Teixeira-Santos, L., Pinho, L. G., Sequeira, C., Luís, S., Loureiro, A., Soro, J. C., Merino, J. R., Poyato, A. M., Loray, J. S. P., Quiroga, A. R., O'Brien, L. V., Hogg, T. L., & Stanley, S. K. (2023). Validating a measure for eco-anxiety in Portuguese young adults and exploring its associations with environmental action. *BMC Public Health, 23*, 1905. https://doi.org/10.1186/s12889-023-16816-z

Santos, L. R., Ribeiro, J. P., & Guimarães, L. (2003). Estudo de uma escala de crenças e de estratégias de *coping* através do lazer. *Análise Psicológica, 21*(4), 441–451. https://doi.org/10.14417/ap.4

Saúde em Movimento. (2003). *Carta internacional de educação para o lazer*. http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp?cod_noticia=195

Silva, C. L., Silva, W. A., & Rodrigues Junior, M. A. (2024). Lazer, saúde e trabalho no contexto das sociedades atuais: Produção acadêmica de 2011 a 2022. *LICERE - Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer, 26*(4), 33–52. https://doi.org/10.35699/2447-6218.2023.49538

Sivan, A., & Stebbins, R. A. (2011). Leisure education: Definition, aims, advocacy, and practices – Are we talking about the same thing(s)? *World Leisure Journal, 53(*1), 27–41. https://doi.org/10.1080/04419057.2011.552216

Talukdar, A., Bhattacharya, S., Pal, S., Pal, P., & Chowdhury, S. (2024). Positive and negative impacts of COVID-19 on the environment: A critical review with sustainability approaches. *Hygiene and Environmental Health Advances, 12*, 100107. https://doi.org/10.1016/j.heha.2024.100107

Tang, Y.-Y., Raffone, A., & Wong, S. Y. S. (2025). Burnout and stress: New insights and interventions. *Scientific Reports, 15*, 8335. https://doi.org/10.1038/s41598-025-92909-6

Theodoratou, M., & Argyrides, M. (2024). Neuropsychological insights into coping strategies: Integrating theory and practice in clinical and therapeutic contexts. *Psychiatry International, 5*(1), 53–73. https://doi.org/10.3390/psychiatryint5010005

Velasco, P. F., & Richardson, L. (2026). Ecological grief as a shared emotion. *Emotion Review, 18*(1), 3–14. https://doi.org/10.1177/17540739251379796

Weziak-Bialowolska, D., Bialowolski, P., & Sacco, P. L. (2023). Mind-stimulating leisure activities: Prospective associations with health, wellbeing, and longevity. Frontiers *in Public Health, 11*, 1117822. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1117822

World Leisure Organization. (2026). *About us*. https://www.worldleisure.org/about-us/

Lazer em Função da Idade em Adultos Portugueses

Ana Filipa Alves[1], Rute F. Meneses[2]

[1] Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Portugal
[2] RISE-Health, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Fundação Ensino e Cultura Fernando Pessoa, Portugal

Autor Correspondente: Ana Filipa Alves **E-mail:** 2023106702@ufp.edu.pt

Resumo: As atividades de lazer podem contribuir positivamente para a gestão do *stress* diário e para o bem-estar psicológico. Considerando que os acontecimentos de vida tendem a variar em função da idade cronológica, o presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre idade, frequência das atividades de lazer e satisfação com as mesmas em adultos portugueses. Participaram 149 adultos portugueses (65,1% mulheres e 34,2% homens; *M* = 32,51 anos), que responderam, via Google Forms, a um questionário sociodemográfico e de lazer elaborado com base na literatura. Os resultados mostraram que não existe uma relação significativa entre a idade e a satisfação com as atividades de lazer. Contudo, verificou-se uma associação negativa entre a idade e a frequência total das atividades de lazer, indicando uma ligeira diminuição da participação em atividades com o aumento da idade. A análise específica das atividades revelou menor frequência de atividades sociais e digitais, como sair com amigos/familiares e utilizar redes sociais, entre participantes mais velhos. Em contrapartida, observou-se maior envolvimento em atividades individuais e introspectivas, como jardinagem, reparações em casa, meditação e atividades religiosas. Estes resultados sugerem que o envelhecimento está mais associado a alterações no padrão das atividades de lazer do que a uma diminuição da satisfação com o lazer, refletindo mudanças nas preferências e formas de ocupação do tempo livre ao longo do ciclo de vida.

Palavras-chave: Lazer; Idade; Frequência das Atividades de Lazer; Satisfação com as Atividades de Lazer; Envelhecimento.

Abstract: Leisure activities can contribute positively to the management of daily stress and to psychological well-being. Considering that life events tend to vary according to chronological age, the present study aimed to analyze the relationship between age,

frequency of leisure activities, and satisfaction with these activities among Portuguese adults. A total of 149 Portuguese adults participated in the study (65.1% women and 34.2% men; *M* = 32.51 years), completing a sociodemographic and leisure questionnaire, developed based on the literature, via *Google Forms*. The results showed no significant relationship between age and satisfaction with leisure activities. However, a negative association was found between age and the overall frequency of leisure activities, indicating a slight decrease in participation in such activities with increasing age. A more detailed analysis revealed a lower frequency of social and digital activities, such as spending time with friends/family and using social media, among older participants. In contrast, greater involvement was observed in more individual and introspective activities, such as gardening, home repairs, meditation, and religious activities. These findings suggest that aging is more strongly associated with changes in leisure activity patterns than with a decrease in satisfaction with leisure, reflecting shifts in preferences and ways of spending free time across the lifespan.

Key-Words: Leisure; Age; Frequency of Leisure Activities; Satisfaction with Leisure Activities; Aging.

1. Introdução

As atividades de lazer assumem um papel relevante na ocupação do tempo livre e nas diferentes formas de participação dos indivíduos na vida social e quotidiana. Estas atividades correspondem a experiências realizadas de forma voluntária e associadas ao prazer, interesse pessoal e satisfação individual, podendo incluir atividades sociais, culturais, recreativas, físicas, digitais ou de relaxamento (Pressman et al., 2009). Deste modo, o lazer constitui uma componente importante da experiência humana, acompanhando os indivíduos ao longo das diferentes fases do ciclo vital e contribuindo para diferentes formas de envolvimento pessoal, social e ocupacional.

A literatura tem vindo a demonstrar que o envolvimento em atividades de lazer se associa positivamente ao bem-estar, qualidade de vida, desenvolvimento pessoal e participação ativa dos indivíduos nas diferentes fases da vida (Brajša-Žganec et al., 2011; Martins, 2010; Mori & Silva, 2010). Neste contexto, o lazer pode favorecer a manutenção de relações interpessoais, a ocupação significativa do tempo livre e a adaptação às

mudanças associadas às diferentes etapas do ciclo de vida. Além disso, as atividades de lazer parecem assumir funções distintas em função das características, interesses e necessidades dos indivíduos, podendo variar com a idade e com as experiências vivenciadas.

Diversos estudos sugerem que os padrões de participação em atividades de lazer tendem a modificar-se em função da idade, refletindo alterações nos interesses, necessidades e preferências dos indivíduos (Brajša-Žganec et al., 2011; Couto et al., 2022). Ao longo do ciclo vital, fatores como responsabilidades académicas, profissionais e familiares, alterações nas rotinas diárias, disponibilidade de tempo livre e mudanças nas motivações, interesses pessoais e disponibilidade temporal podem influenciar a forma como os indivíduos ocupam o seu tempo livre e as atividades que privilegiam. Neste sentido, o aumento da idade poderá associar-se não apenas a alterações na frequência das atividades de lazer, mas também a mudanças nos tipos de atividades realizadas.

A investigação tem demonstrado diferenças entre atividades de natureza social, digital, física e atividades mais individuais ou introspectivas (Yoon et al., 2021; Zhao et al., 2023). Algumas atividades, particularmente as de caráter social e digital, parecem tornar-se menos frequentes com o aumento da idade, enquanto atividades associadas ao relaxamento, introspeção ou ocupações mais individuais podem assumir maior relevância em idades mais avançadas. Paralelamente, o lazer parece desempenhar funções distintas consoante o tipo de atividade realizada, podendo contribuir para objetivos relacionados com socialização, entretenimento, desenvolvimento pessoal, relaxamento ou ocupação do tempo livre.

Adicionalmente, alguns autores defendem que o lazer deve ser analisado através de diferentes dimensões, considerando não apenas a frequência de participação nas atividades, mas também o envolvimento, o significado subjetivo e a satisfação atribuída às experiências de lazer (Wenzel et al., 2024). Neste sentido, participar frequentemente em atividades de lazer não implica necessariamente maior satisfação com essas atividades, uma vez que a experiência subjetiva do lazer poderá variar em função das características individuais, interesses pessoais e significado atribuído às experiências vivenciadas. Assim, compreender o lazer implica considerar não apenas a quantidade de atividades realizadas, mas também a forma como estas são experienciadas e percecionadas pelos indivíduos.

Apesar da crescente investigação sobre lazer e diferenças etárias nos padrões de participação em atividades de lazer, continuam a existir poucos estudos focados simultaneamente na frequência das atividades de lazer, na satisfação com essas atividades e nas alterações dos padrões de lazer em adultos portugueses. Deste modo, o presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre idade, frequência das atividades de lazer e satisfação com essas atividades em adultos portugueses.

2. Método

2.1. Design do estudo

O presente estudo insere-se numa abordagem quantitativa, de natureza transversal e correlacional, tendo como objetivo analisar a relação entre idade, frequência das atividades de lazer e satisfação com essas atividades em adultos portugueses.

2.2. Participantes

Participaram neste estudo 149 adultos portugueses, dos quais 65,1% eram do sexo feminino e 34,2% do sexo masculino. A idade dos participantes variou entre 18 e 68 anos (M = 32,51; DP = 11,45).

2.3. Material

Foi utilizado um questionário sociodemográfico elaborado para o efeito, que permitiu recolher informação relativa a variáveis como o sexo e a idade dos participantes. Adicionalmente, foi aplicado um questionário de lazer, construído com base na literatura, destinado a avaliar a frequência de participação em diferentes atividades de lazer e a satisfação associada às mesmas. A frequência das atividades foi avaliada através de uma escala de resposta do tipo Likert, sendo igualmente recolhida uma medida global de satisfação com as atividades de lazer realizadas.

2.4. Procedimento

Após a obtenção das devidas autorizações, nomeadamente do parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (nº FCHS/PI - 629/24, de 15 de outubro de 2024), teve lugar a divulgação de um projeto mais amplo, da responsabilidade da segunda autora, no âmbito do qual se insere o presente estudo. Os potenciais

participantes foram, assim, convidados a participar através do Gabinete de Comunicação e Imagem da Universidade Fernando Pessoa, das redes sociais da investigadora e da divulgação que todos que foram informados sobre o estudo fizeram pelos seus contatos.

A recolha de dados foi realizada *online* através da plataforma *Google Forms*. A participação foi voluntária e anónima. Antes do preenchimento do questionário, os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, a confidencialidade dos dados e o caráter voluntário da participação, manifestando a sua concordância em participar.

Os dados foram analisados através do *software* IBM SPSS Statistics versão 31. Inicialmente, foram realizadas análises descritivas das variáveis em estudo (cf. caracterização da amostra). Posteriormente, recorreu-se a correlações de Pearson (2 extremidades) para analisar as associações entre idade, frequência das atividades de lazer e satisfação com as atividades de lazer.

3. Resultados

Os resultados demonstram que não existe uma associação linear estatisticamente significativa entre a idade da amostra e a sua satisfação com as atividades de lazer (r = 0,075; p = 0,371), sugerindo que a satisfação relativamente ao lazer tende a manter-se genericamente estável com o passar da idade.

Por outro lado, verificou-se uma correlação negativa entre a idade e a frequência total das atividades de lazer (r = -0,073; p = 0,598), indicando que os participantes mais velhos tendiam a envolver-se ligeiramente menos em atividades de lazer. Esta correlação não foi, todavia, estatisticamente significativa.

A análise das atividades específicas permitiu uma compreensão mais detalhada destas (não) associações. Observaram-se correlações negativas entre a idade e atividades de natureza social e digital, nomeadamente "estar/visitar e/ou sair com amigos e/ou familiares" (r = -0,235; p = 0,004) e "navegar nas redes sociais/*internet*" (r = -0,199; p = 0,016), sugerindo uma menor frequência destas atividades com o aumento da idade.

Em contrapartida, verificaram-se correlações positivas entre a idade e atividades tendencialmente mais individuais e introspectivas, como "jardinar/plantar" (r = 0,423; p

< 0,001), “fazer reparações em casa” (r = 0,402; p < 0,001), “meditar” (r = 0,179; p = 0,031) e participar em “atividades religiosas” (r = 0,286; p < 0,001), indicando maior envolvimento neste tipo de atividades entre os participantes mais velhos.

De uma forma geral, os resultados do presente estudo sugerem que o aumento da idade se associa mais a alterações no padrão das atividades de lazer do que a mudanças na satisfação com o lazer.

4. Discussão

Os resultados do presente estudo permitiram analisar a relação entre idade, frequência das atividades de lazer e satisfação com as mesmas em adultos portugueses. De forma geral, verificou-se que o aumento da idade se associou a alterações nos padrões de participação em atividades de lazer, embora não se tenha observado uma relação significativa entre a idade e a satisfação com essas atividades.

A ausência de uma associação estatisticamente significativa entre idade e satisfação com as atividades de lazer sugere que a perceção subjetiva de satisfação relativamente ao lazer tende a manter-se genericamente estável ao longo das diferentes fases da vida adulta. Estes resultados poderão indicar que, apesar das alterações nos tipos de atividades realizadas e na frequência da participação, os indivíduos tendem a adaptar os seus interesses e preferências às suas necessidades, características e contexto de vida. Assim, a satisfação com o lazer poderá depender menos da quantidade de atividades realizadas e mais do significado subjetivo atribuído às experiências de lazer, o que vai ao encontro do referido por Wenzel et al. (2024).

Por outro lado, observou-se uma associação negativa entre a idade e a frequência total das atividades de lazer, indicando que participantes mais velhos tendem a envolver-se ligeiramente menos em atividades de lazer. Embora a intensidade e significância desta associação tenha sido muito reduzida, estes resultados parecem ir ao encontro da literatura que sugere que fatores como alterações nas rotinas diárias, responsabilidades pessoais e profissionais, mudanças nas motivações e disponibilidade de tempo poderão influenciar a frequência de participação em atividades de lazer ao longo do ciclo vital (Couto et al., 2022; Mori & Silva, 2010).

A análise das atividades específicas permitiu aprofundar a compreensão das diferenças etárias nos padrões de lazer. Verificou-se uma menor frequência de atividades de natureza social e digital, nomeadamente "estar/visitar e/ou sair com amigos e/ou familiares" e "navegar nas redes sociais/*internet*", entre participantes mais velhos. Estes resultados parecem consistentes com estudos que apontam para alterações progressivas nos interesses, hábitos e formas de participação social em função da idade (Yoon et al., 2021; Zhao et al., 2023). Adicionalmente, a diminuição das atividades digitais poderá refletir diferenças geracionais relativamente à utilização das tecnologias e das redes sociais.

Em contrapartida, observou-se um maior envolvimento de participantes mais velhos em atividades mais individuais e introspectivas, como "jardinar/plantar", "fazer reparações em casa", "meditar" e participar em "atividades religiosas". Estes resultados sugerem que o aumento da idade poderá associar-se a uma reorganização das preferências de lazer, privilegiando atividades associadas ao relaxamento, introspeção, individualismo e realização pessoal. Neste sentido, os resultados parecem ser compatíveis com a ideia de que as atividades de lazer assumem funções distintas ao longo das diferentes fases da vida, acompanhando alterações nas necessidades e interesses dos indivíduos (Mori & Silva, 2010).

Apesar da relevância dos resultados obtidos, o presente estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, trata-se de um estudo transversal e correlacional, não sendo possível estabelecer relações de causalidade entre as variáveis analisadas. Adicionalmente, a amostra foi recolhida por conveniência e apresenta uma predominância do sexo feminino, o que poderá limitar a generalização dos resultados. Por fim, a utilização de instrumentos de autorrelato poderá ter influenciado as respostas dos participantes. Futuros estudos poderão aprofundar a análise das diferenças etárias nos padrões de lazer, recorrendo a amostras e instrumentos mais diversificados e metodologias longitudinais que permitam compreender de forma mais detalhada a evolução das atividades de lazer ao longo do ciclo vital. Adicionalmente, poderá ser relevante explorar outras variáveis associadas ao lazer, como motivação, significado atribuído às atividades ou impacto percebido na qualidade de vida.

Em conclusão, os resultados do presente estudo sugerem que a idade parece associar-se sobretudo a alterações nos padrões e tipos de atividades de lazer realizadas, mais do

que a mudanças na satisfação com essas atividades. Embora participantes mais velhos tendam a envolver-se com menor frequência em determinadas atividades, particularmente de natureza social e digital, a satisfação com o lazer parece manter-se relativamente estável ao longo das diferentes fases da vida adulta. Estes resultados reforçam a importância de compreender o lazer como uma experiência multidimensional, influenciada não apenas pela frequência das atividades realizadas, mas também pelas preferências, interesses e significado subjetivo atribuído às experiências de lazer. Deste modo, o presente estudo contribui para uma melhor compreensão das diferenças etárias nas práticas de lazer em adultos portugueses, salientando a necessidade de considerar as mudanças nas formas de ocupação do tempo livre ao longo do ciclo vital.

5. Referências Bibliográficas

Brajša-Žganec, A., Merkaš, M., & Šverko, I. (2011). Quality of life and leisure activities: How do leisure activities contribute to subjective well-being? *Social Indicators Research, 102*(1), 81–91. https://doi.org/10.1007/s11205-010-9724-2

Couto, M. C. P. P., Ekerdt, D. J., Fung, H. H., Hess, T. M., & Rothermund, K. (2022). What will you do with all that time? Changes in leisure activities after retirement are determined by age-related self-views and preparation. *Acta Psychologica, 231*, 103795. https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103795

Martins, R. M. L. (2010). Os idosos e as actividades de lazer. *Millenium, 38*(15), 243–251.

Mori, G., & Silva, L. F. (2010). Lazer na terceira idade: Desenvolvimento humano e qualidade de vida. *Motriz, 16*(4), 950–957. https://doi.org/10.5016/1980-6574.2010v16n4p950

Pressman, S. D., Matthews, K. A., Cohen, S., Martire, L. M., Scheier, M. F., Baum, A., & Schulz, R. (2009). Association of enjoyable leisure activities with psychological and physical well-being. *Psychosomatic Medicine, 71*(7), 725–732. https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181ad7978

Wenzel, K. C., Van Puymbroeck, M., Gagnon, R., Lewis, S., McGuire, F., & Vidotto, J. (2024). The attributes and characteristics of leisure activity engagement that foster

cognition in aging: A scoping review. *Journal of Cognitive Enhancement, 8*(1), 118–154. https://doi.org/10.1007/s41465-024-00286-1

Yoon, H., Huber, L., & Kim, C. (2021). Sustainable aging and leisure behaviors: Do leisure activities matter in aging well? *Sustainability, 13*(4), 2348. https://doi.org/10.3390/su13042348

Zhao, X., Yu, J., & Liu, N. (2023). Relationship between specific leisure activities and successful aging among older adults. *Journal of Exercise Science & Fitness, 21*(1), 111–118. https://doi.org/10.1016/j.jesf.2022.11.006

Perceção da Qualidade de Vida em Indivíduos com Diabetes Mellitus Tipo 2

Joana Aires[1], Paula Carvalho[1,2], Jorge Gama[3] & Cláudia Silva[1,4]

[1] Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior, Portugal
[2] RISE-Health, Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior, Portugal
[3] CMA – Centro de Matemática e Aplicações, Universidade da Beira Interior, Portugal
[4] CIEP-UE – Centro de Investigação em Educação e Psicologia, Universidade de Évora, Portugal

Autor Correspondente: Joana Aires. **E-mail:** joana.aires@ubi.pt

Resumo

Introdução: A diabetes mellitus tipo 2, caracterizada por hiperglicemia, é uma doença crónica de elevada prevalência que impõe múltiplos desafios e está associada a diversas consequências, incluindo a redução da qualidade de vida (QV), um conceito multidimensional e subjetivo. Este estudo teve como objetivos: (1) avaliar a perceção da QV; e (2) avaliar a relação entre a perceção da QV e características sociodemográficas (idade e sexo) e clínicas (tempo de diagnóstico, local de seguimento, comorbilidade com

outro problema de saúde crónico e uso de insulina injetável). **Método:** Estudo empírico, quantitativo, transversal e não experimental, envolvendo 80 participantes que responderam a um questionário sociodemográfico e à versão portuguesa da ADDQoL18, instrumento que avalia a QV e a forma como esta é afetada pela doença. **Resultados:** Verificou-se um impacto percebido negativo na QV geral, com maior repercussão na liberdade de comer e menor comprometimento na vida social e na reação da sociedade. A QV geral correlacionou-se negativamente com o tempo de diagnóstico e foi menor nos participantes seguidos no hospital e nos que utilizavam insulina. **Discussão:** Os resultados evidenciaram a necessidade de promover um suporte mais individualizado, orientando intervenções que possam ser benéficas para os doentes tendo em vista a melhoria da sua saúde física e psicológica.

Palavras-chave: Doença crónica; diabetes mellitus tipo 2; qualidade de vida.

Abstract

Introduction: Type 2 diabetes mellitus, characterized by hyperglycemia, is a chronic disease with high prevalence that poses multiple challenges and is associated with various consequences, including a reduced quality of life (QoL), a multidimensional and subjective concept. The objectives of this study were: (1) to assess perceptions of QoL; and (2) to evaluate the relationship between perceptions of QoL and sociodemographic (age and sex) and clinical characteristics (duration of diagnosis, place of care, comorbidity with other chronic health conditions, and use of injectable insulin). **Method:** An empirical, quantitative, cross-sectional, non-experimental study involving 80 participants who completed a sociodemographic questionnaire and the Portuguese version of the ADDQoL18, an instrument that assesses QoL and how it is affected by the disease. Results: There was a perceived negative impact on overall quality of life, with a greater effect on the freedom to eat and a lesser impact on social life and societal reactions. Overall QoL was negatively correlated with time since diagnosis and was lower among participants followed up at the hospital and those using insulin. **Discussion:** The results highlighted the need to promote more individualized support, guiding interventions that may be beneficial to patients with a view to improving their physical and psychological health.

Key-Words: Chronic disease; type 2 diabetes mellitus; quality of life.

1. Introdução

1.1 Diabetes Mellitus Tipo 2

As doenças crónicas caracterizam-se por ser de longa duração e resultarem de uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais (World Health Organization [WHO], 2025).

A diabetes, que se define por níveis elevados de glicose no sangue conjuntamente com alterações metabólicas de gorduras ou proteínas (Roglic, 2016), encontra-se entre os principais tipos de doenças crónicas, a par com doenças cardiovasculares, cancros e doenças respiratórias crónicas (WHO, 2025). Esta constitui a oitava doença crónica com maior prevalência em Portugal, afetando cerca de 8.9% da população (Prazeres, 2025).

Entre os doentes com diabetes, mais de 90% apresentam diabetes mellitus tipo 2 (DM2) (Chatterjee et al., 2017), que se caracteriza pela resistência das células corporais à ação da insulina, acompanhada de uma diminuição progressiva da sua produção (Roglic, 2016). A sua epidemiologia é influenciada por fatores genéticos e ambientais, em que a influência dos primeiros é visível na presença de um meio obesogénico pautado por comportamentos sedentários e excesso do consumo de açúcar e gordura (Chatterjee et al., 2017). Assim sendo, o desenvolvimento desta condição de saúde resulta de fatores de risco não modificáveis, como etnia e histórico familiar/predisposição genética, e modificáveis, como obesidade, baixa atividade física e dieta pouco saudável (Galicia-Garcia et al., 2020).

1.2 Qualidade de Vida

A QV consiste num construto de grande importância na saúde, contudo não existe uma definição consensual entre os autores. Dentro das diversas definições do conceito, é amplamente descrita a definição proposta pelo grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL), que define a QV como "a perceção que os indivíduos têm da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL group, 1995, p. 1405).

Particularmente, a qualidade de vida específica da diabetes, permite compreender o verdadeiro impacto da diabetes na vida dos indivíduos (Speight et al., 2020), possibilitando a identificação da repercussão da doença no bem-estar e funcionalidade (Rodríguez-Almagro et al., 2018). Nesse sentido, é reconhecido que a própria presença da diabetes deteriora a QV, agravando-se quando coexistem outras condições de saúde crónicas ou complicações diabéticas (Garg & Duggal, 2022).

A QV é entendida como subjetiva, visto que depende da perceção e perspetiva pessoal sobre o estado de saúde e sobre aspetos não-médicos do contexto de vida, e multidimensional, dado que é composta por diferentes dimensões (Cella, 1994). Esta não é, necessariamente, sinónimo de qualidade da saúde, uma vez que ter uma saúde física ótima não significa, por si só, uma QV satisfatória, dado que os comportamentos adotados para alcançar uma saúde orgânica adequada, nomeadamente no tratamento de doenças crónicas, podem prejudicar a perceção da QV (Singh & Bradley, 2006). Assim, independentemente do estado de saúde fisiológico, a QV depende da relevância atribuída a cada aspeto de vida (Singh & Bradley, 2006).

1.3 Objetivos

O presente estudo pretende contribuir para aprofundar o conhecimento sobre a vivência com uma doença crónica, mais especificamente a DM2, propondo: (1) avaliar a perceção da QV, e (2) avaliar a relação entre a perceção da QV e características sociodemográficas (a idade e o sexo) e clínicas (o tempo de diagnóstico, o local de seguimento, a comorbilidade com outro problema de saúde crónico e o uso de insulina injetável).

2. Métodos

2.1 Design do estudo

O estudo adotou um design quantitativo, tendo-se utilizado um questionário como método de recolha de dados numéricos para posterior análise estatística. Tratou-se de um estudo não experimental, de natureza descritiva, comparativa e correlacional, no qual as variáveis foram analisadas conforme ocorrem naturalmente, sem qualquer manipulação. Caracterizou-se, ainda, como transversal, uma vez que os dados foram recolhidos apenas num único momento temporal (Coolican, 2024).

2.2 Protocolo de investigação

Neste estudo, incluiu-se um Questionário Sociodemográfico, visando a recolha de informações sociodemográficas e clínicas que auxiliassem na caracterização da amostra, e a Auditoria da Qualidade de Vida Dependente da Diabetes 18 (ADDQoL18), para avaliar a QV e a forma como esta é afetada pela diabetes (Costa et al., 2006).

A ADDQoL18 foi traduzida e adaptada para português por Costa et al. em 2006, com base na versão original de 18 itens de Bradley e Speight (2002), sendo composta por 2 perguntas introdutórias, uma sobre a QV genérica e outra sobre o impacto da diabetes na QV, e 18 itens específicos, sendo eles: vida profissional, vida familiar, vida social, vida sexual, aspeto físico, atividades físicas, férias/lazer, viajar, confiança na capacidade, motivação, reação da sociedade, futuro, finanças, dependência, condições de vida, liberdade de comer, prazer da comida e liberdade de beber. Mais detalhadamente, apresenta como objetivo avaliar, na perspetiva do doente, o quão melhor seria a sua vida se não tivesse diabetes tendo em conta os diferentes aspetos de vida, numa escala de -3 (muitíssimo melhor/aumentaria muitíssimo) a 3 (muitíssimo pior/diminuiria muitíssimo), assim como o quão importante são cada um desses aspetos para si, numa escala de 0 (não tem importância nenhuma) a 3 (muito importante). De notar que os itens específicos vida profissional (item 1), vida familiar (item 2) e vida sexual (item 4) podem ser classificados com "não aplicável", caso esse aspeto de vida não se aplique à situação pessoal. As pontuações em cada item específico variam entre -9 e 9, sendo os valores negativos indicativos de um impacto negativo da diabetes nesse aspeto da vida (Costa et al., 2006).

Os autores da ADDQoL18 reportaram uma consistência interna para os 18 itens muito boa (α = .89), verificando-se que as propriedades psicométricas da versão portuguesa foram semelhantes às da versão original (α = .92) (Bradley & Speight, 2002; Costa et al., 2006). Neste estudo, a consistência interna da escala também se demonstrou muito boa (α = .87), contudo, para o seu cálculo, foram considerados apenas os 26 participantes que responderam a todos os itens, tendo sido excluídos aqueles que selecionaram a opção "não aplicável" nos itens 1, 2 ou 4.

2.3 Critérios de inclusão

A amostragem foi não probabilística e por conveniência, dado a facilidade de acesso aos participantes (Coolican, 2024), tendo sido incluídos aqueles que cumpriam os

critérios de inclusão, isto é, ser portador de DM2 pelo menos há 6 meses, ter idade igual ou superior a 18 anos e não exibir limitações intelectuais evidentes.

2.4 Recolha de dados

A recolha de dados realizou-se com doentes acompanhados em contexto hospitalar, no Hospital São Teotónio em Viseu, bem como com doentes seguidos em centros de saúde. Especificamente, foi necessário pedir autorização à Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões e do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira para realizar o estudo, tendo-se obtido um parecer favorável. Aquando da recolha de dados com cada indivíduo, eram apresentadas breves informações sobre o estudo e solicitado o consentimento informado por escrito para garantir a participação voluntária. De seguida, era aplicado o questionário em formato impresso. Todos os dados obtidos foram sempre tratados coletivamente e apenas acedidos pela equipa responsável pela investigação.

2.5 Métodos estatísticos para análise de dados

Para a realização deste estudo, primeiramente foram introduzidas as respostas dos participantes no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 30.0.0, *software* onde se realizou todas as análises estatísticas.

De seguida, procedeu-se ao cálculo do alfa de Cronbach, de modo a verificar quais os domínios que eram possíveis de ser analisados. Para a interpretação dos valores obtidos, adotaram-se os critérios de Jesussek e Volk-Jesussek (2024), que consideram valores de alfa de Cronbach inferiores a .50 como inaceitáveis, entre .50 e .60 como fracos, entre .60 e .70 como questionáveis, entre .70 e .80 como aceitáveis, entre .80 e .90 como bons e superiores a .90 como excelentes. Assim, foram considerados para análise estatística somente os domínios que apresentaram um alfa de Cronbach superior a .50.

Tendo em vista a caracterização dos participantes da amostra, calcularam-se várias medidas descritivas, nomeadamente: a média (*M*), o desvio padrão (*DP*), a mediana (*Md*), os percentis (*P*25 e *P*75) e o mínimo e máximo para variáveis quantitativas; e a frequência (*n*) e percentagem (%) para variáveis categóricas.

Para averiguar a relação da idade e do tempo de diagnóstico com o *score* do domínio QV geral, recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson. Este pode variar entre -1 e 1, com um valor positivo significando que as variáveis tendem a variar no mesmo sentido e um valor negativo indicando que tendem a variar em sentidos opostos. Adicionalmente, a nível de intensidade, as correlações podem ser classificadas como fracas ($.1 \leq |r| \leq .3$), moderadas ($.4 \leq |r| \leq .6$) e fortes ($.7 \leq |r| \leq .9$) (Dancey & Reidy, 2020).

Também se verificou o efeito do sexo, local de seguimento, presença de outro problema de saúde crónico e realização de insulina injetável no *score* do domínio da QV geral. Para isso, foi efetuado o teste *t* de Student ou o teste de Mann-Whitney quando o primeiro não se mostrou adequado devido à violação do pressuposto da normalidade. A normalidade foi verificada com o teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors e, sempre que necessário, o pressuposto da homogeneidade das variâncias através do teste de Levene.

Nas análises efetuadas, assumiu-se que existia significância estatística quando o respetivo valor de prova (p) não excedeu o nível de significância de 5%.

3. Resultados

3.1 Participantes

A amostra abrangeu um total de 80 pessoas diagnosticadas com DM2. A nível sociodemográfico, o grupo foi composto maioritariamente por indivíduos do sexo masculino (58.8%), com idades compreendidas entre os 27 e os 95 anos (M = 66.36, DP = 13.26). Por sua vez, relativamente à condição clínica, os indivíduos que participaram no estudo, apresentavam o diagnóstico entre 1 e 43 anos (M = 16.14, DP = 10.95), sendo que, ao momento da recolha, 51.2% eram acompanhados em contexto hospitalar e 48.8% em centros de saúde. Além disso, 47.5% dos indivíduos apresentavam comorbilidade com outro problema de saúde crónico e 45% realizavam insulina injetável.

3.2 Análise Descritiva da ADDQoL18

No que à ADDQoL18 concerne, a diabetes, em média, teve um impacto negativo na QV geral (M = -1.18, DP = 1.20), com maior enfoque na liberdade de comer (M = 2.60,

DP = 2.82) seguido das condições de vida (*M* = -2.06, *DP* = 2.60). Contrariamente, os domínios menos afetados foram a vida social (*M* = -0.50, *DP* = 1.25) e a reação da sociedade (*M* = -0.51, *DP* = 1.51) (Tabela 1).

Tabela 1

Estatística Descritiva da ADDQoL18

Domínio geral, perguntas introdutórias e itens específicos	Média	Desvio Padrão	Mediana	Percentil		Mínimo	Máximo
				25	75		
ADDQoL18 (QV geral)	-1.18	1.20	-0.81	-1.76	-0.24	-5	-0.72
QV genérica	0.55	0.86	0	0.00	1.00	-1	3
Impacto da diabetes na QV	-0.95	1.39	-1	-2.00	0.00	-3	3
Vida profissional (*n* = 29) [a]	-1.62	2.80	0	-3.50	0.00	-9	0
Vida familiar (*n* = 78) [a]	-1.90	2.71	0	-3.00	0.00	-9	0
Vida social	-0.50	1.25	0	0.00	0.00	-6	0
Vida sexual (*n* = 57) [a]	-1.72	2.45	0	-4.00	0.00	-9	1
Aspeto físico	-0.93	2.59	0	-2.00	0.00	-9	6
Atividades físicas	-1.69	2.50	0	-2.75	0.00	-9	2
Férias/lazer	-0.79	1.73	0	0.00	0.00	-7	2
Viajar	-1.51	2.60	0	-2.00	0.00	-9	0
Confiança na capacidade	-1.83	2.72	0	-3.00	0.00	-9	2
Motivação	-1.55	2.39	0	-2.75	0.00	-9	0
Reação da sociedade	-0.51	1.51	0	0.00	0.00	-6	0
Futuro	0.93	2.06	0	0.00	2.00	-3	9
Finanças	-1.41	2.22	0	-2.00	0.00	-9	2
Dependência	0.23	2.34	0	0.00	0.00	-9	6
Condições de vida	-2.06	2.60	-1.5	-4.00	0.00	-9	0
Liberdade de comer	-2.60	2.82	-2	-4.00	0.00	-9	1
Prazer da comida	-1.40	2.25	0	-2.00	0.00	-9	2
Liberdade de beber	-0.93	1.48	0	-2.00	0.00	-6	0

[a] Itens que apresentam a opção "não aplicável".

Ademais, de forma global, os participantes revelaram, em média, que a sua QV atual era satisfatória (M = 0.55, DP = 0.86), tendo a maioria classificado como nem boa nem má (43.8%) e boa (37.5%). Contudo, em média, os indivíduos descreveram que, se não tivessem diabetes, a sua QV seria melhor (M = -0.95, DP = 1.39). Essa perceção foi relatada pela maioria dos participantes (66.3%), dos quais 36.3% considerou "muito melhor", 22.5% um "pouco melhor" e 7.5% "muitíssimo melhor". Ainda assim, existiram algumas pessoas que referiram que seria a mesma (20%) e outras que assinalaram que seria pior se não tivesse a doença (13.8%) (Tabela 2).

Tabela 2
Frequências e Percentagens das Perguntas Introdutórias da ADDQoL18

Variável	Categoria	*n*	%
QV genérica	Má	6	7.5
	Nem boa nem má	35	43.8
	Boa	30	37.5
	Muito boa	7	8.8
	Excelente	2	2.5
Impacto da diabetes na QV	Muitíssimo pior	2	2.5
	Muito pior	3	3.8
	Um pouco pior	6	7.5
	A mesma	16	20.0
	Um pouco melhor	18	22.5
	Muito melhor	29	36.3
	Muitíssimo melhor	6	7.5

3.3 Análise Inferencial da ADDQoL18

3.3.1 Características sociodemográficas

Não se encontrou a existência de uma correlação estatisticamente significativa entre a idade e a QV geral (r = .04, p = .700) (Tabela 3).

Tabela 3
Correlação entre a Idade e a QV Geral

Variável	Idade
QV geral	.04

Nota. O valor apresentado resultou do coeficiente de correlação de Pearson.

Relativamente ao score da QV geral, não foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres (t(78) = -0.89, p = .375) (Tabela 4).

Tabela 4
Efeito do Sexo na QV Geral (teste t de Student)

Variável	Sexo		*t*(df)	*p*
	Masculino (*n* = 47)	Feminino (*n* = 33)		
QV geral			-0.89 (78)	.375
M (*DP*)	-1.28 (1.29)	-1.04 (1.05)		
Md (*P*25; *P*75)	-1.00 (-2.13; -0.24)	-0.71 (-1.43; -0.18)		

3.3.2 Características Clínicas

A respeito do tempo de diagnóstico, obteve-se uma correlação negativa fraca e estatisticamente significativa entre este e a QV geral (r = -.25, p = .028), o que transmite que, quanto maior o tempo de diagnóstico, pior tendeu a ser a QV geral (Tabela 5).

Tabela 5
Correlação entre o Tempo de Diagnóstico e a QV Geral

Variável	Tempo de diagnóstico
QV geral	-.25*

Nota. O valor apresentado resultou do coeficiente de correlação de Pearson.

* $p < 0.05$

Quanto ao local de seguimento, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa para a QV geral (U = 580, p = .035), tendo sido os participantes acompanhados em contexto hospitalar que reportaram valores medianos inferiores de QV geral (*Md* = -1.22, *P*25 = -2.13, *P*75 = -0.55) (Tabela 6).

Tabela 6
Efeito do Local de Seguimento na QV Geral (teste de Mann-Whitney)

	Local de seguimento		*U*	*p*
	Hospital (*n* = 41)	Centro de Saúde (*n* = 39)		
QV geral			580	.035*
M (*DP*)	-1.45 (1.30)	-0.90 (1.02)		
Md (*P*25; *P*75)	-1.22 (-2.13; -0.55)	-0.71 (-1.32; -0.06)		

* $p < 0.05$

Em relação à existência de outro problema de saúde crónico, não se observou uma diferença estatisticamente significativa entre as médias da QV geral de quem tinha e não tinha comorbilidades (t(58.41) = 1.57, p = .122) (Tabela 7).

Tabela 7
Efeito da Presença de Outro Problema de Saúde Crónico na QV Geral (teste t de Student)

Variável	Problema de saúde crónico		*t*(df)	*p*
	Sim (*n* = 38)	Não (*n* = 42)		
QV geral			1.57	.122
M (*DP*)	-1.40 (1.47)	-0.98 (0.86)	(58.41) [a]	
Md (*P*25; *P*75)	-0.97 (-2.37; -0.12)	-0.80 (-1.50; -0.28)		

[a] Foi efetuado o teste *t* de Student não assumindo homogeneidade das variâncias.

No que concerne à realização de insulina injetável, obteve-se uma diferença estatisticamente significativa na QV geral entre quem necessitava de realizar insulina injetável e quem não necessitava (U = 586, p = .046), com aqueles que realizavam a assinalar níveis medianos de QV geral mais baixos (Md = -1.24, $P25$ = -2.21, $P75$ = 0.54) (Tabela 8).

Tabela 8
Efeito da Realização de Insulina Injetável na QV Geral (teste de Mann-Whitney)

	Insulina injetável		*U*	*p*
	Sim (*n* = 36)	Não (*n* = 44)		
QV geral			586	.046*
M (*DP*)	-1.46 (1.30)	-0.95 (1.06)		
Md (*P*25; *P*75)	-1.24 (-2.21; -0.54)	-0.63 (-1.46; -0.07)		

* $p < 0.05$

4. Discussão

Evidenciou-se a existência de um impacto negativo da DM2 na QV dos doentes, com a liberdade de comer a constituir o item mais prejudicado. Na grande maioria dos estudos que incluem a ADDQoL, resultados idênticos foram obtidos relativamente ao maior impacto negativo da diabetes no item da liberdade de comer (e. g., Bąk et al., 2019; Levterova et al., 2018; Papazafiropoulou et al., 2015; Potočnik et al., 2024; Rogon et al., 2017). Tendo em consideração que um dos pontos fulcrais no tratamento da diabetes corresponde à limitação da quantidade de alimentos ingeridos e/ou redução do seu valor calórico (Rogon et al., 2017), pode-se justificar o resultado obtido na falta de liberdade de comer sentida pelos participantes. Ademais, possivelmente, no nosso país, esse

sentimento pode ser intensificado em virtude da elevada valorização das experiências gastronómicas e dos produtos regionais pelos portugueses.

Pelo contrário, neste estudo, obteve-se que a vida social foi o item menos comprometido, logo seguido da reação da sociedade, com uma diferença mínima. Este resultado vai, em certa medida, ao encontro de diversos estudos que relatam um menor impacto da diabetes no item da reação da sociedade (e. g., Levterova et al., 2018; Papazafiropoulou et al., 2015; Potočnik et al., 2024; Upadhyay et al., 2024). De acordo com Liu et al. (2017), doentes com DM2 experienciam estigma associado à diabetes (i. e., sentimentos negativos como exclusão, rejeição ou culpa decorrentes da estigmatização percebida de ter diabetes) que aumenta com a intensidade da terapia. Esses autores verificaram que tanto os doentes com DM1 como com DM2 relataram que a perceção de falha de carácter e falta de responsabilidade pessoal, bem como a perceção de ser um fardo para o sistema de saúde, foram as experiências estigmatizantes mais comuns (Liu et al., 2017). De forma semelhante, Browne et al. (2013) descreveram que os indivíduos com DM2 enfrentam estigmatização social, sendo comuns sentimentos de culpa devido a serem vistos como os causadores da doença (por alimentação excessiva, maus hábitos alimentares, sedentarismo ou excesso de peso), estereótipos negativos, discriminação e oportunidades restritas. Contudo, Subramaniam et al. (2021) encontraram que os doentes diabéticos que tinham amigos próximos ou familiares diagnosticados com diabetes tinham menores pontuações de estigma relacionado à diabetes nomeadamente na escala de distanciamento social e de atitudes negativas e estereótipos. Esse dado pode ajudar a compreender o baixo impacto da doença na vida social e na reação da sociedade observado nesta amostra dado que muitos dos participantes tinham familiares com diabetes (n = 52), sugerindo-se que pode existir elevada familiaridade e normalização da condição. Adicionalmente, esse resultado, pode ser explicado pelo elevado nível de conhecimento da população portuguesa acerca da doença (nomeadamente sobre como a prevenir e fatores de risco associados), evidenciado pelo Estudo Percecional sobre a Diabetes (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal [APDP], 2023), sugerindo-se, assim, que um maior conhecimento se interliga a menor impacto social da doença.

Obteve-se que quanto maior o tempo de diagnóstico da diabetes, pior tende a ser a perceção da QV geral. Este resultado corrobora diversos estudos, nomeadamente o de Levterova et al. (2018) e Levterova et al. (2016) que detetaram que os níveis de QV eram

inferiores em doentes com longa duração da doença (> 5 anos), de Daher et al. (2015) que evidenciou que a maior duração da doença (≥ 10 anos) estava associada a pior QV, e de Daher et al. (2016) que encontrou que a maior duração da doença estava relacionada com um maior impacto negativo na QV. Tal pode ser associado ao facto de o controlo glicémico tender a ser pior com a maior duração da doença devido à deterioração na função das células beta e ao declínio na adesão dos pacientes ao regime de tratamento (Daher et al., 2015).

No estudo de Tamir et al. (2018), é evidenciado que tanto os doentes como os médicos descreveram a qualidade de vida específica da diabetes mais baixa em quem é acompanhado em clínicas multidisciplinares de diabetes comparativamente aos seguidos em clínicas de cuidados primários. Os autores sugerem que pode estar interligado com o facto de, em clínicas multidisciplinares de diabetes, os doentes apresentarem um perfil clínico mais grave, i. e., duração mais longa da doença, maior número de comorbilidades e mais complicações relacionadas à diabetes, adquirirem menos medicamentos prescritos, e quase metade dos pacientes terem tratamento com insulina. Este estudo proporciona, pelo menos em parte, uma compreensão do resultado obtido na presente investigação, em que se analisou que os doentes acompanhados em contexto hospitalar, i. e., na Unidade de Diabetes do HST, apresentaram uma QV geral inferior comparativamente aqueles acompanhados em centros de saúde, i. e., em cuidados de saúde primários.

Na literatura é documentado que os doentes que necessitam de insulina injetável no seu tratamento, comparativamente a regimes baseados na dieta e/ou medicamentos antidiabéticos orais, apresentam uma QV inferior (Daher et al., 2015; Daher et al., 2016; Levterova et al., 2018), o que também se evidenciou neste estudo. Tal pode estar associado com os doentes que utilizam insulina injetável, comparativamente aqueles que utilizam somente medicamentos anti-hiperglicémicos orais, relatarem pior vitalidade e saúde geral, maior sofrimento psicológico e mais barreiras à atividade (i. e., restrição de atividades devido à diabetes) (Boels et al., 2021).

Um resultado particularmente surpreendente neste estudo, foi a constatação que 13.8% dos participantes desta amostra consideraram que a sua QV sem a diabetes seria pior. Isso pode relacionar-se com o facto dos indivíduos, após o diagnóstico da diabetes, terem adotado hábitos de vida mais saudáveis, tais como uma alimentação equilibrada e

a prática regular de exercício físico, que contribuem para uma perceção positiva da vida pessoal.

4.1 Limitações

A investigação baseou-se numa técnica de amostragem não probabilística e por conveniência, o que, a par com o reduzido número de participantes no estudo, não garante a representatividade da população e, por consequência, inviabiliza a generalização dos resultados. Especificamente, o facto de a amostra ser pequena, possibilita também que o poder estatístico do estudo tenha sido diminuto.

Tendo em consideração que a aplicação da maior parte dos questionários foi realizada em formato de entrevista, pode ter ocorrido um efeito da desejabilidade social, em que os indivíduos responderam considerando aquilo que percecionam como mais aceite para a sociedade em vez do que realmente sentiam/pensavam. No mesmo sentido, os dados autorrelatados podem não corresponder à realidade e enviesar as análises efetuadas.

4.2 Implicações Práticas e Recomendações

Considerando que os objetivos do tratamento da DM2 consistem em prevenir ou retardar complicações e otimizar a QV (ADA PPC, 2025), revela-se pertinente perceber qual a perceção dos doentes acerca da sua qualidade de vida relacionada com a diabetes. Desse modo, viabiliza-se a compreensão de quais as áreas de vida mais comprometidas pela diabetes, o que possibilita a oferta de um suporte individualizado e a consequente redução do impacto da doença na vida do doente. Assim sendo, devem ser promovidas intervenções que possam ser benéficas para os doentes tendo em vista a melhoria da sua saúde física e psicológica.

Em suma, esta investigação demonstra que a gestão da DM2 não se deve restringir apenas ao controlo físico da doença, devendo contemplar igualmente aspetos psicossociais. Dessa forma, o acompanhamento deve ser holístico e adaptado à idiossincrasia de cada doente, promovendo a QV. Neste sentido, reforça-se a necessidade de considerar, simultaneamente, fatores clínicos e psicológicos, de modo a alcançar melhores resultados em saúde, enfatizando o papel essencial da Psicologia Clínica e da Saúde neste contexto.

5. Referências Bibliográficas

American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2025). 4. Comprehensive medical evaluation and assessment of comorbidities: Standards of care in diabetes—2025. *Diabetes Care*, *48*(Suppl. 1), S59–S85. https://doi.org/10.2337/dc25-S004

Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. (2023, 7 de fevereiro). *Mais de 80% dos portugueses sabem como prevenir diabetes tipo 2 - estudo*. Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. https://apdp.pt/mais-de-80-dos-portugueses-sabem-como-prevenir-a-diabetes-tipo-2-estudo/

Bąk, E., Nowak-Kapusta, Z., Dobrzyń-Matusiak, D., Marcisz-Dyla, E., Marcisz, C., & Krzemińska, S. (2019). An Assessment of Diabetes-Dependent Quality of Life (ADDQoL) in women and men in Poland with type 1 and type 2 diabetes. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, *26*(3), 429–438. https://doi.org/10.26444/aaem/99959

Boels, A. M., Rutten, G., Cleveringa, F., Avendonk, M., & Vos, R. (2021). Insulin therapy in type 2 diabetes is associated with barriers to activity and worse health status: A cross-sectional study in primary care. *Frontiers in Endocrinology*, *12*, 573235. https://doi.org/10.3389/fendo.2021.573235

Bradley, C., & Speight, J. (2002). Patient perceptions of diabetes and diabetes therapy: Assessing quality of life. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, *18*(suppl. 3), S64–S69. https://doi.org/10.1002/dmrr.279

Browne, J. L., Ventura, A., Mosely, K., & Speight, J. (2013). "I call it the blame and shame disease": A qualitative study about perceptions of social stigma surrounding type 2 diabetes. *BMJ Open*, *3*(11), e003384. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013

Cella, D. F. (1994). Quality of life: Concepts and definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, *9*(3), 186–192. https://doi.org/10.1016/0885-3924(94)90129-5

Chatterjee, S., Khunti, K., & Davies, M. J. (2017). Type 2 diabetes. *The Lancet*, *389*(10085), 2239–2251. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30058-2

Coolican, H. (2024). *Research methods and statistics in psychology* (8th ed.). Routledge.

Costa, F. A., Guerreiro, J. P., & Duggan, C. (2006). Um Exame à Qualidade de Vida Dependente da Diabetes (ADDQoL) em Portugal: Avaliação da validade e fiabilidade. *Pharmacy Practice*, *4*(3), 123–128.

Daher, A. M., AlMashoor, S. A. H., & Winn, T. (2015). Glycaemic control and quality of life among ethnically diverse Malaysian diabetic patients. *Quality of Life Research*, *24*(4), 951–958. https://doi.org/10.1007/s11136-014-0830-5

Daher, A. M., AlMashoor, S. H. A., & Winn, T. (2016). Performance of the Malay Audit of Diabetes Dependent Quality of Life-18 and associates of quality of life among patients with type 2 diabetes mellitus from major ethnic groups of Malaysia. *PLoS ONE*, *11*(10). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0163701

Dancey, C. P., & Reidy, J. (2020). *Statistics without maths for psychology* (8th ed.). Pearson.

Galicia-Garcia, U., Benito-Vicente, A., Jebari, S., Larrea-Sebal, A., Siddiqi, H., Uribe, K. B., Ostolaza, H., & Martín, C. (2020). Pathophysiology of type 2 diabetes mellitus. *International Journal of Molecular Sciences*, *21*(17), 6275. https://doi.org/10.3390/ijms21176275

Garg, P., & Duggal, N. (2022). Type 2 diabetes mellitus, its impact on quality of life and how the disease can be managed-a review. *Obesity Medicine*, *35*, 100459. https://doi.org/10.1016/j.obmed.2022.100459

Jesussek, M., & Volk-Jesussek, H. (2024). *Statistics made easy* (5th ed.). DATAtab.

Levterova, B., Levterov, G., & Dragova, E. (2016). Quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus in Bulgaria: A cross-sectional study. *European Journal of Preventive Medicine*, *4*(1), 7–12. https://doi.org/10.11648/j.ejpm.20160401.12

Levterova, B. A., Orbetzova, M., Levterov, G., Dimitrova, D., & Todorov, P. (2018). Assessment of the impact of type 2 diabetes on the quality of life by Audit of Diabetes-Dependent Quality-of-Life (ADDQoL-19). *Biotechnology and*

Biotechnological Equipment, *32*(6), 1627–1634. https://doi.org/10.1080/13102818.2018.1532319

Liu, N. F., Brown, A. S., Folias, A. E., Younge, M. F., Guzman, S. J., Close, K. L., & Wood, R. (2017). Stigma in people with type 1 or type 2 diabetes. *Clinical Diabetes*, *35*(1), 27–34. https://doi.org/10.2337/cd16-0020

Papazafiropoulou, A. K., Bakomitrou, F., Trikallinou, A., Ganotopoulou, A., Verras, C., Christofilidis, G., Bousboulas, S., & Melidonis, A. (2015). Diabetes-Dependent Quality of Life (ADDQOL) and affecting factors in patients with diabetes mellitus type 2 in Greece. *BMC Research Notes*, *8*, 786. https://doi.org/10.1186/s13104-015-1782-8

Potočnik, T. V., Gorenjec, N. R., Mihevc, M., Zavrnik, Č., Lukančič, M. M., Susič, A. P., & Klemenc-Ketiš, Z. (2024). Person-centred diabetes care: Examining patient empowerment and diabetes-specific quality of life in Slovenian adults with type 2 diabetes. *Healthcare*, *12*(9), 899. https://doi.org/10.3390/healthcare12090899

Prazeres, F. (2025). Nationwide study on multimorbidity prevalence: 7.64 million primary healthcare users in Portugal with multiple chronic conditions. *Public Health, 240*, 18–20. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2025.01.005

Rodríguez-Almagro, J., García-Manzanares, Á., Lucendo, A. J., & Hernández-Martínez, A. (2018). Health-related quality of life in diabetes mellitus and its social, demographic and clinical determinants: A nationwide cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, *27*(21–22), 4212–4223. https://doi.org/10.1111/jocn.14624

Roglic, G. (2016). WHO Global report on diabetes: A summary. *International Journal of Noncommunicable Diseases*, *1*(1), 3–8. https://doi.org/10.4103/2468-8827.184853

Rogon, I., Kasprzak, Z., & Szczęśniak, L. (2017). Perceived quality of life and acceptance of illness in people with type 2 diabetes mellitus. *Przegląd Menopauzalny*, *16*(3), 79–85. https://doi.org/10.5114/pm.2017.70583

Singh, H., & Bradley, C. (2006). Quality of life in diabetes. *International Journal of Diabetes in Developing Countries, 26*(1), 7–10. https://doi.org/10.4103/0973-3930.26882

Subramaniam, M., Abdin, E., Bhuvaneswari, S., AshaRani, P. V., Devi, F., Roystonn, K., Wang, P., Samari, E., Shafie, S., Vaingankar, J. A., Dam, R. M., Lee, E. S., Sum, C. F., & Chong, S. A. (2021). Prevalence and correlates of social stigma toward diabetes: Results from a nationwide- survey in Singapore. *Frontiers in Psychology*, *12*, 692573. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.692573

Tamir, O., De-Paz, N. S., Dvir, D., & Heymann, A. D. (2018). Comparing assessment of diabetes-related quality of life between patients and their physicians. *Health and Quality of Life Outcomes*, *16*(1), 214. https://doi.org/10.1186/s12955-018-1040-6

Upadhyay, D. K., Bahl, G., & Narang, T. (2024). Assessment of health-related quality of life of patients with type 1 and type 2 diabetes using ADDQoL questionnaire in a tertiary care hospital: A cross-sectional study. *Clinical Diabetology*, *13*(2), 86–92. https://doi.org/10.5603/cd.98812

WHOQOL group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, *41*(10), 1403–1409. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k

World Health Organization. (2025, 25 de setembro). *Noncommunicable diseases*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

Relação entre o perfil sociodemográfico, o estresse e o enfrentamento em acompanhantes de pacientes hospitalizados com Lesão Encefálica Adquirida

Bianca Brito Ferreira (1), Suelenn Eloise de Freitas (1), Kimberly Borcelly Alves (1)

[1] Superintendência da Escola de Saúde de Goiás- Programa de Residência Multiprofissional- Área de concentração Urgência e Trauma, Brasil.

Autor Correspondente: Bianca Brito Ferreira. **E-mail:** biancabritopsi@gmail.com

Resumo

Introdução: A Lesão Encefálica Adquirida (LEA) no adulto, tem como principais causas o Acidente Vascular Cerebral (A VC) e o Traumatismo Cranioencefálico (TCE), os quais geram incapacidades crônicas e comprometem não apenas os pacientes, mas também seus familiares. Ambos os quadros exigem suporte significativo, frequentemente proveniente de cuidadores familiares, que assumem papéis críticos na reabilitação e no tratamento. **Objetivo:** Identificar e descrever as estratégias de enfrentamento e o nível de estresse de cuidadores de pacientes com LEA em um hospital de urgências da região centro-oeste do Brasil. **Método:** Pesquisa descritiva, transversal e quantitativa, realizada em um Hospital de Urgências, com cuidadores de pacientes internados com LEA. Foram coletados dados sociodemográficos, dados relacionados ao cuidado prestado pelo cuidador, as estratégias de enfrentamento através do Brief Coping Orientation to Problems Experienced Inventory (Brief-COPE), e o estresse percebido pela Escala de Estresse Percebido (PSS-14). Resultado: 64 cuidadores de indivíduos com LEA participaram do estudo. Houve associação significativa entre o estresse percebido e a renda, sexo e número de cuidadores. Estratégias de enfrentamento como reinterpretação positiva e aceitação correlacionaram-se negativamente ao estresse, sugerindo efeito protetor dessas estratégias. **Conclusão:** As estratégias de enfrentamento ativas e cognitivas, especialmente reinterpretação positiva e aceitação, mostraram-se protetoras frente ao estresse. A religiosidade também exerceu papel modulador, enquanto maiores níveis de estresse foram observados entre mulheres e cuidadores de menor renda, evidenciando influência de fatores socioeconômicos e de gênero.

Palavras-chave: Lesões Encefálicas; Cuidadores; Habilidades de Enfrentamento; Stress Subjetivo

1. Introdução

A Lesão Encefálica Adquirida (LEA) no adulto inclui principalmente o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e o Traumatismo Cranioencefálico (TCE), condições neurológicas que comprometem o cérebro[1]. O AVC, de origem vascular, pode ser isquémico ou hemorrágico[2], enquanto o TCE resulta de trauma externo3. Ambos têm alta incidência e impacto global: em 2021, estimou-se 20,8 milhões de novos casos de TCE e 37,9 milhões de casos prevalentes[4], enquanto o AVC foi responsável por 11,9 milhões de novos casos e 93,8 milhões de pessoas vivendo com a condição[5]. No Brasil, o AVC causou mais de 85 mil óbitos em 2024, e o TCE resultou em mais de 500 mil internações entre 2018 e 20226.

Tanto o AVC quanto o TCE podem gerar incapacidades físicas, cognitivas e emocionais, tornando necessária a presença de um cuidador para atividades diárias[8-10]. Muitos sobreviventes não retornam ao trabalho no primeiro ano após o evento, apresentando algum grau de dependência[8-9]. A família assume papel central no cuidado, geralmente por meio de um cuidador informal (membro da família ou da comunidade sem formação específica) que assume a maior parte dos cuidados cotidianos[11,12].

Embora essencial, o cuidado informal acarreta sobrecarga física, emocional, social e financeira, manifestando-se por estresse, fadiga, frustração, isolamento e sintomas depressivos[13-14]. Por isso, o cuidador é frequentemente considerado uma vítima secundária da doença[15]. Frente a essas demandas que são impostas aos cuidadores, estes lançam mão de estratégias de enfrentamento, que podem ser entendidas como a maneira que os indivíduos mobilizam comportamentos para lidar com situações stressantes. Por isso, essas estratégias podem ser respaldadas também na Teoria do Stress. De acordo com os autores, há dois tipos de enfrentamento: 1) o enfrentamento focado na emoção, no qual a pessoa que vivencia uma situação stressora pode utilizar-se de estratégias como afastamento, busca de apoio social e fuga-esquiva para diminuir os danos causados pelo evento stressor; 2) e o enfrentamento focado no problema, onde o sujeito foca em coletar informações sobre o acontecimento e toma decisões para a resolução[16].

Diante do exposto, os resultados deste estudo podem contribuir para o desenvolvimento de intervenções que fortaleçam o uso de estratégias de enfrentamento associadas a redução do stress, promovendo a saúde mental do cuidador durante a

hospitalização e favorecendo a adesão ao tratamento. Além disso, o estudo visa favorecer subsídios para orientar as ações da equipa na assistência ao cuidador e ampliar a produção de conhecimento sobre o tema.

1.1. Objetivos

O presente estudo apresentou como objetivo geral identificar quais tipos de estratégias de enfrentamento e quais características sociodemográficas estão relacionados aos menores e maiores níveis de estresse entre cuidadores. De forma específica, busca-se verificar o nível de stress do cuidador, avaliar as estratégias de enfrentamento por ele utilizadas, identificar o seu perfil sociodemográfico e analisar a relação entre o nível de stress, as estratégias de enfrentamento adotadas e as características sociodemográficas apresentadas.

2. Metodologia

Pesquisa descritiva, transversal e quantitativa, realizada entre janeiro e outubro de 2025, em um hospital de urgências da região centro-oeste do Brasil. O estudo foi realizado com cuidadores de pacientes internados nas enfermarias, seguindo os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 85981925.3.0000.5082). Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram adotados como critérios de inclusão acompanhantes de pacientes com LEA internados entre janeiro e março de 2025, adultos de ambos os sexos que atuavam como cuidadores informais durante a internação e possuíam condições cognitivas para a participação. Foram excluídos acompanhantes de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), emergência ou acompanhamento ambulatorial, bem como aqueles que recusaram participação. O cálculo amostral, realizado no software G*Power 3.1.9.7, considerou o número de admissões de pacientes com LEA, com idade entre 18 e 60 anos, que se encontravam com cuidadores. Considerou-se erro de 5% nível de confiança de 95%, resultando em 57 participantes.

Foram coletados dados sociodemográficos e relacionados ao cuidado prestado, com um formulário próprio elaborado pela pesquisadora. As estratégias de enfrentamento

foram avaliadas pelo *Brief Coping Orientation to Problems Experienced Inventory* (Brief-COPE)[17], e o stress percebido pela Escala de Estresse Percebido (PSS-14)[18].

A coleta de dados foi realizada por dois pesquisadores participantes, sendo precedida por um estudo piloto de duas semanas para testar os instrumentos e definir o procedimento operacional. Os dados do estudo piloto foram excluídos da amostra total. Após a seleção do participantes via análise de prontuários e assinatura do TCLE, os dados foram coletados à beira leito, garantindo confidencialidade e anonimato.

Os dados coletados foram organizados e analisados com o auxílio do software Python (versão 3.11), utilizando as bibliotecas pandas**,** scipy.stats e openpyxl. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas, enquanto as variáveis contínuas (scores dos domínios do Brief-COPE e da PSS-14) foram apresentadas em média ± desvio padrão e intervalo de confiança de 95% (IC95%), após verificação da normalidade dos dados por meio do teste de Shapiro–Wilk. A associação entre o nível de estresse percebido e as variáveis sociodemográficas e clínicas foi investigada por meio da categorização dos escores da PSS-14 em três níveis (baixo, moderado e alto stress). As proporções entre os grupos de stress e as variáveis categóricas foram comparadas utilizando o teste do qui-quadrado de Pearson. Para as comparações entre os escores médios dos domínios do Brief-COPE e do estresse percebido em relação às variáveis categóricas, aplicou-se o teste t de Student ou a ANOVA seguida do teste post hoc de Tukey quando identificadas diferenças significativas ($p < 0,05$). A correlação de Pearson foi utilizada para avaliar a relação entre o escore total da PSS-10 e os domínios do Brief-COPE. O nível de significância adotado em todas as análises foi de 5% ($\alpha = 0,05$).

3. Resultados e Discussão

Participaram deste estudo 64 cuidadores informais de pacientes com LEA, sendo 12 (18,75%) cuidadores de pacientes com TCE e 52 (81,25%) cuidadores de pacientes com AVC, com predominância de mulheres na faixa etária de 40 a 59 anos. Nenhum participante foi excluído da pesquisa[21].

Os participantes apresentaram nível moderado de estresse percebido (PSS-14), que foi maior em mulheres (27,42) do que em homens (23,33), com diferença significativa, e aumentou conforme o número de cuidadores que revezavam, sendo mais elevado quando havia mais de três cuidadores[26-33]. Em relação à renda, cuidadores com ganhos superiores

a três salários-mínimos apresentaram menor estresse comparados àqueles com renda inferior a um salário-mínimo.

Quanto às estratégias de enfrentamento (Brief-COPE), as mais utilizadas foram religiosidade, reinterpretação positiva, coping ativo, aceitação e desengajamento comportamental, enquanto negação, desabafar e humor foram as menos usadas, e as demais estratégias apresentaram médias intermediárias. Estratégias cognitivas e ativas, como reinterpretação positiva e aceitação, apresentaram correlação negativa com o estresse, indicando efeito protetor[34-35], e práticas religiosas auxiliaram na regulação emocional[18]. Houve ainda associações significativas entre sexo masculino e religiosidade e suporte emocional; maior escolaridade e religiosidade e aceitação; procedência urbana e aceitação; e tempo de internação (5 a 9 dias) e aceitação[29,34-36].

O perfil sociodemográfico mostrou-se determinante no cuidado: filhos e cônjuges, maioritariamente mulheres (71,9%), com coabitação e vínculo afetivo próximo, foram os principais cuidadores[21-23]. O stress é compreendido como resposta a demandas que excedem os recursos do indivíduo25, sendo intensificado por gênero, número de cuidadores e renda[26-33]. A aceitação, especialmente após alguns dias de cuidado, favorece a adaptação às demandas hospitalares[34,35,36].

Em síntese, o stress do cuidador informal é modulável por fatores sociodemográficos (sexo, renda) e pelas estratégias de enfrentamento adotadas. Reconhecer esses perfis é essencial para orientar intervenções institucionais, como suporte psicológico, promoção de estratégias visando à melhoria da saúde mental dos cuidadores e à qualificação do cuidado prestado.

4. Conclusão

Os resultados deste estudo indicam que o stress percebido por cuidadores informais de pacientes com Lesão Encefálica Adquirida é fortemente influenciado por fatores sociodemográficos, especialmente sexo e renda, evidenciando maior vulnerabilidade entre mulheres e indivíduos de menor poder aquisitivo. Paralelamente, observou-se que estratégias de enfrentamento de natureza ativa e cognitiva, como reinterpretação positiva e aceitação, exercem efeito protetor sobre o estresse, enquanto práticas religiosas também contribuem para a regulação emocional. Esses achados reforçam que o enfrentamento do

cuidado em contextos de LEA resulta da interação entre condições socioeconômicas, demandas emocionais e recursos psicológicos utilizados pelo cuidador.

Em síntese, os resultados deste estudo reforçam a importância de reconhecer o perfil sociodemográfico e os estilos de enfrentamento como elementos centrais na compreensão do stress do cuidador informal em contextos de LEA. Tais achados apontam para a necessidade de estratégias institucionais de suporte psicológico que considerem tanto a dimensão económica quanto as práticas de enfrentamento cognitivo e espiritual dos cuidadores. Mas também reforçam para a possibilidade de efetividade de intervenções baseadas em Psicologia Positiva e ACT, que já estão sendo cientificamente comprovadas como efetivas para o âmbito da saúde pública.

Assim, destaca-se a necessidade de estratégias institucionais que ofereçam suporte psicológico, acolham as desigualdades materiais que intensificam o sofrimento e oferecem intervenções com foco em aceitação e reinterpretação positiva, as quais demonstram favorecer a saúde mental desses cuidadores, qualificando o processo de cuidado.

5. Referências Bibliográficas

Abou-Abbass, H., et al. (2016). Epidemiology and clinical characteristics of traumatic brain injury in Lebanon: A systematic review. *Medicine (Baltimore), 95*(47), e5342. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000005342

Ak, C. H. K., et al. (2012). Traumatic brain injury in the elderly: Is it as bad as we think? *Current Translational Geriatrics and Gerontology Reports, 1*, 171–178.

Baker, C. K., et al. (2005). Violence and PTSD in Mexico: Gender and regional differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 40*(7), 519–528. https://doi.org/10.1007/s00127-005-0921-2

Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry, 47*(10), 923–929. https://doi.org/10.1177/070674370204701003

Cameoka, M. C., & Seidl, E. M. F. (2024). Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) em contexto hospitalar não psiquiátrico: Revisão de escopo. *Revista Brasileira de*

Terapia Cognitivo-Comportamental, 26, 90–105. https://doi.org/10.31505/rbtcc.v26i1.1762

Carteri, R. B. K., & Silva, R. A. da. (2021). Traumatic brain injury hospital incidence in Brazil: An analysis of the past 10 years. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 33*(2).

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine, 4*(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*(2), 267–283. https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*(4), 385–396. https://doi.org/10.2307/2136404

Dantas, M. A., et al. (2010). Avaliação de estresse em policiais militares. *Psicologia: Teoria e Prática, 12*(3), 66–77. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872010000300006

Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O modelo de coping de Folkman e Lazarus: Aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde, 11*(2), 55–66. https://doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642

Duncan, P. W., Propst, M., & Nelson, S. G. (1983). Reliability of the Fugl-Meyer assessment of sensorimotor recovery following cerebrovascular accident. *Physical Therapy, 63*(10), 1606–1610. https://doi.org/10.1093/ptj/63.10.1606

Feigin, V. L., et al. (2025). World Stroke Organization: Global Stroke Fact Sheet 2025. *International Journal of Stroke, 20*(2), 132–144. https://doi.org/10.1177/17474930241308142

Girardon-Perlini, N. M. O., & Ângelo, M. (2017). The experience of rural families in the face of cancer. *Revista Brasileira de Enfermagem, 70*(3), 550–557. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0367

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2021). *Terapia de aceitação e compromisso: O processo e a prática da mudança consciente* (2nd ed.). Artmed.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.

Leff, B., et al. (2008). Comparison of stress experienced by family members of patients treated in hospital at home with that of those receiving traditional acute hospital care. *Journal of the American Geriatrics Society, 56*(1), 117–123. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01459.x

Leitão, G. C. M., & Almeida, D. T. (2000). O cuidador e sua qualidade de vida. *Acta Paulista de Enfermagem, 13*(1), 80–85. https://acta-ape.org/en/article/o-cuidador-e-sua-qualidade-de-vida

Luft, C. D. B., et al. (2007). Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: Tradução e validação para idosos. *Revista de Saúde Pública, 41*(4), 606–615. https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000400015

Martins, T., Pais-Ribeiro, J. L., & Garrett, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças, 4*(1), 131–148. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36240109

McDaniel, S. H., Hepworth, J., & Doherty, W. J. (1994). *Terapia familiar médica: Um enfoque biopsicossocial às famílias com problema de saúde*. Artes Médicas.

Mendes, P. B. M. T. (1995). *Cuidadores: Heróis anônimos do cotidiano* (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Oliveira, M. A. O., Queirós, C., & Guerra, M. P. (2007). O conceito de cuidador analisado numa perspetiva autopoiética: Do caos à autopoiése. *Psicologia, Saúde & Doenças, 8*(2), 181–196.

Organização Pan-Americana da Saúde. (1998). *A saúde no Brasil*. As Organizações.

Paludo, S. S., & Koller, S. H. (2007). Psicologia Positiva: Uma nova abordagem para antigas questões. *Paidéia, 17*(36), 9–20. https://doi.org/10.1590/S0103-863X2007000100002

Perlini, G. O. M. N., & Faro, A. C. M. (2005). Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: O fazer do cuidador familiar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 39*(2), 154–163. https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200005

Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 17*(3), 225–234. https://doi.org/10.1590/S0102-37722001000300004

Silva, A. A. (2011). *Impacto do AVC na vida familiar: Uma contribuição da Psicoeducação* (Tese de Doutorado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. https://recil.ulusofona.pt/bitstreams/7374c74e-fcbd-47de-9937-04dfa60d7feb/download

Stanislavski, K. (2019). The coping circumplex model: An integrative model of the structure of coping with stress. *Frontiers in Psychology, 10*, 694. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00694

Straub, R. O. (2023). *Health psychology: A biopsychosocial approach* (7th ed.). Worth Publishers/Macmillan Learning.

Yan, J., Wang, C., & Sun, B. (2025). Global, regional, and national burdens of traumatic brain injury from 1990 to 2021. *Frontiers in Public Health, 13*, 1556147. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1556147

Relação entre qualidade do sono e *burnout* nos estudantes de medicina

Clara Azevedo[1], Paulo Vitória[2,3]

[1] Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal
[2] Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal
[3] RISE-Health, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal

Autor Correspondente: Clara Azevedo. **E-mail:** a45891@fcsaude.ubi.pt

Resumo

Introdução: A literatura indica elevada prevalência de *burnout* e má qualidade do sono nos estudantes de medicina, com impacto na saúde e desempenho académico. Pretende-se avaliar a relação bidirecional entre a qualidade do sono e *burnout* nos estudantes de medicina das escolas médicas portuguesas e explorar o efeito moderador do ano curricular e do acompanhamento psicológico. **Método:** Estudo observacional transversal com 360 estudantes de oito escolas médicas. Aplicou-se um questionário *online* (dezembro-2024 a abril-2025), incluindo a Escala de *Burnout* de *Maslach* para Estudantes e o Índice de Qualidade do Sono de *Pittsburgh* (VP). Utilizou-se a regressão logística. **Resultados:** Na amostra ($\bar{x}$ idade=21,6±2,5; 76,1% sexo feminino), observaram-se altos níveis de exaustão emocional (53,1%), descrença (52,2%), baixa eficácia académica (54,2%) e má qualidade do sono (60,3%). A exaustão (OR=0,842) e a eficácia (OR=1,111) predizem a qualidade do sono. A qualidade do sono é preditora da exaustão (OR=0,083), da descrença (OR=0,137) e da eficácia (OR=0,235). O acompanhamento psicológico moderou significativamente a relação entre a exaustão e a qualidade do sono (OR=0,946). **Discussão:** Constatou-se alta vulnerabilidade ao *burnout* e problemas de sono nesta população e uma relação bidirecional entre estas variáveis. O efeito protetor do acompanhamento psicológico reforça a necessidade de promover esta medida. Sugerem-se medidas focadas na higiene do sono e desestigmatização da procura de ajuda.

Palavras-chave: Burnout;sono;qualidade do sono;estudantes de medicina;saúde mental.

Abstract

Introduction: The literature indicates a high prevalence of burnout and poor sleep quality among medical students, impacting both health and academic performance. This study aims to evaluate the bidirectional relation between sleep quality and burnout in medical students from Portuguese medical schools, as well as to explore the moderating effect of the curricular year and psychological support. **Method:** A cross-sectional observational study was conducted with 360 students from eight medical schools. An online questionnaire was administered between December 2024 and April 2025, which included the Maslach Burnout Inventory - Student Survey and the Pittsburgh Sleep Quality Index (Portuguese version). Logistic regression models were used for data analysis. **Results:** In the sample ($\bar{x}$ age=21,6±2,5; 76,1% female), high levels of emotional exhaustion (53.1%), cynicism (52.2%), low academic efficacy (54.2%), and poor sleep quality (60.3%) were observed. Emotional exhaustion (OR=0.842) and academic efficacy (OR=1.111) predicted sleep quality. Sleep quality was a significant predictor of emotional exhaustion (OR=0.083), cynicism (OR=0.137), and academic efficacy (OR=0.235). Psychological support significantly moderated the relation between emotional exhaustion and sleep quality (OR=0.946). **Discussion:** A high vulnerability to burnout and sleep disorders was found in this population, along with a bidirectional relation between these variables. The protective effect of psychological support reinforces the need to ensure the promotion of this resource. Institutional interventions focused on sleep hygiene and the destigmatization of help-seeking are strongly suggested.

Key-Words: Burnout; sleep; sleep quality; medical students; mental health.

1. Introdução

Os estudantes de medicina encontram-se frequentemente expostos a situações de elevado stress, devido à exigência do seu percurso académico e à natureza da sua futura profissão (Pagnin & Queiroz, 2015). Esta circunstância pode ter um impacto psicológico bastante negativo, associando-se frequentemente a perturbações de saúde mental, nomeadamente depressão, ansiedade, ideação suicida e síndrome de *burnout* (Costa *et al.*, 2012; Jennings, 2009).

A síndrome de *burnout* é resultante do stress crónico no trabalho que não foi bem gerido (Maslach *et al.*, 2001; World Health Organization, 2025). No caso específico dos estudantes, Schaufeli *et al*. (2002) definem *burnout* como um "um sentimento de exaustão devido a exigências dos estudos, a uma atitude cínica e indiferente em relação aos mesmos e sentimentos de incompetência enquanto aluno". Por conseguinte, tornou-se necessário adaptar as dimensões do *burnout* a esta população, as quais passaram a ser denominadas de exaustão emocional, descrença e eficácia académica (Maroco *et al.*, 2008; Schaufeli *et al.*, 2002). Na população mais jovem, os estudantes de medicina são os que apresentam um maior risco e prevalência de *burnout (*Di Vincenzo *et al.,* 2024*;* Silistraru *et al.,* 2022*)*. O ambiente hospitalar revela fatores stressores específicos, nomeadamente a exigência das rotações clínicas, a vivência do sofrimento e da morte e a exposição recorrente a situações clínicas graves e debilitantes (Fares *et al.*, 2016; Jennings, 2009).

Concomitantemente aos fatores ocupacionais, a privação e a má qualidade do sono destacam-se como fatores de risco significativos para o desenvolvimento e agravamento do *burnout* (Chen *et al.,* 2023*;* Stewart & Arora, 2019). O sono é um processo fisiológico essencial na manutenção da homeostase metabólica, na consolidação de memória e na regulação emocional. A privação ou a má qualidade do sono poderão desencadear um declínio nas funções cognitivas e emocionais, afetando a atenção, a tomada de decisões e o controlo emocional (Colten & Altevogt, 2006; Harrigton *et al*., 2024; Pérez Gutiérrez *et al*., 2024).

Ademais, tem-se observado que as três dimensões do *burnout* poderão causar perturbações do sono, verificando-se uma relação bidirecional entre estas variáveis (e.g., Pagnin *et al.*, 2014). As consequências do *burnout* refletem-se no sono através de um estado de alerta excessivo e incapacidade de relaxar durante o mesmo, resultando na alteração da arquitetura do sono e até mesmo no surgimento de insónia (Stewart & Arora, 2019). Estas condições estão associadas a um maior risco de insucesso académico, diminuição de empatia e da motivação para a aprendizagem, maior propensão a erros e à diminuição da qualidade do desempenho (West *et al*., 2009).

Perante esta realidade, a qualidade de vida dos estudantes de medicina fica severamente afetada, porém, contrariamente ao que seria de esperar, dado o elevado grau de literacia em saúde, os estudantes com maiores níveis de stress e conhecimentos acerca da saúde mental, são os que apresentam maiores barreiras à procura de acompanhamento

psicológico (Kaiser *et al.*, 2023). Esta resistência não se deve somente à falta de recursos, como também à influência de fatores socioculturais e do estigma enraizado na formação médica (Dyrbye *et al.*, 2015).

Esta investigação tem como principal objetivo avaliar a relação entre a qualidade do sono e o burnout nos estudantes de medicina das escolas médicas portuguesas. Secundariamente, pretende-se caracterizar os níveis de burnout e da qualidade do sono nesta população, explorar o efeito moderador do ano curricular e do acompanhamento psicológico nesta relação, e contribuir para uma maior consciencialização desta problemática.

2. Método

O presente estudo apresenta uma natureza observacional, transversal, descritiva e correlacional.

A amostra inclui 360 estudantes de medicina, do 1º ao 6º Ano, dos cursos de Medicina de oito escolas portuguesas: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, Escola Médica da Universidade do Minho, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, NOVA *Medical School*, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina da Universidade do Algarve.

A amostra é constituída por conveniência, incluindo estudantes inscritos no Mestrado Integrado de Medicina no ano letivo 2024-2025, que aceitaram, de forma livre, consentida e informada, participar neste projeto de investigação.

2.1. Instrumentos

O questionário aplicado inclui algumas perguntas para recolha de dados sociodemográficos e académicos, a Escala de *Burnout* de *Maslach* para Estudantes (EBM) e o Índice de Qualidade do Sono de *Pittsburgh* – versão portuguesa (PSQI-PT) (Del Rio João *et al.*, 2017; Maroco *et al.*, 2008).

2.1.1. Escala de Burnout de Maslach para Estudantes (EBM)

A EBM para estudantes portugueses surge da tradução e adaptação de Maroco & Tecedeiro (2009), a partir da versão de Schaufeli *et al*. (2002). A escala é constituída por 15 itens que dizem respeito a sentimentos dos estudantes face ao ambiente escolar, distribuídos por três dimensões: Exaustão Emocional, Descrença e Eficácia Académica. As respostas aos itens são através de uma escala de *Likert* de 0 a 6.

No que diz respeito à cotação, considera-se uma pessoa com síndrome de *burnout*, relativamente ao seu grupo, caso se apresente acima do percentil 66 nos resultados de exaustão emocional e descrença e, simultaneamente, abaixo do percentil 33 nos resultados de eficácia (Maroco *et al.*, 2009).

2.1.2. Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh – versão portuguesa (PSQI-PT)

O PSQI-PT foi traduzido e validado para a população portuguesa por Del Rio João *et al*. (2017). O mesmo é composto por 19 questões de auto-preenchimento, relacionadas com a perceção da qualidade do sono no último mês, contendo 5 questões adicionais a serem respondidas por alguém que partilhe a cama ou o quarto com a pessoa, não sendo estas últimas contabilizadas no *score*. Os itens agrupam-se em 7 componentes: qualidade subjetiva do sono, latência de sono, duração do sono, eficiência habitual do sono, distúrbios de sono, uso de medicação para dormir e disfunção diária.

A cada componente é atribuída uma pontuação de 0 a 3, sendo o resultado global a soma das pontuações de cada uma, totalizando-se entre 0 e 21. Um resultado total mais elevado, é indicativo de má qualidade do sono, sendo que um resultado superior a 5 indica uma dificuldade severa em pelo menos duas componentes ou dificuldade moderada em mais de 3 componentes (Del Rio João *et al*., 2017).

2.2. Procedimentos

Para a recolha de dados o questionário foi aplicado *online* via *Google Forms*, divulgado por *e-mail* institucional aos estudantes de medicina, entre dezembro de 2024 e abril de 2025, com o apoio dos/as Núcleos/Associações de Estudantes de Medicina e Secretariados das respetivas escolas médicas.

No início do questionário, foram fornecidas informações completas relativas ao estudo, no sentido de garantir a participação totalmente voluntária, livre e informada, mediante a obtenção do consentimento informado. Assim, este estudo protegeu os direitos das pessoas participantes nesta investigação, mantendo o anonimato das mesmas e a confidencialidade das suas respostas. Obteve-se o parecer de aprovação por parte da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior - Parecer n.º CE-UBI-Pj-2024-084 (anexo 2).

2.3. Análise Estatística

A análise de dados foi realizada com recurso ao *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 28.0 para o *Windows*. Recorreu-se à estatística descritiva para caracterização da amostra. Recorreu-se também a estatística inferencial, tendo sido realizadas regressões logísticas com vista a avaliar a relação entre o *burnout* e a qualidade do sono, bem como o efeito moderador do ano curricular e do acompanhamento psicológico. O nível de significância foi fixado em $\alpha \leq 0,05$.

3. Resultados

3.1 Caracterização sociodemográfica e académica da amostra

Os participantes (n=360) encontram-se numa faixa etária entre os 17 e os 35 anos, com uma média de idades de 21,55 ± 2,484, 76,1% são do género feminino, 71,9% refere estudar numa cidade diferente da sua residência (Tabela 1).

Tabela 1
Caracterização sociodemográfica da amostra (n=360)

Variável	Categoria	n	%
Género	Masculino	84	23,3
	Feminino	274	76,1
	Outro	2	0,6
Estuda na cidade em que reside?	Sim	101	28,1
	Não	259	71,9

Como indicado na Tabela 2, a amostra abrange estudantes do 1º ao 6º ano curricular, sendo que 60,6% dos participantes estudam na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. Referente à autoavaliação, 66,9% autoavalia o seu desempenho académico na média e 70,6% classifica o seu grau de satisfação com o curso como satisfatório. Dos participantes, 21,9% já pensaram algumas vezes em desistir do curso.

Tabela 2
Caracterização académica da amostra (n=360)

Variável	**Categoria**	**n**	**%**
Ano Curricular	1º Ano	57	15,8
	2º Ano	42	11,7
	3º Ano (ou 1º Ano na FMCB-UAlg)	68	18,9
	4º Ano (ou 2º Ano na FMCB-UAlg)	77	21,4
	5º Ano (ou 3º Ano na FMCB-UAlg)	81	22,5
	6º Ano (ou 4º Ano na FMCB-UAlg)	35	9,7
Autoavaliação do desempenho académico	Abaixo da Média	61	16,9
	Na Média	241	66,9
	Acima da Média	58	16,1
Grau de satisfação com o curso	Reduzido	28	7,8
	Satisfatório	254	70,6
	Muito Satisfatório	78	21,7
Já pensou em desistir do curso?	Nunca	127	35,3
	Raramente	120	33,3
	Algumas vezes	79	21,9
	Muitas vezes	29	8,1
	Quase todos os dias	5	1,4

De acordo com a Tabela 3, 12,7% dos participantes classificaram negativamente a sua saúde física, enquanto 21,7% atribuíram a mesma classificação à sua saúde mental. Dos participantes, 30,6% afirmam ter acompanhamento psicológico e 18,6% referem usar psicofármacos, sendo que 4,4% sem prescrição médica. Verificou-se a presença de diagnóstico de perturbação mental em 19,7% dos participantes, sendo que 12,8% da amostra recorre a medicação para dormir.

Tabela 3
Caracterização da saúde da amostra (n=360)

Variável	Categoria	n	%
Estado de saúde física	Péssimo	7	1,9
	Mau	39	10,8
	Razoável	141	39,2
	Bom	143	39,7
	Excelente	30	8,3
Estado de saúde mental	Péssimo	10	2,8
	Mau	68	18,9
	Razoável	144	40,0
	Bom	118	32,8
	Excelente	20	5,6
Acompanhamento psicológico	Sim	110	30,6
	Não	250	69,4
Uso de psicofármacos	Sim	67	18,6
	Não	293	81,4
	Sim	16	4,4

Uso de psicofármacos sem prescrição médica	Não	344	95,6
Diagnóstico de perturbação mental	Sim	71	19,7
	Não	289	80,3
Medicação para dormir	Sim	46	12,8
	Não	314	87,2

3.2 Burnout e qualidade do sono na amostra

Quanto aos níveis de *burnout,* 53,1% revelaram níveis de exaustão emocional >14, 52,2% apresentaram níveis de descrença >6 e 54,2% obtiveram níveis de eficácia académica <23.

Tabela 4
Níveis de burnout (Dimensões) (n=360)

Dimensão	Categoria	n	%	Média ± dp	IC (95%)
Exaustão Emocional	≤14	169	46,9	15,59 ± 5,990	(14,97; 16,22)
	>14	191	53,1		
Descrença	≤6	172	47,8	7,69 ± 5,800	(7,09; 8,30)
	>6	188	52,2		
Eficácia Académica	<23	195	54,2	21,45 ± 5,556	(20,87; 22,02)
	≥23	165	45,8		

Face à caracterização da qualidade do sono da amostra, cerca de 60,3% apresenta um *score* do PSQI-PT >5 (média de *scores* 6,63 ± 3,045).

Tabela 5
Caracterização da qualidade do sono (PSQI-PT) (n=360)

PSQI-PT	n	%	Média ± dp	Mínimo	Máximo	IC (95%)
≤5	143	39,7	6,63 ± 3,045	0	19	(6,32; 6,95)
>5	217	60,3				

3.3 Relação entre a qualidade do sono e o burnout

3.3.1 Qualidade do sono como variável dependente

Entre as variáveis independentes, verificou-se que a exaustão emocional, a eficácia académica e o fator moderador do acompanhamento psicológico na interação com a exaustão, são preditores significativos da qualidade do sono. A exaustão emocional apresentou uma associação negativa com a boa qualidade do sono (B = - 0,172; p < 0,001; OR = 0,842; IC 95% [0,799; 0,887]), sendo que por cada aumento de um ponto na exaustão emocional, diminui a probabilidade de ter boa qualidade do sono em 15,8%.

No que concerne à variável independente eficácia académica observa-se uma associação positiva (B = 0,105; p < 0,001; OR = 1,111; IC 95% [1,056; 1,168]), indicando que por cada aumento de um ponto na eficácia académica, aumenta a probabilidade de ter boa qualidade do sono em 11,1%.

Relativamente à interação entre a exaustão emocional e o acompanhamento psicológico na qualidade do sono, o acompanhamento psicológico revelou um efeito moderador significativo (*B* = - 0,055; *p* = 0,006; OR = 0,946; IC 95% [0,910; 0,984]), modificando em cerca de 5,4% o efeito da exaustão emocional na qualidade do sono.

Tabela 6
Influência do burnout na qualidade do sono

	***β* coeficiente**	***ρ value***	***Exp(B)***	**IC (95%) *OR***
Constante	0,096	0,888	1,101	
Exaustão Emocional	- 0,172	<0,001	0,842	[0,799; 0,887]
Eficácia Académica	0,105	<0,001	1,111	[1,056; 1,168]
Exaustão Emocional/Acompanhamento	- 0,055	0,006	0,946	[0,910; 0,984]
p-value Hosmer-Lemeshow = 0,438; R^2 *Nagelkerke* = 0,391 %CG = 74,7%; AUC = 0,826 (IC 95% [0,784; 0,869])				

3.3.2 Dimensões do burnout como variáveis dependentes

Para avaliar a influência da qualidade do sono nas dimensões do *burnout* realizaram-se múltiplas regressões logísticas com cada uma das dimensões como variável dependente.

No primeiro modelo de regressão logística, no qual a exaustão emocional foi a variável dependente, apenas a variável qualidade do sono demonstra ser um preditor significativo, apresentando uma associação negativa com os níveis de exaustão emocional (B = - 2,491; p < 0,001; OR = 0,083; IC 95% [0,027; 0,252]), sendo que os estudantes com boa qualidade do sono têm 91,7% menos probabilidade de apresentar altos níveis de exaustão emocional, comparativamente aos estudantes com má qualidade do sono.

Tabela 7
Influência da qualidade do sono na exaustão emocional

	***β* coeficiente**	***ρ value***	***Exp(B)***	**IC (95%) *OR***
Constante	0,962	<0,001	2,617	
Qualidade do sono	- 2,491	<0,001	0,083	[0,027; 0,252]
Qualidade do sono/ Ano Curricular	0,093	0,493	1,097	[0,842; 1,430]
Qualidade do sono/ Acompanhamento	0,097	0,853	1,102	[0,392; 3,096]
p-value Hosmer-Lemeshow = 0,938; R^2 *Nagelkerke* = 0,282 %CG = 73,9%; AUC = 0,739 (IC 95% [0,687; 0,792])				

O segundo modelo de regressão logística, no qual a descrença foi a variável dependente, apenas a variável independente qualidade do sono é um preditor significativo (B = - 1,990; p < 0,001; OR = 0,137; IC 95% [0,049; 0,385]), observando-se que os estudantes com boa qualidade do sono têm 86,3% menos probabilidade de apresentar altos níveis de descrença, em comparação aos estudantes com má qualidade do sono.

Tabela 8
Influência da qualidade do sono na descrença

	***β* coeficiente**	***ρ value***	***Exp(B)***	**IC (95%) *OR***
Constante	0,700	<0,001	2,014	

Qualidade do sono	- 1,990	<0,001	0,137	[0,049; 0,385]
Qualidade do sono/ Ano Curricular	0,153	0,225	1,165	[0,910; 1,491]
Qualidade do sono/ Acompanhamento	- 0,916	0,121	0,400	[0,126; 1,272]
p-value Hosmer-Lemeshow = 0,560; R^2 *Nagelkerke* = 0,178 %CG = 68,1%; AUC = 0,690 (IC 95% [0,635; 0,746])				

No último modelo de regressão logística, no qual a eficácia académica foi a variável dependente, a variável independente qualidade do sono revela-se um fator protetor dos níveis de eficácia académica (*B* = - 1,448; *p* = 0,003; OR = 0,235; IC 95% [0,089; 0,620]), assim os estudantes com boa qualidade do sono têm 76,5% menos probabilidade de apresentar baixos níveis de eficácia académica em comparação aos estudantes com má qualidade do sono.

Tabela 9
Influência da qualidade do sono na eficácia académica

	***β* coeficiente**	***ρ value***	***Exp(B)***	**IC (95%) *OR***
Constante	0,598	<0,001	1,818	
Qualidade do sono	- 1,448	0,003	0,235	[0,089; 0,620]
Qualidade do sono/ Ano Curricular	0,064	0,070	2,332	[0,934; 5,818]
Qualidade do sono/ Acompanhamento	0,847	0,311	1,360	[0,751; 2,462]
p-value *Hosmer-Lemeshow* = 0,376; R^2 *Nagelkerke* = 0,099 %CG = 64,2%; AUC = 0,637 (IC 95% [0,579; 0,695])				

4. Discussão

Este estudo deixa-nos dados importantes que evidenciam a extensão e a gravidade das perturbações da saúde mental na população de estudantes de medicina, confirmando as elevadas prevalências de *burnout* e de má qualidade do sono, além de uma expressão considerável da morbilidade psicológica e consumo de psicofármacos.

Os achados relativos aos níveis de *burnout* espelham resultados previamente obtidos no contexto internacional, como os apresentados por Costa *et al*. (2012), sublinhando a

vulnerabilidade deste grupo. Na realidade portuguesa, Martins *et al.* (2023) já alertavam para a persistência da alta prevalência de *burnout* ao longo dos ciclos pré-clínico e clínico do curso, cujos desafios são distintos, porém cumulativos. A homogeneidade destes dados em diferentes investigações sugere que os fatores de *stress* no ensino médico em Portugal apresentam um caráter estrutural e transversal às diferentes instituições, não se restringindo a um único modelo curricular ou localização geográfica.

Esta realidade coexiste com uma elevada prevalência de má qualidade do sono, um fenómeno previamente documentado no ensino superior português por Reis *et al*. (2021), bem como a nível internacional por Ferreira *et al*. (2024), Pagnin *et al.*(2014) e Zochil *et al*. (2018).

Os achados sugerem uma natureza bidirecional e interdependente entre as variáveis analisadas. No modelo de regressão que avalia o impacto do *burnout* na qualidade do sono, a exaustão emocional surgiu como um preditor negativo significativo. Este achado pode justificar-se no estado de hipervigilância e na consequente hiperativação fisiológica crónica decorrentes do esgotamento emocional e do *stress*, que interferem diretamente na homeostase e na arquitetura do sono (Jennings, 2009; Stewart & Arora, 2019). No sentido inverso, a eficácia académica apresentou-se como um fator protetor, sugerindo que maior perceção de competência e de sucesso, atenua o impacto do *stress* na qualidade do sono (Pagnin *et al.*, 2015). Já a dimensão da descrença não revelou associação estatisticamente significativa com a qualidade do sono, o que pode ser explicado pela própria natureza, funcionando frequentemente como uma estratégia de *coping* baseada no distanciamento cognitivo e que dessa forma poderá não ter a mesma resposta na arquitetura do sono (Metlaine *et al*., 2018).

Quando a qualidade do sono é avaliada como preditora, torna-se evidente o seu impacto no bem-estar académico. Relativamente ao efeito da qualidade do sono nos níveis de eficácia académica, este resultado é coerente com o estudo biométrico realizado por Oberleitner *et al*. (2024) e com os estudos em privação de sono revistos pelo mesmo, o qual sugere que o mecanismo subjacente possa estar relacionado com a relação entre um sono fragmentado, bem como uma duração reduzida, com a deterioração dos processos cognitivos. Adicionalmente, uma boa qualidade do sono protege contra a exaustão emocional e a descrença, alinhando-se com os achados de Brubaker *et al*. (2020) e Chen *et al*. (2023). O aumento da descrença associado a uma qualidade do sono inadequada,

poderá dever-se a um aumento compensatório do número total de horas de sono decorrente do desinteresse académico ou refletir o transtorno psicológico que o estudante está a sentir com a dúvida se deve ou não continuar no curso (Allen *et al*., 2021).

O acompanhamento psicológico revelou um efeito moderador na exaustão emocional e na qualidade do sono, resultado que apoia a hipótese de que o suporte psicológico fornece ferramentas de regulação emocional úteis no alívio dos danos na qualidade do sono. O facto de este efeito não ser maior, pode ser justificado por uma limitação no tipo de intervenção recebida, uma vez que a melhoria efetiva da qualidade do sono requer estratégias comportamentais direcionadas (Brubaker *et al*., 2020). Por sua vez, a ausência de interação com a eficácia académica indica que o apoio fornecido possa estar focalizado sobretudo na gestão de perturbações emocionais e mentais e não tanto na aquisição e fortalecimento de competências cognitivas.

Não se verificou interação das dimensões do *burnout* com o ano curricular, o que pode sugerir que o *burnout* deteriora a qualidade do sono de forma transversal ao longo de todo o curso de medicina, o que se alinha com a evidência prévia (Ferreira *et al.*, 2024). Isto pode dever-se à acumulação de responsabilidades clínicas e cargas horárias, bem como ao padrão de cronicidade dos níveis de *burnout* como observado por Martins *et al.* (2023).

A caracterização do estado de saúde revela uma diferença preocupante entre a autoperceção positiva da saúde física e o panorama substancialmente mais negativo saúde mental, padrão congruente com resultados apresentados por Pagnin *et al.* (2015) e Brazeau *et al*. (2014), que documentam um declínio acentuado do bem-estar psicológico motivado pelas exigências do curso e pelo ambiente académico.

A expressão de diagnóstico prévio de perturbação de saúde mental alinha-se com o encontrado por Martins *et al*. (2023), contudo, sob a ótica de Teixeira *et al*. (2023), a morbilidade psicológica real poderá ser substancialmente superior devido à existência de estudantes em sofrimento psicológico não diagnosticado, nem tratado. Embora a prevalência de consumo de psicofármacos seja inferior aos padrões internacionais (Lima *et al*., 2025), o uso sem receita médica constitui um sinal de alerta para estratégias de *coping* desajustadas e riscos de automedicação. O recurso a medicação para dormir acompanha a literatura (Alasmari *et al*., 2022), tornando-se necessário reforçar a vigilância desta população, aumentando a consciencialização do uso indevido deste tipo

de medicação e respetivos riscos. Em contrapartida, o facto de a adesão ao acompanhamento psicológico ser superior à prevalência de diagnóstico prévio de perturbações de saúde mental pode indicar uma atitude preventiva e uma procura de ajuda proativa, mesmo na ausência de um quadro patológico.

A tradicional cultura médica não prioriza a saúde dos profissionais, persistindo desencorajamento à revelação de vulnerabilidade e promovendo, assim, a priorização do trabalho em detrimento do bem-estar individual. Como sugere Dyrbye *et al.* (2015), o principal obstáculo à utilização dos serviços reside na associação do sofrimento psicológico à fraqueza e/ou incompetência, somado ao receio de receber repercussões negativas no seu percurso académico e profissional. Torna-se imperativa uma mudança estrutural na formação, promovendo a consciencialização de que a vulnerabilidade é compatível com a competência clínica.

As intervenções institucionais devem ser multidisciplinares e estratificadas em três níveis; prevenção universal focada na higiene de sono e literacia em saúde mental; estratégias direcionadas aos ciclos pré-clínico e clínico; e intervenção individualizada através de apoio psicológico especializado (Brubaker *et al.*, 2020; Smith *et al.*, 2011; Stewart *et al.*, 2019).

A interpretação destes resultados deve considerar algumas limitações deste estudo, como o desenho transversal, o viés de seleção e o desequilíbrio da representatividade das diferentes escolas médicas. Contudo, destacam-se as forças como o facto de ser das primeiras investigações realizadas em Portugal a estudar esta relação nesta população específica, a dimensão amostral e o rigor dos instrumentos validados.

Em síntese, a presente investigação vem revelar e sustentar os problemas de saúde mental dos estudantes de medicina, evidenciando não apenas níveis preocupantes de *burnout* e de má qualidade do sono, como também a complexa interdependência entre estas duas variáveis. Verificou-se que enquanto a qualidade do sono é influenciada pela exaustão emocional e pela eficácia académica, a boa qualidade do sono revelou-se um fator protetor em todas as dimensões do *burnout*. Adicionalmente, a identificação do papel moderador do acompanhamento psicológico, aliada à transversalidade destas condições ao longo do curso, sublinha o sofrimento contínuo e reforça a necessidade premente de uma mudança do paradigma na formação académica.

5. Referências

Alasmari, M. M., Alkanani, R. S., Alshareef, A. S., Alsulmi, S. S., Althegfi, R. I., Bokhari, T. A., et al. (2022). Medical students' attitudes toward sleeping pill usage: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, 1–10.

Allen, H. K., Barrall, A. L., Vincent, K. B., & Arria, A. M. (2021). Stress and burnout among graduate students: Moderation by sleep duration and quality. *Int J Behav Med*, *28*(1), 21–28.

Amorim, B. B., Moraes, L., Sá, I. C. G., Silva, B. B. G., & Camara Filho, J. W. S. (2018). Saúde mental do estudante de Medicina: Psicopatologia, estresse, sono e qualidade de vida. *Rev Psicol Divers e Saúde*, *7*(2), 245–254.

Brazeau, C. M. L. R., Shanafelt, T., Durning, S. J., Massie, F. S., Eacker, A., Moutier, C., et al. (2014). Distress among matriculating medical students relative to the general population. *Acad Med*, *89*(11), 1520–1525.

Brubaker, J. R., Swan, A., & Beverly, E. A. (2020). A brief intervention to reduce burnout and improve sleep quality in medical students. *BMC Med Educ*, *20*(1), 1–9.

Chen, Z., Foo, Z. S. T., Tang, J. Y., Sim, M. W. C., Lim, B. L., Fong, K. Y., et al. (2023). Sleep quality and burnout: A Singapore study. *Sleep Med*, *102*, 205–212. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2022.12.026

Colten, H. R., & Altevogt, B. M. (2006). *Sleep disorders and sleep deprivation: An unmet public health problem*. National Academies Press.

Costa, E. F. de O., Santos, S. A., Santos, A. T. R. de A., de Melo, E. V., & de Andrade, T. M. (2012). Burnout syndrome and associated factors among medical students: A cross-sectional study. *Clinics*, *67*(6), 573–579.

D'Alva-Teixeira, V., Picó-Pérez, M., & Morgado, P. (2023). Determinants of poor mental health of medical students in Portugal—A nationwide study. *Healthc*, *11*(14), 1–11.

Del Rio João, K. A., Becker, N. B., de Neves Jesus, S., & Isabel Santos Martins, R. (2017). Validation of the Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index

(PSQI-PT). *Psychiatry Res*, *247*, 225–229. http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.042

Di Vincenzo, M., Arsenio, E., Della Rocca, B., Rosa, A., Tretola, L., Toricco, R., et al. (2024). Is there a burnout epidemic among medical students? Results from a systematic review. *Med*, *60*(4).

Dyrbye, L. N., Eacker, A., Durning, S. J., Brazeau, C., Moutier, C., Massie, F. S., et al. (2015). The impact of stigma and personal experiences on the help-seeking behaviors of medical students with burnout. *Acad Med*, *90*(7), 961–969.

Fares, J., Al Tabosh, H., Saadeddin, Z., El Mouhayyar, C., & Aridi, H. (2016). Stress, burnout and coping strategies in preclinical medical students. *N Am J Med Sci*, *8*(2), 75–81.

Ferreira, R., Brás, J., Fialho, J., & Peixoto, C. (2024). Sleep quality among medical students of a Portuguese university. *Rev Port Psiquiatr e Saúde Ment*, *10*(1), 5–15.

Harrigton, O. M., Karapanagiotidis, T., Phillips, L., Smallwood, J., Anderson, C. M., & Cairney, A. S. (2024). Memory control deficits in the sleep-deprived human brain. *Proc Natl Acad Sci*. http://www.pnas.org/lookup/suppl/doi:10.1073/pnas.2216830120/-/DCSupplemental.https://doi.org/10.1073/pnas.2216830120

Jennings, M. L. (2009). Medical student burnout: Interdisciplinary exploration and analysis. *J Med Humanit*, *30*(4), 253–269.

Kaiser, H., Grice, T., Walker, B., & Kaiser, J. (2023). Barriers to help-seeking in medical students with anxiety at the University of South Carolina School of Medicine Greenville. *BMC Med Educ*, *23*(1), 1–7. https://doi.org/10.1186/s12909-023-04460-5

Lima, V. H. F., Buss, A. Z., Carvalho-Guimarães, F. B., & Riegel, R. E. (2025). Analysis of the prevalence and profile of use of psychotropic medicines in medical students at a university in the extreme south of Santa Catarina. *SUMMA Med Heal Sci*, *1*, e37.

Maroco, J., & Tecedeiro, M. (2009). Inventario de burnout de Maslach para estudantes Portugueses. *Psicol Saude Doenças*, *10*(2), 227–235. http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v10n2/v10n2a06.pdf

Maroco, J., Tecedeiro, M., Martins, P., & Meireles, A. (2008). O burnout como factor hierárquico de 2a ordem da Escala de Burnout de Maslach. *Análise Psicológica*, *26*(4), 639–649.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annu Rev Psychol*, *52*, 397–422.

Metlaine, A., Sauvet, F., Gomez-Merino, D., Boucher, T., Elbaz, M., Delafosse, J. Y., et al. (2018). Sleep and biological parameters in professional burnout: A psychophysiological characterization. *PLoS One*, *13*(1), 1–15.

Oberleitner, L. M., Baxa, D. M., Pickett, S. M., & Sawarynski, K. E. (2024). Biometrically measured sleep in medical students as a predictor of psychological health and academic experiences in the preclinical years. *Med Educ Online*, *29*(1).

Pagnin, D., & de Queiroz, V. (2015). Comparison of quality of life between medical students and young general populations. *Educ Heal Chang Learn Pract*, *28*(3), 209–212.

Pagnin, D., & de Queiroz, V. (2015). Influence of burnout and sleep difficulties on the quality of life among medical students. *Springerplus*, *4*(1), 1–7.

Pagnin, D., de Queiroz, V., Carvalho, Y. T. M. S., Dutra, A. S. S., Amaral, M. B., & Queiroz, T. T. (2014). The relation between burnout and sleep disorders in medical students. *Acad Psychiatry*, *38*(4), 438–444.

Pérez Gutiérrez, M. L., Machado Lugo, J. A., Lavado Lozano, V., & Pimiento Navarro, D. C. (2024). Sleep and learning: A systematic review. *Int Arch Otorhinolaryngol*, 2–6.

Reis, M., Ramiro, L., Paiva, T., & Gaspar-de-Matos, M. (2021). National survey on the importance of sleep in the quality of academic life and mental health of college

students in Portugal. *Sleep Science*, *14*(Special 2), 125–132. https://doi.org/10.5935/1984-0063.20200090

Schaufeli, W. B., Martínez, I. M., Pinto, A. M., Salanova, M., & Barker, A. B. (2002). Burnout and engagement in university students a cross-national study. *J Cross Cult Psychol*, *33*(5), 464–481.

Silistraru, I., Olariu, O., Ciubara, A., Roșca, S., Roșca, R. O., Stanciu, S., et al. (2022). Burnout and online medical education: Romanian students in lockdown and their residency choices. *Int J Environ Res Public Health*, *19*(9), 1–11.

Smith, C. L., & Shochet, I. M. (2011). The impact of mental health literacy on help-seeking intentions: Results of a pilot study with first year psychology students. *Int J Ment Health Promot*, *13*(2), 14–20.

Stewart, N. H., & Arora, V. M. (2019). The impact of sleep and circadian disorders on physician burnout. *Chest*, *156*(5), 1022–1030. https://doi.org/10.1016/j.chest.2019.07.008

Viegas Da Cunha Gentil Martins, M. H., Martins Lobo, V., Dos Santos Florenciano, M. S., Benjamim Morais, M. A., & Barbosa, M. (2023). Burnout in medical students: A longitudinal study in a Portuguese medical school. *Glob Ment Heal*, *10*.

West, C. P., Tan, A. D., Habermann, T. M., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2009). Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *Intern Med*, *302*(12), 1294–1300.

World Health Organization. (2025). QD85 Burnout. In *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#129180281.

Zochil, M. L., & Thorsteinsson, E. B. (2018). Exploring poor sleep, mental health, and help-seeking intention in university students. *Aust J Psychol*, *70*(1), 41–47.

6. Anexos

Anexo 1 - Questionário de dados sociodemográficos, académicos e de saúde

Género: Masculino __ Feminino __ Outro __

Qual a sua idade? ____

Estuda na cidade em que reside? Sim __ Não __

Com quem reside: Sozinho __ Com familiares __ Com amigos/colegas em casa partilhada __ Residência universitária __ Outra __

Instituição do Ensino Superior: _____

Ano Curricular: 1º Ano __ 2º Ano __ 3º Ano (ou 1º Ano na FMCB-UAlg) __ 4º Ano (ou 2º Ano na FMCB-UAlg) __ 5º Ano (ou 3º Ano na FMCB-UAlg) __ 6º Ano (ou 4º Ano na FMCB-UAlg)

Indique com que frequência é sujeito a avaliações no atual semestre/trimestre? Semanal __ Quinzenal __ Mensal __ Trimestral __ Semestral __

Qual a sua autoavaliação em relação ao seu desempenho académico? Abaixo da Média __ Na Média __ Acima de Média __

Como classifica o seu grau de satisfação com o Curso de Medicina? Reduzido __ Satisfatório __ Muito Satisfatório __

Já pensou em desistir do curso atual? Nunca __ Raramente __ Algumas vezes __ Muitas vezes __ Quase todos os dias __

Se sim, quais os motivos? Questões financeiras __ Exigência excessiva do curso __ Problemas familiares __ Problemas de Saúde __ Falta de Vocação __ Dificuldade em lidar com o stress

Questões sobre a sua saúde:

Em geral, como se sente a nível de saúde física? Péssimo __ Mau __ Razoável __ Bom __ Excelente __

Em geral, como se sente a nível de saúde mental? Péssimo __ Mau __ Razoável __ Bom __ Excelente __

É acompanhado por algum profissional de saúde devido à sua saúde mental? Sim __ Não

Usa psicofármacos para sintomas relacionados com a saúde mental? Sim __ Não __

Usa psicofármacos para sintomas relacionados com a saúde mental, sem prescrição médica? Sim __ Não __

Tem alguma perturbação de saúde mental diagnosticada? Sim __ Não __

Se sim, qual? _____

Toma medicação para dormir? Sim __ Não __

Anexo 2 - Escala de Burnout de Maslach para Estudantes Portugueses

(Adaptação de Maroco & Tecedeiro, 2009 a partir da versão de Schaufeli *et al.*, 2002)

As seguintes afirmações são referentes aos sentimentos das pessoas estudantes em contexto escolar. Leia cuidadosamente cada uma e decida sobre a frequência com que se sente da forma descrita:

0 - Nunca; 1 - Quase Nunca; 2 - Algumas vezes; 3 – Regularmente; 4 - Bastantes vezes; 5 - Quase Sempre; 6 – Sempre

	a 0	1 1	2 2	3 3	5 4	5 5	6 6
Os meus estudos deixam-me emocionalmente exausto/a.							
Sinto-me de "rastos" no final de um dia na universidade.							
Sinto-me cansado/a quando me levanto de manhã e penso que tenho de enfrentar mais um dia na universidade.							
Estudar ou assistir a uma aula, deixam-me tenso/a.							

Os meus estudos deixam-me completamente esgotado/a.							
Tenho vindo a desinteressar-me pelos meus estudos desde que ingressei na universidade.							
Sinto-me pouco entusiasmado/a com os meus estudos.							
Sinto-me cada vez mais cínico/a relativamente à utilidade potencial dos meus estudos.							
Tenho dúvidas sobre o significado dos meus estudos.							
Consigo resolver, de forma eficaz, os problemas que resultam dos meus estudos.							
Acredito que participo, de forma positiva, nas aulas a que assisto.							
Sinto que sou um/uma bom/boa aluno/aluna.							
Sinto-me estimulado/a quando alcanço os meus objetivos escolares.							
Tenho aprendido muitas matérias interessantes durante o meu curso.							
Durante a aula, sinto que consigo acompanhar as matérias de forma eficaz.							

Anexo 3 - Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh – Versão Portuguesa (PSQI-PT)

(Traduzida e validada por Del Rio João *et al*., 2017)

As seguintes questões são referentes à sua qualidade do sono durante o mês passado. As suas respostas devem indicar o mais fidedigno possível o que aconteceu na maioria dos dias e noites relativos a esse mês. Por favor, responda a todas as questões.

1. Durante o mês passado, a que horas se deitou à noite na maioria das vezes? _____

2. Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) demorou para adormecer na maioria das vezes? _____

3. Durante o mês passado, a que horas acordou (levantou) de manhã na maioria das vezes? _____

4. Durante o mês passado, quantas horas de sono dormiu por noite? (Pode ser diferente do número de horas que ficou na cama) _____

Por favor, para cada uma das seguintes questões, escolha uma única resposta, a que lhe pareça mais correta.

5. Durante o mês passado, quantas vezes teve problemas para dormir por causa de:

a. Demorar mais de 30 minutos para adormecer:

i. Nunca

ii. Menos de 1 x/semana

iii. 1 ou 2 x/semana

iv. 3 x/semana ou mais

b. Acordar ao meio da noite ou de manhã muito cedo:

i. Nunca

ii. Menos de 1 x/semana

iii. 1 ou 2 x/semana

iv. 3 x/semana ou mais

c. Levantar-se para ir à casa de banho:

i. Nunca

ii. Menos de 1 x/semana

iii. 1 ou 2 x/semana

iv. 3 x/semana ou mais

d. Ter dificuldade a respirar:

i. Nunca

ii. Menos de 1 x/semana

iii. 1 ou 2 x/semana

iv. 3 x/semana ou mais

e. Tossir ou ressonar alto:

i. Nunca

ii. Menos de 1 x/semana

iii. 1 ou 2 x/semana

iv. 3 x/semana ou mais

f. Sentir muito frio:

i. Nunca

ii. Menos de 1 x/semana

iii. 1 ou 2 x/semana

iv. 3 x/semana ou mais

g. Sentir muito calor:

i. Nunca

ii. Menos de 1 x/semana

iii. 1 ou 2 x/semana

iv. 3 x/semana ou mais

h. Ter sonhos maus ou pesadelos:

i. Nunca

ii. Menos de 1 x/semana

iii. 1 ou 2 x/semana

iv. 3 x/semana ou mais

i. Sentir dores:

i. Nunca

ii. Menos de 1 x/semana

iii. 1 ou 2 x/semana

iv. 3 x/semana ou mais

j.Outra razão, por favor, descreva: _____

Quantas vezes teve problemas para dormir por esta razão, durante o mês passado?

i. Nunca

ii. Menos de 1 x/semana

iii. 1 ou 2 x/semana

iv. 3 x/semana ou mais

6. Durante o mês passado, como classificaria a qualidade do seu sono?

i. Muito boa

ii. Boa

iii. Má

iv. Muito Má

7. Durante o mês passado, tomou algum medicamento para dormir receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa, ou mesmo por iniciativa própria?

i. Nunca

ii. Menos de 1 x/semana

iii. 1 ou 2 x/semana

iv. 3 x/semana ou mais

8. Durante o mês passado, teve problemas em ficar acordado durante as refeições, ou enquanto conduzia, ou enquanto participava em alguma atividade social?

i. Nunca

ii. Menos de 1 x/semana

iii. 1 ou 2 x/semana

iv. 3 x/semana ou mais

9. Durante o mês passado, sentiu pouca vontade ou falta de entusiasmo para realizar as suas atividades diárias?

i. Nunca

ii. Menos de 1 x/semana

iii. 1 ou 2 x/semana

iv. 3 x/semana ou mais

10. Vive com um(a) companheiro(a)?

i. Não

ii. Sim, mas em outro quarto

iii. Sim, no mesmo quarto, mas não na mesma cama

iv. Sim, na mesma cama

Se tem um(a) companheiro(a) de cama ou quarto, pergunte-lhe se, no mês passado, você teve:

a. Ronco alto:

i. Nunca

ii. Menos de 1 x/semana

iii. 1 ou 2 x/semana

iv. 3 x/semana ou mais

b. Pausas longas na respiração durante o sono:

i. Nunca

ii. Menos de 1 x/semana

iii. 1 ou 2 x/semana

iv. 3 x/semana ou mais

c. Movimentos de pernas durante o sono:

i. Nunca

ii. Menos de 1 x/semana

iii. 1 ou 2 x/semana

iv. 3 x/semana ou mais

d. Episódios de desorientação ou confusão durante o sono:

i. Nunca

ii. Menos de 1 x/semana

iii. 1 ou 2 x/semana

iv. 3 x/semana ou mais

e. Descreva, por favor, outros sintomas na cama enquanto dorme: _____

CAPÍTULO 7: Contexto Educativo e Ensino Superior

A PRISMA Literature Review of The Sense of Belonging Among Immigrant Students in Primary and Secondary Education.

Sara Margarida Costa Marques1, Marlene da Rocha Miguéis1

1 Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro, Campus Universitário de Santiago, 3810-193 Aveiro Portugal

Autor Correspondente: Sara Margarida Costa Marques. E-mail: saramarques@ua.pt

Abstract: This PRISMA-guided systematic literature review explores the relational factors influencing the sense of belonging among immigrant students in primary and secondary school. Against the backdrop of growing linguistic and cultural diversity in schools, belonging emerges as a vital construct for understanding students' emotional well-being, engagement, and academic success. The review is based on a systematic search conducted in the ERIC and Scopus databases and synthesizes findings from eight peer-reviewed studies published between 2020 and 2025, identifying how teacher–student and peer relationships shape immigrant students' experiences of inclusion. Results reveal that belonging is primarily relational, depending on the warmth, fairness, and inclusivity embedded in daily school interactions. Teachers play a pivotal role by modeling care, recognizing cultural and linguistic diversity, and creating equitable learning environments that foster trust and participation. Likewise, peer relationships provide everyday opportunities for connection, empathy, and validation, forming the social fabric through which belonging is lived and sustained. When these relationships are mutually reinforcing, they generate a climate of acceptance that empowers immigrant students to engage confidently and integrate their identities within the school community. The study concludes that belonging is not an individual attribute but a collective, relational process requiring intentional work across pedagogical, social, and institutional dimensions.

Key-Words: sense of belonging; immigrant students; primary and secondary school.

Resumo: Esta revisão sistemática da literatura, orientada pelas diretrizes PRISMA, analisa os fatores relacionais que influenciam o sentido de pertença de alunos imigrantes no ensino básico

e secundário. Num contexto educativo marcado por uma crescente diversidade linguística e cultural, o sentido de pertença emerge como um construto central para compreender o bem-estar emocional, o envolvimento escolar e o sucesso académico dos alunos. A revisão baseia-se numa pesquisa sistemática realizada nas bases de dados ERIC e Scopus e sintetiza os resultados de oito estudos empíricos, revistos por pares, publicados entre 2020 e 2025, destacando o papel das relações professor–aluno e entre pares na construção de experiências de inclusão. Os resultados evidenciam que o sentido de pertença é essencialmente relacional, dependendo da qualidade das interações quotidianas, nomeadamente da empatia, equidade e reconhecimento da diversidade cultural e linguística. Os professores desempenham um papel fundamental ao promoverem ambientes de aprendizagem inclusivos, baseados no cuidado, na justiça e na valorização da diversidade. As relações entre pares, por sua vez, constituem oportunidades diárias de apoio social, empatia e validação identitária. Quando estas dimensões relacionais se reforçam mutuamente, contribuem para um clima escolar de aceitação que favorece a participação, a confiança e a integração dos alunos imigrantes. Conclui-se que o sentido de pertença não é um atributo individual, mas um processo coletivo e relacional que exige práticas pedagógicas e institucionais intencionais.

Palavras-chave: sentido de pertença; alunos imigrantes; ensino básico e secundário.

1. Introduction

Contemporary schools are becoming increasingly linguistically and culturally diverse, as rising immigration continues to shape educational environments and stimulate research on the social, relational, and academic adjustment of immigrant-origin students. Within this evolving context, the notion of school belonging has emerged as a key construct for understanding students' integration, well-being, and educational trajectories. Goodenow (1993) defines the psychological sense of school membership as the feeling of being "personally accepted, respected, included, and supported" within the school community, an experience consistently associated with higher levels of motivation, engagement, achievement, persistence, and socio-emotional health.

Recent scholarship emphasizes that belonging is not a static condition but a multidimensional and dynamic process. St-Amand, Girard, and Smith (2017) identify four central attributes—positive emotions, positive social relations, involvement, and

harmonization—illustrating that belonging develops through students' ongoing negotiation of identity, attachment, participation, and alignment with school norms. These dimensions are particularly salient in diverse educational settings, where immigrant students must navigate new linguistic, cultural, and institutional landscapes while forming meaningful social connections.

Relational factors play a particularly significant role within this process. Research consistently highlights teacher and peer relationships as some of the strongest predictors of school belonging (Juvonen, 2006; Roeser et al., 1996). Acceptance, warmth, emotional support, peer inclusion, and teacher care are crucial elements in sustaining students' sense of belonging. Such factors are especially consequential for immigrant students, who often face linguistic barriers, cultural discontinuities, or experiences of marginalization.

Despite the substantial body of research on school belonging, existing findings remain fragmented. Definitions vary across studies, and measurement approaches often fail to capture the construct's complexity (Allen & Bowles, 2012; St-Amand et al., 2017). This fragmentation underscores the need for a systematic synthesis focused on how relational factors shape belonging among immigrant students in school—a group facing distinctive developmental and acculturation challenges.

The present study conducts a systematic literature review guided by two research questions:

– Which relational factors influence the sense of belonging among immigrant students?

– How do teacher and peer relationships contribute to these students' sense of belonging?

This review follows a Systematic Literature Review methodology consistent with PRISMA 2020 guidelines, ensuring rigor, transparency, and reproducibility across all stages of identification, screening, eligibility assessment, and synthesis.

2. Theoretical Framework

A sense of belonging is widely recognized as a fundamental component of students' social, emotional, and academic development. Within the school context, it is understood as a multidimensional experience that reflects the extent to which students feel accepted, valued, and connected to their learning community (St-Amand, Girard, & Smith, 2017). Belonging encompasses not only students' emotional attachment to school but also the quality of their

relationships and their perception of being legitimate and respected members of the school environment.

A sense of belonging emerges in educational environments characterized by care, respect, and inclusivity. When students perceive trust, encouragement, and consistent support from teachers and peers, they are more likely to demonstrate sustained motivation, engagement, and emotional well-being (Goodenow, 1993; Williams & Downing, 1998). Teachers play a central role in shaping inclusive classroom environments that actively value diversity, cultivate empathy, and promote equitable participation among all learners. Equally important, peer relationships grounded in acceptance and mutual respect enhance perceptions of social safety, thereby strengthening students' sense of belonging and their commitment to the broader school community.

For immigrant students, the experience of belonging often entails navigating complex linguistic, cultural, and social transitions that can either facilitate or hinder their inclusion. Language serves as both a bridge and a barrier—it enables communication and integration but may also restrict access to learning opportunities and peer interaction (Chow, 2006; Osborn & Osborn, 2005; Wang & Phillion, 2007). Cultural and identity differences, combined with occasional experiences of discrimination or misunderstanding, can further complicate this process (Vandeyar, 2010). Nevertheless, research consistently indicates that inclusive and culturally responsive school climates—where diversity is embraced as a strength—significantly enhance immigrant students' sense of belonging (Gibson & Carrasco, 2009; Qin et al., 2008).

From this theoretical perspective, belonging is best understood as an evolving process shaped by emotional connections, interpersonal relationships, and sociocultural interactions (Goodenow, 1993; Allen et al., 2016). It depends on how students interpret their daily experiences and how the school community supports those interpretations (Goodenow, 1993). Teachers and peers act as the primary agents in this process, influencing how immigrant students perceive themselves and their place within the broader educational and social context (Allen et al., 2016; Allen et al., 2020).

A strong sense of belonging is essential to students' well-being, identity formation, and motivation to learn (Goodenow, 1993; Williams & Downing, 1998). In multicultural classrooms, belonging represents not only a psychological experience but also a social and

cultural phenomenon, dependent on the school's ability to create an environment where all students feel respected, represented, and valued (Allen et al., 2020). This understanding provides the foundation for the present review, which examines the relational factors that influence the sense of belonging among immigrant school students and the specific ways in which teacher and peer relationships contribute to this experience.

3. Methodology

This study adopted a systematic review methodology grounded in the principles of rigor, transparency, and reproducibility. According to Zawacki-Richter et al. (2020), the purpose of a systematic review is to carry out a review that is rigorous and transparent in each step of the review process, to make it reproducible and updateable. This approach ensures that the research process remains explicitly documented, verifiable, and open to future replication.

In alignment with this objective, the review procedure was guided by clearly defined inclusion criteria, as such criteria make restrictions transparent and therefore consistent across studies (Newman & Gough, 2020). This methodological framework provided a systematic basis for the identification, selection, and analysis of studies addressing the research questions.

Given that educational research often encompasses complex and inconsistently defined constructs, the development of the search strategy required balancing comprehensiveness with relevance. Through this structured yet adaptable approach, the review synthesizes existing knowledge using explicit, accountable, and rigorous research methods (Newman & Gough, 2020).

3.1 Protocol and Registration

The protocol for this systematic review was not formally registered. However, the research questions, inclusion criteria, and analysis procedures were defined in advance to ensure transparency and consistency with PRISMA 2020 guidelines.

3.2 Eligibility Criteria

The studies included in this review were required to meet the following criteria: (a) publication between 2020 and 2025; (b) relevance to the field of education; (c) inclusion of immigrant student populations; (d) applicability to educational stages corresponding to primary and secondary schooling; and (e) availability as open-access publications. Open-access

availability was adopted to ensure full access to complete articles during the review process and to promote transparency and replicability. Although this criterion may have limited the number of eligible studies, it allowed for a comprehensive examination of the selected publications. Peer-reviewed scientific articles were adopted as the preferred type of source. In cases where participant age slightly exceeded the typical range for these educational levels (e.g., up to 15 years old), the studies were retained due to their conceptual and contextual relevance.

The five-year time frame was established to ensure the inclusion of recent and contextually relevant research. Although migration is a long-standing global phenomenon, the focused study of school belonging among immigrant students has gained significant scholarly momentum in response to recent demographic shifts, policy reforms, and heightened awareness of equity and inclusion in education.

3.3 Databases and Search Descriptors

To ensure that the review captured the most relevant and meaningful research, the search strategy was carefully developed to address the research questions in a systematic and transparent way. Searches were conducted in selected academic databases using the descriptors "sense of belonging," "immigrant students," and "primary and secondary school." When these three terms were combined, no studies were retrieved from the databases consulted. This absence of results suggests that research explicitly connecting these three dimensions is either limited or not easily accessible within the available databases.

Building on these initial findings, the search was refined and conducted in the ERIC and Scopus databases using the combined descriptors "sense of belonging" AND "immigrant students." The first round of searches retrieved 33 results from ERIC and 41 from Scopus, for a total of 74 articles. To ensure that the review focused on current and high-quality studies, filters were applied to include only peer-reviewed journal articles published between 2020 and 2025 and available in open access. After applying these criteria, 11 articles remained from each database, with one duplicate across both.

In the next stage, 21 unique studies were screened by title and abstract to assess their relevance to the topic of belonging among immigrant students. During this process, three studies from Scopus and ten from ERIC were excluded because they did not meet the inclusion

criteria, most often because they focused on older students, teacher education, or broader social and pedagogical issues beyond the scope of this review.

After this careful screening and eligibility process, eight studies met all inclusion criteria and were included in the final qualitative synthesis. The full process of identification, screening, eligibility, and inclusion is illustrated in the PRISMA flow diagram (Figure 1).

Figure 1

PRISMA 2020 Flow Diagram of the systematic literature review process.

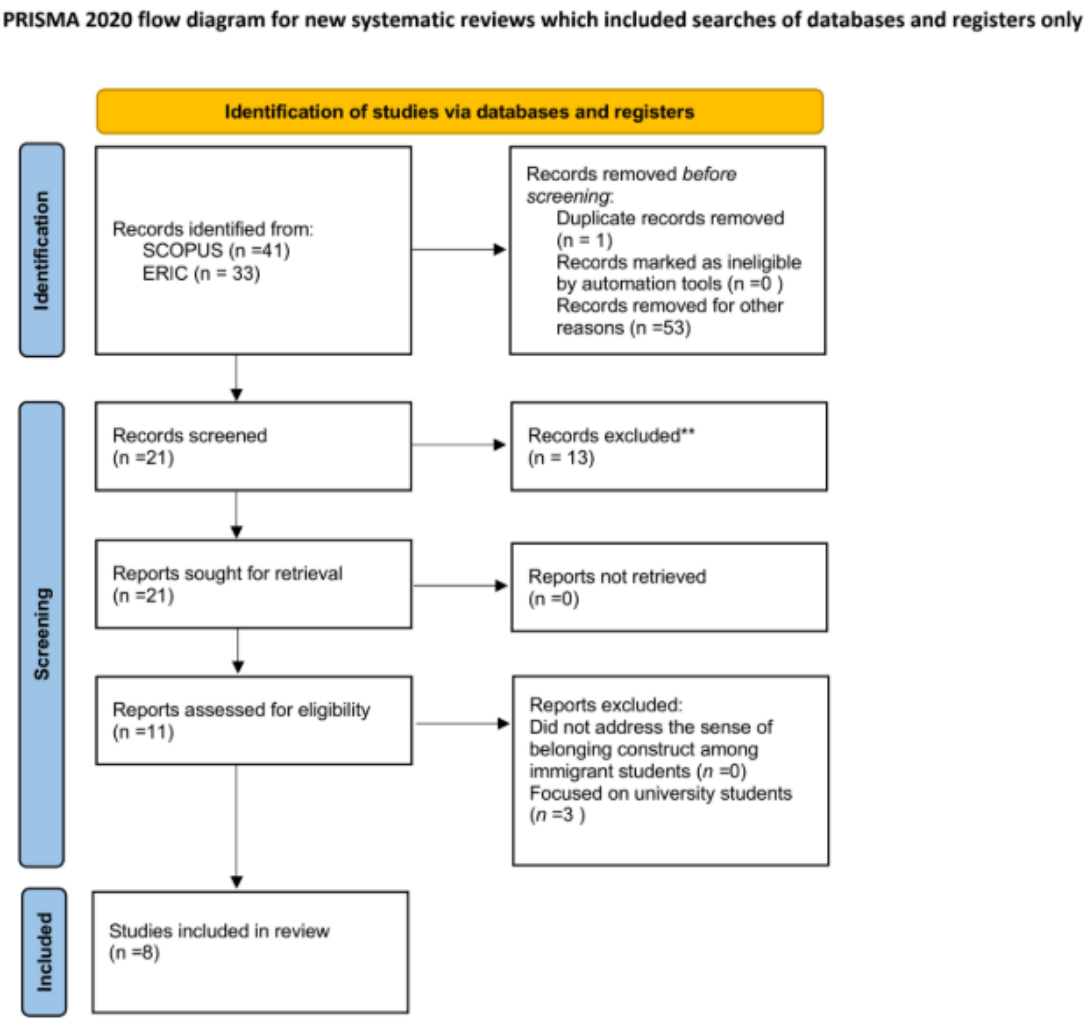


Table 1

Summary of the Studies Included in the Review

Systematic Literature Review — Immigrant Students' Sense of School Belonging

Authors / Year / Methodology Country	Results & Conclusions

Borgonovi & Ferrara (2020) Multiple countries (PISA)	Secondary analysis of PISA 2003-2015; OLS regression with BRR weights. N=21,618 immigrant students aged 15.	Linguistic distance negatively associated with academic achievement (esp. arrival after age 12 and early-tracking systems). No significant effect on sense of belonging. Negative effect mitigated in schools with more non-native speakers.
Archambault et al. (2024) Canada	Longitudinal quantitative study; 3 questionnaire waves (Grades 7, 9, 11); RI-CLPM. N=1,070 secondary school students in Montreal.	Teacher closeness positively associated with belonging. Conflict negatively associated, with stronger effects among non-immigrant students. Immigrant students show greater within-year continuity in belonging.
Choi, Mao & Park (2025) 40 countries (PISA 2018)	Secondary analysis of PISA 2018; multilevel mediation with country fixed effects. N=42,005 immigrant students aged 15.	Inclusive school climate for immigrants (ISCI) positively associated with belonging (β=0.042). Multicultural education practices increase ISCI. Effect of practices on belonging fully mediated by ISCI.
Figueiredo et al. (2021) Portugal	Secondary analysis of PISA 2015 (Portugal); linear regression with weighted data. N=438 immigrant students aged 15.	Longer residence generally associated with better school adjustment and belonging, though not linearly. Students with 4-5 years of residence showed lowest adjustment. No significant differences between 1st- and 2nd-generation immigrants.
He & Fischer (2020) Germany, Italy, Spain (PISA)	Secondary analysis of PISA 2015; multilevel modelling (students, teachers, principals).	Ability grouping consistently negatively associated with outcomes, more so for immigrants. Grading practices showed weak or inconsistent effects. Extracurricular activities showed no clear benefits for immigrants.
McGillicuddy & Machowska-Kosciak (2021) Ireland	Two qualitative case studies: ethnographic and mixed-method. Interviews (n=89), questionnaires (n=93), teacher surveys (n=685).	Ability grouping reinforces social hierarchies by ethnicity. Minority ethnic children placed in lower groups; face exclusion and racist bullying. Belonging requires considerable emotional labour ('working to belong').

Toledano et al. (2024) Israel	Online questionnaire (19 items); cluster analysis (Ward's method) and ANOVA. N=264 immigrant students (primary to secondary school).	Five identity clusters identified. Bicultural and 'Future Israeli' students showed higher engagement. Younger students with 'Current Home' identity had the lowest engagement.
Woltran, Hassani & Schwab (2024) Austria	Qualitative semi-structured interviews (Nov 2022-Mar 2023); thematic analysis. N=14 Ukrainian refugee students aged 9-14.	Most students felt accepted, but interactions were largely limited to other Ukrainians. Linguistic segregation (pull-out classes) hindered full social inclusion. Teacher-student relationships generally positive. Pull-out classes compromise long-term inclusion.

Note: PISA = Programme for International Student Assessment; BRR = Balanced Repeated Replication; ISCI = Inclusive School Climate for Immigrants; RI-CLPM = Random-Intercept Cross-Lagged Panel Model.

3.4 Characteristics of Included Studies

The final sample comprised eight studies published between 2020 and 2025. Six studies employed quantitative methodologies, including large-scale analyses of international datasets, one study adopted a longitudinal design, and two studies used qualitative approaches. The studies were conducted across diverse educational contexts, including Canada, Portugal, Ireland, Austria, Israel, Germany, Italy, Spain, and international datasets involving multiple countries. Together, the studies examined the influence of teacher–student relationships, peer interactions, school climate, identity development, linguistic factors, and educational practices on immigrant students' sense of belonging in school.

4. Results

4.1 What relational factors influence the sense of belonging among immigrant students in school?

Across the reviewed studies, a clear and consistent message emerges: the sense of belonging among immigrant students is profoundly relational. Their connection to school life is shaped less by their level of language proficiency or academic performance and more by the nature and quality of their everyday interactions with teachers, peers, and the wider school community (Archambault et al., 2024; Borgonovi & Ferrara, 2020; McGillicuddy &

Machowska-Kosciak, 2021). It is within these daily exchanges—moments of recognition, fairness, and inclusion—that immigrant children come to understand whether they are seen, respected, and valued members of their school environment.

Among the relational factors identified, the warmth of teacher–student relationships, the quality of peer interactions, and the inclusiveness of the overall school climate consistently emerge as the most influential. When classrooms are spaces where collaboration, empathy, and cultural exchange are encouraged, immigrant students tend to feel safer, more connected, and more motivated to participate in learning (Choi, Mao, & Park, 2025; Toledano et al., 2024). Conversely, when subtle forms of exclusion or "othering" occur—through silence, avoidance, or differential treatment—students' sense of belonging declines significantly (Woltran, Hassani, & Schwab, 2024).

The role of the teacher is particularly pivotal. Teachers who express genuine care, listen attentively, and recognize each student's unique strengths foster a classroom climate of trust and mutual respect (Archambault et al., 2024). Even small gestures—such as correctly pronouncing a student's name, showing patience with linguistic challenges, or drawing upon students' cultural experiences during instruction—convey powerful messages of acceptance and validation (McGillicuddy & Machowska-Kosciak, 2021). In contrast, distant or inconsistent interactions may lead students to feel invisible, reinforcing social and emotional marginalization.

At the institutional level, school structures and organizational practices also have profound relational consequences. Practices such as ability grouping or prolonged "pull-out" language programs can unintentionally isolate immigrant students and limit opportunities for intercultural friendships (He & Fischer, 2020; Woltran et al., 2024). Conversely, heterogeneous groupings and cooperative learning models encourage collaboration and shared understanding between immigrant and non-immigrant peers, allowing belonging to emerge through collective participation rather than assimilation.

Language and cultural recognition further shape these relational experiences. Schools that value bilingualism, integrate multicultural curricula, and celebrate students' linguistic and cultural heritage transform diversity into a source of pride and collective identity (Choi et al., 2025; Figueiredo et al., 2021). Such environments allow immigrant children to integrate

multiple facets of their identities instead of suppressing them to conform, reinforcing both their confidence and their sense of belonging (Borgonovi & Ferrara, 2020).

Taken together, the reviewed evidence portrays belonging as a dynamic and co-constructed social process rooted in the daily quality of teacher–student and peer interactions, as well as in school-level structural arrangements that either facilitate or constrain intercultural contact.

4.2 How do teacher-student and peer relationships contribute to the sense of belonging?

The reviewed literature emphasizes that teacher and peer relationships operate as the primary social anchors of belonging for immigrant students. Together, these relationships generate the emotional, cognitive, and cultural conditions that enable children to feel accepted, secure, and valued within their school environments (Archambault et al., 2024; Choi et al., 2025). Teachers set the tone for inclusion, while peers sustain and enact it through everyday interactions, cooperation, and friendship.

Teacher–student relationships emerge as the foundational pillar of belonging. Teachers who demonstrate empathy, fairness, and cultural responsiveness create a school environment that students interpret as safe and caring (Archambault et al., 2024). When pedagogical practices intentionally integrate students' linguistic and cultural repertoires—by valuing home languages, acknowledging migration experiences, and incorporating cultural knowledge into lessons—immigrant students report stronger comfort, engagement, and identification with school (McGillicuddy & Machowska-Kosciak, 2021; Toledano et al., 2024). Conversely, teacher behaviors perceived as distant or deficit-oriented, such as overemphasizing language gaps or relying on rigid ability grouping, can erode trust and signal exclusion (He & Fischer, 2020; Borgonovi & Ferrara, 2020).

At the same time, peer relationships form the everyday social fabric through which belonging is most tangibly experienced. Acceptance, friendship, and collaborative interaction among peers directly support emotional security and participation in school life (Figueiredo et al., 2021; Woltran et al., 2024). When peers display empathy and cultural curiosity, they create relational safety, allowing immigrant students to express themselves authentically and participate without fear of judgment. In contrast, peer rejection, social isolation, or subtle forms of discrimination can severely undermine confidence and reinforce feelings of marginality.

Importantly, teacher and peer influences are mutually reinforcing. Teachers shape the social norms that guide peer interactions; classrooms led by empathetic and culturally responsive educators tend to develop more inclusive and cohesive peer cultures (Choi et al., 2025). Schools that promote multicultural education not only improve intercultural understanding but also cultivate a collective climate of respect and equality, where positive peer dynamics amplify teachers' efforts to build community. In turn, peer acceptance reinforces teacher initiatives, creating a virtuous cycle between pedagogical inclusion and social belonging.

5. Discussion

The findings of this review are fully consistent with the theoretical framework outlined in the conceptual section, confirming that belonging is shaped less by individual characteristics and more by the quality of relational and institutional contexts within which students participate (Goodenow, 1993; St-Amand et al., 2017). Belonging is sustained by teachers who enact care, fairness, and recognition, by peers who offer inclusion and reciprocity, and by schools that institutionalize equity and cultural affirmation. Where these relational conditions align, immigrant students not only feel that they belong but experience belonging as active participation, social recognition, and shared humanity within the everyday life of the school.

Regarding the contribution of teacher and peer relationships, the evidence confirms the theoretical framing of belonging as a relational, dynamic, and socially mediated process. Belonging thus emerges as a dynamic, systemic construct—rooted in relationships, practices, and institutional ethos. It is not merely about assimilation but about the co-construction of a shared space where multiple identities coexist and interact (McGillicuddy & Machowska-Kosciak, 2021; Toledano et al., 2024). When teachers and peers act as complementary agents of inclusion, schools evolve into relational ecosystems that treat diversity as a resource rather than a challenge. In such environments, interpersonal connections become the foundation of well-being and engagement, allowing immigrant students not only to adapt but to flourish as full members of their school communities.

Teacher and peer relationships jointly construct the social ecology of belonging. Teachers establish the structural, normative, and emotional foundations of inclusion, while peers enact and sustain these principles through everyday practices of cooperation, friendship, and solidarity. These findings resonate with the broader literature emphasizing the centrality of relational quality in educational settings (Allen et al., 2016), and reinforce the view that

culturally responsive pedagogy and inclusive peer cultures are mutually constitutive rather than independent levers.

Despite the overall consistency of the findings, some variations emerged across studies. For example, Borgonovi and Ferrara (2020) found that linguistic distance negatively affected academic achievement but showed no direct association with school belonging. This contrasts with studies emphasizing the importance of cultural and linguistic recognition in fostering belonging. Similarly, Figueiredo et al. (2021) reported that the relationship between length of residence and school adjustment was not linear, suggesting that immigrant students' integration trajectories may be more complex than often assumed.

These differences highlight that belonging cannot be reduced to a single factor. Instead, it emerges through the interaction of personal, relational, cultural, and institutional dimensions that may vary according to national context, educational policies, and students' migration experiences.

5.1 Limitations

This review has several limitations. First, only the ERIC and Scopus databases were consulted, which may have limited the identification of relevant studies indexed elsewhere. Second, only studies published between 2020 and 2025 were included. Third, the final sample comprised eight studies, which, although sufficient to identify recurring patterns, may not fully capture the complexity of immigrant students' experiences across different educational contexts. Future reviews could expand the search strategy by including additional databases and broader descriptors related to school belonging, social inclusion, and immigrant education.

6. Conclusions

Across the body of evidence, it becomes clear that a sense of belonging among immigrant students is not only an individual experience but also a collective and relational process. Belonging develops in school contexts where teachers and peers contribute to affirming students' identities, recognizing their participation, and building trust through everyday interactions.

Teachers contribute to immigrant students' sense of belonging by establishing supportive relationships and fostering inclusive learning environments that value diversity and

participation (Archambault et al., 2024; Choi et al., 2025). By promoting respect, trust, and opportunities for meaningful participation, teachers help create school contexts in which immigrant students may feel recognized and valued members of the school community.

Peers, in turn, give belonging its everyday meaning. Friendships, collaboration, and acts of mutual support can transform inclusion from an abstract ideal into lived experience. When peer norms reflect respect and openness, they may validate immigrant students' identities and expand their opportunities for social connection.

Taken together, these findings suggest that fostering belonging requires intentional relational work at multiple levels: supportive teacher practices, inclusive peer cultures, and school structures that facilitate rather than fragment social connection. Belonging can therefore be understood as both an emotional experience and a relational outcome of inclusive school practices.

Ultimately, a strong sense of belonging appears to support immigrant students' participation, engagement, and perception of themselves as valued members of their school communities. Through consistent, caring, and inclusive relationships, belonging moves beyond an abstract concept and becomes a lived reality.

Acknowledgements

This research received no specific funding.

7. References

Allen, K. A., & Bowles, T. (2012). Belonging as a guiding principle in the education of adolescents. *Australian Journal of Educational & Developmental Psychology, 12*, 108–119.

Allen, K. A., Kern, M. L., Vella-Brodrick, D., Hattie, J., & Waters, L. (2016). *What schools need to know about fostering school belonging: A meta-analysis*. Educational Psychology Review, 30(1), 1–34. https://doi.org/10.1007/s10648-016-9389-8

Allen, T., Riley, K., & Coates, M. (2020). *Belonging, behaviour and inclusion in schools: What does research tell us?UCL Institute of Education & The Art of Possibilities*.

Archambault, I., Pascal, S., Olivier, E., Tardif-Grenier, K., Dupéré, V., & Janosz, M. (2024). Relationships with teachers and sense of belonging in school: Inter- and intra-individual variations according to adolescent immigrant background. *Learning and Instruction, 92*, 101930.

Borgonovi, F., & Ferrara, A. (2020). Academic achievement and sense of belonging among non-native-speaking immigrant students: The role of linguistic distance. *Learning and Individual Differences, 81, 101911*. https://doi.org/10.1016/j.lindif.2020.101911

Choi, S., Mao, X., & Park, S. (2025). Promoting school belonging for immigrant students: The interplay of inclusive school climate and multicultural education. *School Effectiveness and School Improvement, 36*(4), 522–542. https://doi.org/10.1080/09243453.2025.2492012

Chow, K. (2006). Changing language use among Chinese adolescents in Canada. Journal of Multilingual and Multicultural Development, 27(3), 237–251. https://doi.org/10.2167/jmmd420.0

Figueiredo, S., Marôco, J., Martins, M. A., & Nunes, O. (2021). Self-concept in immigrant school children and the impact of length of residence: Evidence from PISA 2015 for current educational practice. *Center for Educational Policy Studies Journal, 11*(4), 213–235. https://doi.org/10.26529/cepsj.859

Gibson, M. A., & Carrasco, S. (2009). The education of immigrant youth: Some lessons from the U.S. and Spain. *Theory Into Practice, 48*(4), 249–257. https://doi.org/10.1080/00405840903192993

Goodenow, C. (1993). The psychological sense of school membership among adolescents: Scale development and educational correlates. *Psychology in the Schools, 30*(1), 79–90. https://doi.org/10.1002/1520-6807(199301)30:1<79::AID-PITS2310300113>3.0.CO;2-X

He, J., & Fischer, J. (2020). Differential associations of school practices with achievement and sense of belonging of immigrant and non-immigrant students. *Journal of Applied Developmental Psychology, 66*, 101089. https://doi.org/10.1016/j.appdev.2019.101089

Juvonen, J. (2006). Sense of belonging, social bonds, and school functioning. In P. A. Alexander & P. H. Winne (Eds.), *Handbook of educational psychology* (2nd ed., pp. 655–674). Lawrence Erlbaum.

McGillicuddy, D., & Machowska-Kosciak, M. (2021). *Children's right to belong?* The psychosocial impact of pedagogy and peer interaction on minority ethnic children's negotiation of academic and social identities in school. Education Sciences, 11(8), 383. https://doi.org/10.3390/educsci11080383

Newman, M., & Gough, D. (2020). Systematic reviews in educational research: Methodology, perspectives and application. In O. Zawacki-Richter et al. (Eds.), *Systematic reviews in educational research* (pp. 3–22). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-27602-7_1

Osborn, T. A., & Osborn, D. (2005). Culture and language in immigrant student achievement. Multicultural Perspectives, 7(2), 38–45. https://doi.org/10.1207/s15327892mcp0702_7

Qin, D. B., Way, N., & Mukherjee, P. (2008). The other side of the model minority story: The familial and peer challenges faced by Chinese American adolescents. *Youth & Society, 39*(4), 480–506. https://doi.org/10.1177/0044118X07308069

Roeser, R. W., Midgley, C., & Urdan, T. C. (1996). Perceptions of the school psychological environment and early adolescents' psychological and behavioral functioning in school: The mediating role of goals and belonging. *Journal of Educational Psychology, 88*(3), 408–422. https://doi.org/10.1037/0022-0663.88.3.408

St-Amand, J., Girard, S., & Smith, J. (2017). Sense of belonging at school: Defining attributes, determinants, and sustaining strategies. *IAFOR Journal of Education, 5*(2), 105–119. https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1156289.pdf

Vandeyar, S. (2010). Educational and socio-cultural experiences of immigrant learners: A South African perspective. *Educational Research, 52*(4), 357–369. https://doi.org/10.1080/00131881.2010.524748

Wang, Y., & Phillion, J. (2007). Minority students' language and cultural struggles in school settings. *Journal of Curriculum Studies, 39*(4), 399–421. https://doi.org/10.1080/00220270601031780

Williams, T., & Downing, J. (1998). Membership and belonging in school: Students' perspectives. *Educational Review, 50*(2), 127–141. https://doi.org/10.1080/0013191980500205

Woltran, F., Hassani, S., & Schwab, S. (2024). Pull-out classes for newly arrived students from Ukraine – An obstacle to social inclusion. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*. https://doi.org/10.1080/15562948.2024.2433515

Zawacki-Richter, O., Kerres, M., Bedenlier, S., Bond, M., & Buntins, K. (Eds.). (2020). *Systematic reviews in educational research: Methodology, perspectives and application*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-27602-7

I acknowledge the use of artificial intelligence tools (ChatGPT) for language refinement. The AI was not involved in the study's analysis or interpretation.

Bem-Estar e Regulação Emocional em estudantes de 1.º ano da Universidade da Beira Interior

Mariana Pinto[1], Sandra Carina Guimarães[2], Claúdia Silva[3], Ana Santos[4]

[1] Departamento de Psicologia e Educação, UBI.
[2] Departamento de Psicologia e Educação, UBI; Centro de Investigação em Psicologia e Educação, UE
[3] Departamento de Psicologia e Educação, UBI; Centro de Investigação em Psicologia e Educação, UE
[4] Departamento de Psicologia e Educação, UBI

Autor Correspondente: Mariana Pinto. **E-mail:** mariana.ribeiro.pinto@ubi.pt

Resumo: O sucesso no ensino superior é fortemente influenciado pelas experiências do 1.º ano e compete às instituições de ensino superior trabalhar com os estudantes para que assumam um papel construtivo nas suas aprendizagens ao longo da vida. O presente estudo tem como objetivo compreender as estratégias de regulação emocional utilizadas por estudantes do 1.º ano da UBI e o seu impacto nas perceções de bem-estar. Participaram 284 estudantes com

idades compreendidas entre os 18 e os 45 anos, tendo sido aplicados um Questionário Sociodemográfico, o BERQ, o CERQ e a EMMBP. A recolha de dados, realizada por via online, decorreu entre junho de 2024 e setembro de 2025. A análise dos dados incluiu a caracterização sociodemográfica da amostra, a análise descritiva dos resultados obtidos nos instrumentos BERQ, CERQ e EMMBP, bem como a avaliação da sua consistência interna. Foram ainda analisadas as relações entre as estratégias de regulação emocional e o bem-estar psicológico, as diferenças em função do género e o impacto das estratégias de regulação emocional nos níveis de bem-estar psicológico. Os resultados indicaram níveis globais de bem-estar psicológico moderados, destacando-se "Procurar Distração" e "Ruminação" como estratégias mais utilizadas. Os dados apontam ainda para uma correlação positiva e significativa entre estratégias de regulação emocional, sobretudo cognitivas, e bem-estar. Identificaram-se também diferenças de género, estatisticamente significativas no uso de estratégias cognitivas, mais reportadas por estudantes do sexo feminino. Por fim, foi ainda possível concluir que o uso de estratégias de regulação emocional cognitivas prediz positivamente o bem-estar psicológico. Estes resultados reforçam a necessidade de intervenção nestas populações e no desenvolvimento de programas promotores da saúde mental.

Palavras-chave: saúde mental; ensino superior; estudantes de primeiro ano; bem-estar; estratégias de regulação emocional.

Abstract: Success in higher education is strongly influenced by first-year experiences, and it is the responsibility of higher education institutions to work with students so that they take on a constructive role in their lifelong learning. The present study aims to understand the emotional regulation strategies used by first-year students at UBI and their impact on perceptions of well-being. A total of 284 students aged between 18 and 45 participated, and a Sociodemographic Questionnaire, the BERQ, the CERQ, and the EMMBP were administered. Data collection, conducted online, took place between June 2024 and September 2025. Data analysis included the sociodemographic characterization of the sample, a descriptive analysis of the results obtained from the BERQ, CERQ, and EMMBP instruments, as well as an assessment of their internal consistency. The relationships between emotional regulation strategies and psychological well-being, gender differences, and the impact of emotional regulation strategies on levels of psychological well-being were also analyzed. The results indicated moderate overall levels of psychological well-being, with "Seeking Distraction" and "Rumination" standing out as the most frequently used strategies. The data also point to a

positive and significant correlation between emotional regulation strategies—particularly cognitive ones—and well-being. Statistically significant gender differences were also identified in the use of cognitive strategies, which were reported more frequently by female students. Finally, it was also possible to conclude that the use of cognitive emotional regulation strategies positively predicts psychological well-being. These results reinforce the need for intervention in these populations and for the development of mental health promotion programs.

Key-Words: mental health; college; first year students; well-being; emotional regulation strategies.

1. Introdução

Os estudantes do ensino superior apresentam, de forma geral, uma maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de problemas mentais (Gorczynski et al., 2016; Sahão & Kienen, 2021). Entre os diferentes ciclos de estudos, os estudantes de 1.º ano - que ingressam pela primeira vez no ensino superior - constituem um grupo particularmente suscetível, evidenciando níveis mais elevados de dificuldades psicológicas e de adaptação (Andrade & Fernandes, 2022; Casanova et al., 2021; Erol et al., 2022; McCormick et al., 2024). Esta maior vulnerabilidade decorre, em grande medida, da natureza exigente do período de transição do ensino secundário para o ensino superior, o qual implica alterações significativas nas esferas pessoal, social e académica (Casanova et al., 2021; Thahir et al., 2024; Sahão & Kienen, 2021). De facto, esta fase é frequentemente marcada por deslocações geográficas, afastamento das redes familiares e sociais de suporte, necessidade de adaptação a novos contextos institucionais e ritmos de trabalho académico, bem como pela construção de novas identidades pessoais e profissionais. A literatura tem identificado um conjunto de dificuldades associadas a esta transição, podendo estas ser agrupadas em três domínios principais: (1) dificuldades contextuais, relacionadas com a adaptação ao curso e à instituição, a gestão da autonomia, e as exigências económicas, desde os custos em propinas, à habitação, transportes e alimentação (Casanova et al., 2021; McCormick et al., 2024); (2) dificuldades emocionais, que incluem sentimentos de solidão, saudade e insegurança (principalmente em estudantes deslocados da sua área de residência), bem como desafios na construção de relações interpessoais significativas (Andrade & Fernandes, 2022; Casanova et al., 2021); e (3) dificuldades académicas, associadas à complexidade e volume das tarefas, ao acesso a recursos pedagógicos

e à qualidade da interação com os docentes (Andrade & Fernandes, 2022; Erol et al., 2022). Estas evidências reforçam a importância de promover intervenções dirigidas a esta população, centradas no desenvolvimento de competências emocionais e de autorregulação, bem como melhoria da literacia em saúde mental. Tais intervenções assumem um papel determinante na facilitação de uma integração bem-sucedida no ensino superior, não só ao nível académico, mas também pessoal e social, contribuindo para o desenvolvimento global dos estudantes enquanto indivíduos.

A conceptualização do bem-estar tem sido amplamente discutida na literatura, encontrando-se ancorada em distintas tradições filosóficas, nomeadamente no hedonismo e na eudaimonia. Estas perspetivas deram origem, respetivamente, aos conceitos de bem-estar subjetivo (BES) e de bem-estar psicológico (BEP) (Huta & Waterman, 2013; Monteiro et al., 2012; Siqueira & Padovam, 2008). O bem-estar subjetivo defende uma visão de felicidade ligada à obtenção de prazer e à ausência de sofrimento, valorizando as avaliações cognitivas e emocionais que os indivíduos fazem acerca da própria vida, incluindo a satisfação com a vida e o equilíbrio entre emoções positivas e negativas (Siqueira & Padovam, 2008). Por outro lado, o bem-estar psicológico, defende uma visão mais humanista do conceito, enfatizando o funcionamento ótimo de uma pessoa, integrando dimensões como o desenvolvimento pessoal, a autodeterminação e a realização do potencial humano (Huta & Waterman, 2013). A relevância do bem-estar psicológico é amplamente reconhecida, sendo considerado pela World Health Organization (2022) um domínio central da saúde global e do desenvolvimento humano, sendo atualmente reconhecido como um direito humano fundamental. A este conceito são atribuídos valores intrínsecos, associado à qualidade de vida e à dignidade humana, e valores instrumentais, influenciando múltiplas áreas de vida dos indivíduos. A sua ausência ou comprometimento associa-se a consequências negativas, tanto ao nível individual como coletivo, incluindo a diminuição da produtividade, a exclusão social e a perpetuação da pobreza e desigualdade.

Neste contexto, a regulação emocional emerge como uma competência-chave no desenvolvimento e manutenção do bem-estar. Ao longo do ciclo de vida, os indivíduos desenvolvem estratégias que lhes permitem regular os seus estados emocionais à medida que interagem com o ambiente e vão vivenciando experiências ao longo do seu desenvolvimento (Daros et al., 2021; Santos et al., 2021). Urbón et al. (2025) referem que uma boa gestão das emoções, aliada à seleção de boas estratégias de resolução de problemas, e de um bom grau de

autocompreensão e manutenção de relações interpessoais saudáveis, podem contribuir positivamente para a saúde mental, o sucesso académico e profissional e a qualidade de vida. Assim, a capacidade de gerir as emoções – regulação emocional – constitui uma competência fundamental que envolve a gestão consciente das emoções, não apenas em relação à sua frequência, duração e intensidade, mas também em relação à forma como são expressas (Daros et al., 2021; Reyes-Martín et al., 2022). Segundo Gross e Thompson (2007), a regulação emocional pode ser definida como um conjunto de processos intrínsecos e extrínsecos associados à ativação de uma emoção e à sua gestão ao longo do tempo. Estes processos – que podem ser conscientes ou inconscientes, automáticos ou controlados – visam aumentar, manter ou diminuir os sentimentos, comportamentos e respostas fisiológicas que constituem uma emoção (Gross, 2014; Guedes et al., 2024; Reyes-Martín et al., 2022). São dinâmicos, multifacetados e ocorrem em interação com o contexto social, sendo influenciados pelas características individuais, metas estabelecidas e exigências da situação (Dawel et al., 2021; Gross & Thompson, 2007). A literatura evidencia que a regulação emocional envolve múltiplas estratégias, que podem assumir natureza cognitiva (como evitar certos pensamentos) ou comportamental (como evitar certas situações), que procurem mitigar os efeitos de eventos stressantes e/ou promover o bem-estar psicológico (Daros et al., 2021; Kraaij & Garnefski, 2018). A utilização de estratégias adaptativas de regulação emocional tem sido consistentemente associada a níveis mais elevados de bem-estar psicológico, melhor ajustamento psicossocial e maior sucesso académico (Urbón et al., 2025).

A relação entre o bem-estar e a regulação emocional constitui um tema de grande relevância na compreensão dos processos de adaptação psicológica, sobretudo em contextos exigentes e desafiadores como o ensino superior. Evidências empíricas sugerem que estratégias como a reavaliação cognitiva se associam positivamente a indicadores de bem-estar, incluindo a satisfação com a vida e a esperança (Swerdlow et al., 2023; Vitorino, 2018). Por outro lado, dificuldades na regulação emocional tendem a associar-se a níveis mais elevados de sofrimento psicológico e menor qualidade de vida. Importa ainda salientar que momentos de transição académica, como a entrada no ensino superior, estão frequentemente associados a um declínio na capacidade de regulação emocional, o que acentua a vulnerabilidade dos estudantes do 1.º ano (Su & Chen, 2025). Embora esta fase comporte oportunidades de crescimento pessoal e académico – como o desenvolvimento de um novo grupo de pares e a autonomia face ao contexto familiar – também pode potenciar dificuldades de adaptação, comprometendo o bem-estar e a utilização de estratégias regulatórias eficazes (Rombaoa et al., 2025; Mastrokoukou

et al.,2024). Assim, a promoção de competências de regulação emocional revela-se fundamental para apoiar estes estudantes, contribuindo para níveis mais elevados de bem-estar e para a prevenção de problemas de saúde mental.

Apesar da vasta produção científica sobre a experiência dos estudantes do 1.º ano do ensino superior, subsiste a necessidade de aprofundar o conhecimento acerca das estratégias de regulação emocional utilizadas nesta população, bem como, a sua relação com o bem-estar psicológico. Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo analisar as estratégias de regulação emocional, de natureza cognitiva e comportamental, utilizadas por estudantes do 1.º ano da Universidade da Beira Interior, bem como compreender a sua relação e impacto nas perceções de bem-estar psicológico. Pretende-se, deste modo, contribuir para o desenvolvimento de intervenções mais ajustadas às necessidades desta população, promovendo uma adaptação mais eficaz ao contexto do ensino superior.

2. Métodos

Participantes

O estudo contou com a participação de 284 estudantes do 1.º ano de licenciatura da Universidade da Beira Interior, com idades compreendidas entre os 18 e os 45 anos (M = 18.71, DP = 2.76). A maioria dos participantes é do género feminino, frequenta um curso da Faculdade de Artes e Letras da Universidade da Beira Interior (51.8%), e é estudante deslocado da sua área de residência habitual (89.8%).

Procedimentos

O presente estudo integra o projeto de investigação "Saúde Mental no Ensino Superior", desenvolvido pelo Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, tendo obtido parecer favorável da Comissão de Ética da instituição (Ref.ª CE-UBI-Pj-2024-031). A recolha de dados foi realizada em formato digital, através do preenchimento de um formulário Google Forms, o qual integrou os instrumentos utilizados no estudo. O aceso ao formulário foi difundido por e-mail e/ou apresentado em contexto de sala de aula às turmas de 1.º ano da Universidade da Beira Interior, entre junho de 2024 e setembro de 2025. Antes do início do preenchimento, os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e convidados a prestar o seu consentimento informado, constituindo um pré-requisito para a participação. Foram assegurados os princípios de anonimato e confidencialidade, sendo recolhidos exclusivamente dados de natureza sociodemográfica necessários para a

caracterização dos participantes, não sendo possível a sua identificação. Para a análise de todos os dados recolhidos pelos questionários, foi utilizado o IBM SPSS Statistic (versão 29).

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico presente neste estudo foi desenvolvido com o objetivo de recolher informação relevante para a caracterização dos participantes, nomeadamente variáveis de natureza pessoal, académica e contextual.

Questionário de Regulação Emocional Comportamental

O *Behavioral Emotion Regulation Questionnaire* (BERQ), desenvolvido por Kraaij e Garnefski (2018) e posteriormente validado para a população portuguesa por Guedes et al. (2024), tem como objetivo avaliar as respostas comportamentais que os indivíduos adotam perante situações stressantes e/ou ameaçadores. Este instrumento pode ser utilizado numa perspetiva disposicional, quando se refere a acontecimentos gerais, ou situacionais, quando aplicado a acontecimentos específicos, consoante a formulação dos itens (Kraaij & Garnefski, 2018). O BERQ é um questionário de autorresposta, que pode ser aplicado a pessoas a partir dos 12 anos, sendo constituído por 20 itens que avaliam diferentes estratégias de regulação emocional de natureza comportamental. As respostas são registadas numa escala de Likert de 5 pontos, variando entre 1 (“quase nunca”) e 5 (“quase sempre”) (Guedes et al., 2024).

Questionário de Regulação Emocional Cognitiva

O *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ), originalmente desenvolvido por Garnefski et al. (2001) e validado para a população portuguesa (Santos et al., 2021), tem como finalidade a avaliação das estratégias cognitivas que os indivíduos utilizam na gestão de acontecimentos stressantes ou adversos (Santos et al., 2021). O CERQ é um questionário de autorresposta, que pode ser aplicado a partir dos 12 anos, sendo constituído por 36 itens (versão longa) ou 18 itens (versão reduzida). Os itens avaliam diferentes estratégias de regulação emocional cognitiva, a serem respondidos numa escala de Likert de 5 pontos, que varia entre 1 (“nunca”) e 5 (“sempre”).

Escala de Medida de Manifestação de Bem-estar Psicológico

A Escala de Medida de Manifestação de Bem-estar Psicológico (EMMBP), originalmente baseada na *Psychological Well-being Scale* de Ryff, foi adaptada e validada para a população portuguesa por diferentes versões, nomeadamente por Ferreira & Simões (84 itens), Fernandes, Vasconcelos-Raposo & Teixeira (18 itens) e Monteiro, Tavares e Pereira (25 itens) (Monteiro et al., 2012). Este instrumento tem como objetivo avaliar o bem-estar psicológico, particularmente em contextos de investigação com estudantes universitários. A EMMBP consiste num questionário de autorresposta com itens relativos à perceção de funcionamento psicológico e bem-estar, sendo as respostas registadas numa escala de Likert de 5 pontos, entre 1 ("nunca") e 5 ("sempre") (Monteiro et al., 2012).

Análise Estatística

Após a recolha de dados, as análises estatísticas foram efetuadas utilizando o IBM SPSS Statistic (versão 29). Inicialmente, procedeu-se a uma análise descritiva das características sociodemográficas da amostra. Paralelamente, foram obtidas estatísticas descritivas dos instrumentos utilizados (BERQ, CERQ e EMMBP), nomeadamente média, desvio padrão, valores mínimos e máximos. A consistência interna dos instrumentos utilizados foi avaliada através do coeficiente de *alpha* de *Cronbach*, de forma a verificar a fiabilidade das escalas no contexto da presente amostra. Para analisar a relação entre as estratégias de regulação emocional (cognitiva e comportamental) e o bem-estar psicológico, recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson, permitindo avaliar a intensidade e direção das associações entre as variáveis em estudo. Adicionalmente, foi realizado o teste *t* de Student para amostras independentes, com o objetivo de analisar a existência de diferenças estatisticamente significativas em função do género nas variáveis consideradas. Por fim, para analisar o contributo das estratégias de regulação emocional na explicação dos níveis de bem-estar psicológico, procedeu-se à realização de uma regressão linear múltipla, de natureza exploratória.

3. Resultados

Análise descritiva dos questionários

Relativamente ao questionário BERQ, verificou-se que as estratégias de regulação emocional comportamental mais utilizadas pelos participantes foram "procurar distração" (M = 2.67, DP = .89) e "abordar ativamente" (M = 2.61, DP = .90). Por sua vez, as estratégias

menos frequentemente reportadas foram “afastar-se” (M = 2.28, DP = 1.00) e “ignorar” (M = 2.31, DP = .96). Relativamente ao CERQ, os resultados indicam que as estratégias de regulação emocional cognitiva mais utilizadas foram “ruminação” (M = 3.07, DP = 1.07) e “aceitação” (M = 3.01, DP = .99). Em contraste, as estratégias menos reportadas foram “catastrofização” (M = 2.27, DP = .93) e “reorientação positiva” (M = 2.66, DP = .92). Em relação à escala EMMBP, obteve-se uma média global de 3.09 (DP = .86), indicando níveis moderados de bem-estar psicológico na amostra. As dimensões com valores médios mais elevados foram “sociabilidade” (M = 3.40, DP = .99) e “envolvimento social” (M = 3.16, DP = .98). Por outro lado, as dimensões com valores mais reduzidos foram “controlo de si e dos acontecimentos” (M = 2.93, DP =1.01) e “felicidade” (M = 2.99, DP = .94). A consistência interna dos instrumentos foi avaliada, através do coeficiente *alfa de Cronbach* (α), com o objetivo de analisar a fiabilidade das escalas utilizadas. De acordo com DeVellis (2012), valores abaixo dos .60 indicam consistência fraca, enquanto valores iguais ou superiores a.70 são considerados aceitáveis e valores iguais ou superiores a .90 refletem consistência excelente. Os resultados evidenciaram que a Escala de Bem Estar Psicológico (EMMBP) apresentou um valor de α = .97, indicando uma consistência interna excelente. O Questionário de Regulação Emocional Comportamental (BERQ) revelou um α = .87, correspondendo a uma consistência interna boa. Por fim, o questionário de Regulação Emocional Cognitiva (CERQ) apresentou um α = .95, também considerada excelente.

Correlação entre o uso de estratégias de Regulação emocional e Bem-estar Psicológico

Com o objetivo de analisar as associações entre as estratégias de regulação emocional e os fatores de bem-estar psicológico, recorreu-se ao coeficiente de Pearson (Martins, 2014). Numa primeira fase, procedeu-se à análise das correlações entre as estratégias globais de regulação emocional comportamental (BERQ) e cognitiva (CERQ) e o bem-estar psicológico (EMMBP). Os resultados evidenciaram correlações estatisticamente significativas entre as variáveis. Especificamente, observou-se uma correlação positiva de baixa magnitude entre o BERQ e a EMMBP ($r = .119$, $p < .05$), e uma correlação positiva de magnitude moderada entre o CERQ e a EMMBP ($r = .267$, $p < .001$). Subsequentemente, foram analisadas as correlações entre os fatores dos instrumentos de regulação emocional (BERQ e CERQ) e as dimensões da EMMBP. No que concerne às estratégias comportamentais (BERQ), verificou-se que a maioria das correlações com os fatores da EMMBP são estatisticamente significativas. As associações mais elevadas foram observadas entre a estratégia “abordar ativamente” e as dimensões “controlo

de si e dos acontecimentos" (r = .418, p < .001), "sociabilidade" (r = .377, p < .001) e "envolvimento social" (r = .370, p < .001). Em contrapartida, estratégias como "ignorar", apresentaram correlações predominantemente negativas com as dimensões do bem estar psicológico, nomeadamente com "equilíbrio" (r = .207, p < .05), "felicidade" (r = -.153, p < .05), "controlo de si e dos acontecimentos" (r = -.145, p < .05) e "envolvimento social" (r = -.145, p < .05). De igual modo, a estratégia "afastar-se", evidenciou correlações negativas em todas as dimensões da EMMBP, como "felicidade" (r = -.276, p < .001) e "autoestima" (r = -.207, p < .05). Relativamente às estratégias cognitivas (CERQ), a maioria das correlações com as dimensões do bem-estar psicológico revelou-se igualmente significativa. As associações de maior magnitude foram identificadas entre a estratégia "reavaliação positiva" e as dimensões "sociabilidade" (r = .450, p < .001) e "controlo de si e dos acontecimentos" (r = .442, p < .001). Por outro lado, algumas estratégias menos adaptativas evidenciaram associações negativas com o bem-estar psicológico. nomeadamente a "autocrítica" que se correlacionou negativamente com a dimensão "felicidade" (r = -.135, p < .05), e a "catastrofização" que apresentou correlação negativa com a dimensão "controlo de si e dos acontecimentos" (r = -.119, p < .05).

Diferenças nas Estratégias de Regulação Emocional e no Bem-Estar em função do género

Com o objetivo de analisar a existência de diferenças em função do género nas estratégias de regulação emocional (comportamentais e cognitivas) e nos níveis de bem-estar psicológico, foi realizado o teste *t* de Student para amostras independentes. Relativamente aos níveis de bem-estar psicológico (EMMBP), não se observaram diferenças estatisticamente significativas nos resultados entre rapazes (M = 3.13, DP = .99) e raparigas (M = 3.08, DP = .81), t(277) = .42, p = .668. Da mesma forma, relativamente às estratégias de regulação emocional comportamentais (BERQ), não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre rapazes (M = 2.38, DP = .65) e raparigas (M = 2.50, DP = .60), t(277) = -1.39, p = .163. Por outro lado, no que se refere às estratégias de regulação emocional cognitivas (CERQ), as raparigas (M = 2.75, DP = .68) apresentam valores estatisticamente mais elevados do que os rapazes (M = 2.51, DP = .79), t(277) = -2.54, p = .012. Estes resultados sugerem uma maior utilização de estratégias cognitivas de regulação emocional por parte das estudantes do sexo feminino

Impacto das Estratégias de Regulação Emocional nos níveis de Bem-Estar Psicológico

Com o objetivo de analisar o contributo das estratégias de regulação emocional na explicação dos níveis de bem-estar psicológico, foi realizada uma análise de regressão linear múltipla, considerando como variáveis preditoras as estratégias de regulação emocional comportamentais (BERQ) e cognitivas (CERQ), e como variável dependente o bem-estar psicológico (EMMBP).Os resultados indicam que o modelo de regressão é estaticamente significativo, $F(2,281) = 11.77$, $p < .001$, explicando 7,7% da variância do bem-estar psicológico ($R2 = .077$). No que respeita aos preditores individuais, verificou-se que as estratégias de regulação emocional cognitivas (CERQ) constituem um preditor positivo e estatisticamente significativo do bem-estar psicológico ($\beta = .34$, $p < .001$). Por sua vez, as estratégias comportamentais (BERQ) não apresentaram um contributo estatisticamente significativo ($\beta = -.10$, $p = .176$). Estes resultados indicam que uma maior utilização de estratégias cognitivas de regulação emocional está associada a níveis mais elevados de bem-estar psicológico, evidenciando o seu papel relevante na adaptação psicológica dos estudantes do 1.º ano do ensino superior.

4. Discussão

A transição do ensino secundário para o ensino superior constitui um período crítico, frequentemente acompanhado por exigências académicas, pessoais e sociais acrescidas, que podem comprometer a saúde mental de estudantes de 1.º ano. Neste enquadramento, a compreensão das estratégias de regulação emocional utilizadas pelos estudantes e o seu impacto no bem-estar psicológico, assume particular relevância, quer para o avanço do conhecimento científico, quer para o desenvolvimento de respostas institucionais mais eficazes em contexto académico.

Os resultados obtidos evidenciam níveis globais moderados de bem-estar psicológico, com destaque para dimensões mais sociais, como a “sociabilidade” e o “envolvimento social”. Estes dados sugerem que, apesar dos desafios inerentes a esta fase de transição, os estudantes de 1.º ano da UBI tendem a apresentar perceções positivas relativamente à sua integração interpessoal. Estes resultados são consistentes com a literatura que destaca o papel central do suporte social e do sentimento de pertença na promoção do bem-estar psicológico (Mansour et al., 2025; Williams et al., 2018). A construção de relações significativas em contexto académico facilita a adaptação emocional e contribui para o ajustamento global dos estudantes, assumindo-se como um fator protetor relevante nesta etapa de vida. Adicionalmente, estudos

recentes têm enfatizado o papel das competências sociais e emocionais na promoção do bem-estar, reforçando a necessidade de intervenção institucional sistemática neste domínio (Su & Chen, 2025). Mansour et al. (2025) referem também que estudos prospetivos apontam para a importância do envolvimento social na promoção e desenvolvimento do bem-estar psicológico.

Relativamente às estratégias de regulação emocional, os resultados indicam que os estudantes recorrem a um conjunto diversificado de estratégias, combinando abordagens comportamentais e cognitivas. As estratégias comportamentais mais utilizadas foram "procurar distração" e "abordar ativamente", enquanto, no domínio cognitivo, se destacaram a "ruminação" e a "aceitação". Estes resultados corroboram evidência empírica que aponta para a utilização simultânea de diferentes estratégias de regulação emocional, em função das exigências contextuais e das características individuais (Lennarz et al., 2019; Martins et al., 2016). Estratégias como "procurar distração" e "abordar ativamente" podem constituir mecanismos adaptativos no curto prazo, permitindo a redução da carga emocional associada a situações stressantes, e facilitando a perceção de controlo (Kraaij & Garnefski, 2018). Por sua vez, a "aceitação" tem sido associada a um melhor ajustamento emocional, ao promover o reconhecimento e a integração das experiências sem evitamento ou supressão (Lennarz et al., 2019; Kraiss et al., 2020). Em contrapartida, a "ruminação" merece particular atenção, uma vez que esta estratégia tem sido consistentemente associada a maior vulnerabilidade psicológica e a níveis mais elevados de sintomatologia emocional (Lennarz et al., 2019; Martins et al., 2016). Este resultado sugere a coexistência de estratégias adaptativas e desadaptativas no repertório regulatório dos estudantes, reforçando a necessidade de intervenção precoce no desenvolvimento de competências de regulação emocional mais eficazes.

No que diz respeito a diferenças de género, não se observaram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de bem-estar psicológico, mas verificou-se uma maior utilização de estratégias cognitivas de regulação emocional por raparigas. Estes resultados são parcialmente consistentes com a literatura existente a qual apresenta evidência inconclusiva no que respeita às diferenças de género, mas tende a indicar uma maior predisposição das raparigas para o uso de estratégias cognitivas, como a ruminação e a aceitação (Sanchis-Sanchis et al., 2020; Su & Chen, 2025). Esta tendência poderá estar associada a padrões socioculturais diferenciados de socialização emocional, que incentivam a expressão emocional nas mulheres e a maior contenção nos homens.

Num estudo realizado com estudantes universitários portugueses, no qual foi aplicado o CERQ, Martins et al. (2016) reportaram maior uso de "ruminação" por parte do género feminino comparativamente com o género masculino, o que mais uma vez, vai ao encontro dos resultados obtidos. Importa, contudo, referir que, nesse estudo, a amostra apresentava uma média de idades superior (23 anos) e incluía estudantes de diferentes anos do 1.º ciclo de estudos, pertencentes a uma universidade distinta, o que pode introduzir diferenças relevantes ao nível do contexto académico e do momento de desenvolvimento considerados. Em contraste, outros estudos apresentam resultados divergentes. Por exemplo, Esmaeilinasab et al. (2016) identificaram uma maior utilização de estratégias cognitivas de regulação emocional por parte dos estudantes do sexo masculino. Esta diversidade de resultados evidencia a inexistência de um consenso claro na literatura, sugerindo que as diferenças de género na regulação emocional poderão ser influenciadas por múltiplos fatores, incluindo variáveis culturais, contextuais e desenvolvimentais. Neste sentido, a heterogeneidade dos resultados reforça a necessidade de aprofundar a investigação nesta área, particularmente em amostras específicas de estudantes do 1.º ano do ensino superior, de modo a compreender melhor o papel do género na utilização de estratégias de regulação emocional durante este período de transição crítica.

Os resultados evidenciam, igualmente, uma associação positiva entre o uso de estratégias de regulação emocional e o bem-estar psicológico, sendo esta relação mais robusta no domínio das estratégias cognitivas. Em particular, a análise de regressão indica que as estratégias cognitivas constituem preditores significativos do bem-estar psicológico, ao contrário das estratégias comportamentais. Estes dados corroboram a perspetiva de Gross (2014), segundo a qual as estratégias cognitivas tendem a ser mais eficazes, ao atuarem ao nível da interpretação e significado atribuído às experiências, modulando o seu impacto emocional. Estudos na área, demonstram que o uso de estratégias como a "reavaliação positiva" e a "aceitação", se associam a níveis mais elevados de bem-estar, e a menor sintomatologia depressiva e ansiosa (Brewer et al., 2016; Kraaij & Garnefski, 2018; Kraiss et al., 2020; Su & Chen, 2025) – corroborando assim o facto do CERQ ter apresentado resultados mais favoráveis do que o BERQ na relação com a EMMBP – sugerindo que a forma como os estudantes interpretam e atribuem significado às suas experiências, desempenha um papel mais determinante do que as respostas comportamentais adotadas. Importa, contudo, salientar que nem todas as estratégias cognitivas se associam a resultados adaptativos. Estratégias como a "ruminação" e a "catastrofização" têm sido associadas a estados emocionais negativos e a menor bem-estar (Lennarz et al., 2019;

Martins et al., 2016), evidenciando a complexidade do processo de regulação emocional. Hu et al. (2014), referem ainda, que no seu estudo, a "supressão" encontrou-se positivamente correlacionada com sintomas psicopatológicos. A literatura recente (e.g. Aldbyani et al., 2025), refere também que o desenvolvimento de competências autorregulatórias contribui para o fortalecimento de traços positivos como a gratidão, o otimismo e a esperança, os quais por sua vez, facilitam o bem-estar psicológico e reduzem o impacto de situações ameaçadoras. Neste sentido, a eficácia das estratégias regulatórias depende não apenas da sua natureza (cognitiva vs. comportamental), mas também do contexto, da frequência de utilização e da flexibilidade do indivíduo na sua aplicação.

Os resultados obtidos reforçam ainda a ideia de que a regulação emocional constitui um fator central na adaptação ao ensino superior, influenciando não apenas o funcionamento psicológico, mas também as relações interpessoais e o ajustamento académico (Brewer et al., 2016; Mastrokoukou et al., 2024). Estudantes com melhores competências regulatórias tendem a apresentar maior resiliência, melhores competências sociais e níveis mais elevados de bem-estar, o que se traduz numa adaptação mais eficaz ao contexto universitário (Fang et al., 2025).

Em síntese, os resultados obtidos permitem concluir que estudantes de 1.º ano da Universidade da Beira Interior apresentam níveis satisfatórios de bem-estar psicológico e recorrem predominantemente a estratégias de regulação emocional cognitivas, existindo uma associação positiva entre estas variáveis. Estes dados reforçam a necessidade de desenvolver programas de intervenção que promovam competências socioemocionais e de autorregulação, com especial enfoque na utilização de estratégias cognitivas adaptativas, contribuindo para o equilíbrio psicológico, o sucesso académico e o desenvolvimento pessoal dos estudantes.

Embora tenham sido conseguidos resultados relevantes e em consonância com a literatura, o estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, em relação à amostra, é importante referir que foi de conveniência, obtida através da divulgação e recolha online dos questionários referidos anteriormente, o que pode ter favorecido a participação de estudantes com maior disponibilidade, comprometendo a representatividade da população estudantil em causa. Para além disso, a dimensão limitada da amostra (principalmente em termos de distribuição desequilibrada pelas diferentes faculdades e género), bem como o facto de considerar apenas estudantes da Universidade da Beira Interior, comprometendo a generalização dos resultados obtidos. Em segundo lugar, no que diz respeito à metodologia, destaca-se o uso exclusivo de instrumentos de autorrelato, que são suscetíveis a enviesamentos relacionados com a

desejabilidade social e a perceção subjetiva dos participantes, bem como, a dimensão do protocolo, que pode potenciar respostas menos cuidadas e ponderadas, comprometendo a validade dos dados recolhidos. Por fim, em relação à tipologia do estudo, é de referir que se trata de um estudo transversal, que não permite estabelecer relações de causalidade, mas sim apenas a identificação de associações entre variáveis num momento específico.

No que diz respeito a investigações futuras, sugere-se o desenvolvimento de estudos com amostras mais amplas e diversificadas, considerando variáveis externas que se revelaram importantes na construção deste estudo, como o apoio social, a literacia em saúde mental e o impacto do Covid-19. De igual modo, seria importante a realização de estudos longitudinais que permitissem acompanhar a evolução do uso de estratégias de regulação emocional, bem como, dos níveis de bem-estar psicológico, que facultassem a identificação de fatores de risco e de proteção nas diferentes fases da vida universitária. Por fim, sugere-se o desenvolvimento de programas de intervenção focados na promoção de estratégias de regulação emocional adaptativas, ajustadas às necessidades dos estudantes do ensino superior.

5. Agradecimentos

Este artigo é financiado por fundos nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito do projeto com referência UID/04312/2025, e DOI https://doi.org/10.54499/UID/04312/2025.

6. Referências Bibliográficas

Aldbyani, A., Wang, G., Qi, Y., Chuanxia, Z., Li, J., Leng, J., & Alhimaidi, A. (2025). Positive psychological traits and psychological well-being: Investigating roles of positive coping strategies and life stressor. *BMC Psychology*, 13:465. https://doi.org/10.1186/s40359-025-02807-9

Andrade, C., & Fernandes, J. L. (2022). Hopes and fears of first-year freshman college students during the COVID-19 pandemic. *Education Science, 12*(53). https://doi.org/10.3390/educsci12010053

Brewer, S. K., Zahniser, E., & Conley, C. S. (2016). Longitudinal impacts of emotion regulation on emerging adults: Variable and person-centered approaches. *Journal of Applied Developmental Psychology, 47*, 1–12, 0193–3973. http://doi.org/10.1016/j.appdev.2016.09.002

Casanova, J. R., Bernardo, A. B., & Almeida, L. S. (2021). Dificuldades na adaptação académica e intenção de abandono de estudantes do primeiro ano do ensino superior. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación, 8*(2), 211–228. https://doi.org/10.17979/reipe.2021.8.2.8705

Cunha, S. R., & Loureiro, L. M. J. (2021). Programa de primeira ajuda em saúde mental em estudantes do 1.º ano ensino superior. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1*(2), 275–282.

Daros, A. R., Haefner, S. A., Asadi, S., Kazi, S., Rodak, T., & Quilty, L. C. (2021). A meta analysis of emotional regulation outcomes in psychological interventions for youth with depression and anxiety. *Nat Hum Behavior, 5*(10), 1443–1457. https://doi.org/10.1038/s41562-021-01191-9

Dawel, A., Shou, Y., Gulliver, A., Cherbuin, N., Banfield, M., Murray, K., Calear, A. L., Morse, A. R., Farrer, L. M., & Smithson, M. (2021). Cause or symptom? a longitudinal test of bidirectional relationships between emotion regulation strategies and mental health symptoms. *American Psychological Association, 21*(7), 1511–1521. https://doi.org/10.1037/emo0001018

DeVellis, R. F. (2012). *Scale development: Theory and applications*. Sage.

Erol, S., Gur, K., Karaca, S., Çalik, K. B., Uzuner, A., & Kaya, Ç. A. (2022). Risk factors affecting the mental health of first-year university students on a health sciences campus and related factos. *The journal of mental health training, education and practice, 18*(2), 146–157. https://doi.org/10.1108/JMHTEP-03-2022-0015

Esmaeilinasab, M., Khoshk, A. A., & Makhamali, A. (2016). Emotion regulation and life satisfaction in university students: Gender differences. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*, 2357–1330. https://doi.org/10.15405/epsbs.2016.11.82

Fang, Z., Fu, Y., Liu, D., & Chen, C. (2025). The impact of school climate on college students' socio-emotional competence: The mediating role of psychological resilience and emotion regulation. *BMC Psychology*, 13:682. https://doi.org/10.1186/s40359-025-03019-x

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation, and emotion problems. *Personality and Individual Differences, 30*, 1311–1317.

Gorczynski, P., & Sims-Schouten, W. (2022). Evaluating mental health literacy amongst US college students: A cross-sectional study. *Journal of American College Health*. https://doi.org/10.1080/07448481.2022.2063690

Gorczynski, P., Sims-Schouten, W., Hill, D. M., & Wilson, C. (2016). Examining mental health literacy, help seeking behaviours, and mental health outcomes in UK university students. *Journal of Mental Health Training*. https://doi.org/10.1108/JMHTEP-05-2016-0027

Gross, J. J. (Ed.). (2014). *Handbook of emotion regulation*. The Guilford Press.

Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). *Emotion regulation: Conceptual foundations*.

Guedes, F. L. (2021). *Propriedades psicométricas do questionário de regulação emocional comportamental (BERQ) em estudantes portugueses do ensino superior*. [Unpublished thesis dissertation]. Universidade da Beira Interior.

Guedes, F. L., Guimarães, S. C., Ramos, L., Silva, C. M., & Oliveira, E. P. (2024). Contributos para a validação da versão portuguesa do questionário de regulação emocional comportamental (BERQ). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación e Avaliação Psicológica, 75(1)*, 193–202. https://doi.org/10.21865/RIDEP75.1.14

Haktanir, A., Watson, J. C., Ermis-Demirtas, H., Karaman, M. A., Freeman, P. D., Kumaran, A., & Streeter, A. (2021). Resilience, academic self-concept, and college adjustment among first year students. *Journal of College Student Retention: Research, Theory & Practice, 23*(1), 161–178. https://doi.org/10.1177/1521025118810666

Hu, T., Zhang, D., & Wang, J. (2014). Relation between emotion regulation and mental health: A meta-analysis review. *Psychological Reports: Measures & Statistics, 114*(2), 341–362. https://doi.org/10.2466/03.20.PR0.114k22w4

Huta, V., & Waterman, A. S. (2013). Eudaimonia and its distinction from hedonia: Developing a classification and terminology for understanding conceptual and operational

definitions. *J Happiness Stud, 15*, 1425–1426. https://doi.org/10.1007/s10902-013-9485-0

Kraaij, V., & Garnefski, N. (2018). The behavioral emotion regulation questionnaire: Development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the cognitive emotion regulation questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 137, 56–61. https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.07.036

Lennarz, H. K., Hollenstein, T., Lichtwarck-Aschoff, A., Kuntsche, E., & Granic, I. (2019). Emotion regulation in action: Use, selection, and success of emotion regulation in adolescents' daily lives. *International Journal of Behavioral Development, 43*(1), 1–11. https://doi.org/10.1177/0165025418755540

Llauró, A., Fonseca, D., Romero, S., Aláez, M., Lucas, J. T., & Felipe, M. M. (2023). Identification and comparison of the main variables affecting early university dropout rates according to knowledge area and institution. *Heliyon, 9*. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e17435

Mansour, K., Greenwood, C. J., Francis, L. M., Misuraca, G., Marabel-Whitburn, K., Olsson, C. A., & Macdonald, J. A. (2025). The value of social networks for men: Concurrent and prospective associations with psychological wellbeing. *BMC Psychology*, 13:142. https://doi.org/10.1186/s40359-025-02467-9

March-Amengual, J., Badii, I. C., Casas-Baroy, J., Altarriba, C., Company, A. C., Pujol Farriols, R., Banos, J., Galbany-Estragués, P., & Cayuela, A. C. (2022). Psychological distress, stress, and academic performance in first year college students. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*. https://doi.org/10.3390/ijerph19063356

Martins, E. C., Freire, M., & Ferreira-Santos, F. (2016). Examination of adaptive and maladaptive cognitive emotion regulation strategies as transdiagnostic processes: Associations with diverse psychological symptoms in college students. *Studia Psychologica, 58*(1). https://doi.org/10.21909/sp.2016.01.707

Martins, M. E. G. (2014). Coeficiente de correlação amostral. *Revista de Ciência Elementar, 2*(02), 0069.

Mastrokoukou, S., Lin, S., Longobardi, C., Berchiatti, M., & Bozzato, P. (2024). Resilience and psychological distress in the transition to university: The mediating role of emotion regulation. *Current Psychology*, 43:23675–23685. https://doi.org/10.1007/s12144-024-06138-7

McCormick, K. A., Manohar, I., Merola, L. E., & Cohen, D. A. (2024). Mental health needs and help-seeking behaviors among first-year university students amidst COVID 19: A mixed methods inquiry. *Society for the Study of Emerging Adulthood, 12*(6), 1027–1038. https://doi.org/10.1177/21676968241276020

Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2012). Adaptação portuguesa da escala de medida de manifestação de bem-estar psicológico com estudantes universitários – EMMBEP. *Psicologia, Saúde & Doenças, 13*(1), 66–77.

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2023). *Perfil dos psicólogos nas instituições de ensino superior.*

Reyes-Martín, S., García-Sancho, E., Ramos-Cejudo, J., & Salguero, J. M. (2022). Emotional regulation, depressive symptoms, and anhedonia: The specific role of adaptive and maladaptive strategies. *Ansiedad y Estrés, 28*(3), 172–178. https://doi.org/10.5093/anyes2022a20

Rombaoa, J. P., Heshmati, S., Owen, T., & Rodriguez, M. A. (2025). Prioritizing lifestyle factors for effective emotion regulation: A daily study on first-year college students' well-being during COVID-19. *Emerging Adulthood, 13*(4), 1065–1081. https://doi.org/10.1177/21676968251333833

Sahão, F. T., & Kienen, N. (2021). Adaptação e saúde mental do estudante universitário: Revisão sistemática da literatura. *Psicologia Escolar e Educacional, 25*. http://doi.org/10.1590/2175-35392021224238

Sanchis-Sanchis, A., Grau, M. D., Moliner, A., & Morales-Murillo, C. P. (2020). Effects of age and gender in emotion regulation of children and adolescents. *Frontiers in Psychology, 11*, 946. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00946

Santos, A. C., Simões, C., Daniel, J. R., & Arriaga, P. (2021). Portuguese validation of the cognitive emotion regulation questionnaire short version in youth: Validity, reliability

and invariance across gender and age. *European Journal of Developmental psychology, 20*(2), 384–399. https://doi.org/10.1080/17405629.2021.2011201

Siqueira, M. M. M., & Padovam, V. A. R. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 24(2)*, 201–209.

Swerdlow, B. A., Berk, L., & Johnson, S. L. (2023). Experiences of interpersonal emotion regulation for heople with heightened emotions: An examination in people with bipolar disorder and those with high aggression. *Journal of Emotion and Psychopathology, 1(1)*, 313–327. https://doi.org/10.55913/joep.v1i1.30

Urbón, E., Salavera, C., & Usán, P. (2025). The influence of gender on the relationship between emotional intelligence and psychological well-being in Spanish university students. *BMC Psychology*, 13:393. https://doi.org/10.1186/s40359 025-02730

Vitorino, A. R. M. M. (2018). *Relações entre estratégias de regulação emocional e bem estar psicológico, satisfação com a vida e esperança nos adolescentes*. [Unpublished thesis dissertation]. Universidade de Coimbra.

Wang, C. (2024). Exploration of factors influencing the psychological adjustment of first year college students based on multivariate data analysis. *Applied Mathematics and Nonlinear Sciences, 9*(1), 1–14. https://doi.org/10.2478/amns-2024-1047

Williams, W. C., Morelli, S. A., Ong, D. C., & Zaki, J. (2018). Interpersonal emotion regulation: Implications for affiliation, perceived support, relationships, and ell being. *Journal of Personality and Social Psychology, 115(2)*, 224–254. http://doi.org/10.1037/pspi0000132

Werner-Seidler, A., Perry, Y., Calear, A. L., Newby, J. M., & Christensen, H. (2017). School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 51*, 30–47. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.005

World Health Organization. (2022). *World Mental Health Report*. World Health Organization. ISBN:978-92-4-004933-8

Wright, C. J., Wilson, S. A., Hammer, J. H., Hargis, L. E., Miller, M. E., & Usher, E. L. (2023). Mental health in undergraduate engineering students: Identifying facilitators and barriers to seeking help. *Journal of Engineering Education, 1*(24). https://doi.org/10.1002/jee.20551

Xiong, Z., Liu, C., Song, M., & Ma, X. (2024). The relationship between maladaptive perfectionism and anxiety in first-year undergraduate students: A moderated mediation model. *Behaviour* https://doi.org/10.3390/bs14080628

Zhang, Z., Tong, J., He, Z., & Qi, X. (2025). Relationship between physical activity and eudaimonic well-being in college students based on Ryff's six-factor model of psychological well-being. *BMC* https://doi.org/10.1186/s40359-025-02752-7

Integração Académica e Saúde Mental no Ensino Superior: Um Estudo Qualitativo

Tânia Correia [1,2,3], Susana Barros Fonseca [4,5], Fábio Almeida Lopes, Patrícia Alves [1,2], Sofia Campos [1,4]

[1] Escola Superior de Saúde de Viseu – Instituto Politécnico de Viseu, Portugal (ESSV-IPV)
[2] RISE-Health, Portugal
[3] UICISA-E, Portugal
[4] Escola Superior de Educação de Viseu – Instituto Politécnico de Viseu, Portugal (ESEV-IPV)
[5] CI&DEI, Portugal

Autor Correspondente: Sofia Campos **E-mail:** spires@essv.ipv.pt

Resumo

Introdução: A integração no ensino superior é um determinante relevante do sucesso académico, bem-estar psicológico e prevenção do abandono. **Método:** Este estudo qualitativo procurou compreender, na perspetiva dos estudantes do ensino superior, dificuldades, facilitadores e processos institucionais associados à integração académica e à saúde mental.

Realizaram-se 2 focus groups com estudantes de um Instituto Politécnico, com recurso a um guião semiestruturado. **Resultados:** Os discursos foram submetidos a análise categorial, da qual emergiram 5 categorias e 18 subcategorias: adaptação e integração académica; bem-estar psicológico e saúde mental; dinâmica relacional e clima institucional; condições estruturais e organizacionais; e processos pedagógicos e desenvolvimento profissional. **Discussão:** Os resultados evidenciam que o choque da transição, a sobrecarga académica e organizacional, o sofrimento psicológico, a discriminação, o medo de represálias, a desorganização institucional e as dificuldades socioeconómicas configuram fatores de risco para integração e permanência. Em contraste, apoio social, apoio psicológico institucional, atividades extracurriculares e práticas pedagógicas humanizadas emergem como fatores protetores. Estes indicadores sustentam uma compreensão ecológica da saúde mental dos estudantes e reforçam a pertinência de intervenções multissistémicas, com implicações para a promoção do bem-estar, da permanência e sucesso no ensino superior.

Palavras-chave: Saúde Mental; Estudantes; Educação Superior; Adaptação Psicológica; Promoção da Saúde.

Abstract

Introduction: Integration into higher education is a key determinant of academic success, psychological well-being, and student retention. Method: This qualitative study sought to understand, from the perspective of higher education students, the challenges, facilitators, and institutional processes associated with academic integration and mental health. Two focus groups were conducted with students from a Polytechnic Institute using a semi-structured interview guide. Results: The transcripts were subjected to thematic categorical analysis, from which five categories and eighteen subcategories emerged: academic adaptation and integration; psychological well-being and mental health; relational dynamics and institutional climate; structural and organisational conditions; and pedagogical processes and professional development. Discussion: The findings indicate that transition shock, academic and organisational overload, psychological distress, discrimination, fear of retaliation, institutional disorganisation, and socioeconomic difficulties constitute risk factors for integration and retention. In contrast, social support, institutional mental health support services, extracurricular activities, and humanised pedagogical practices emerged as protective factors. These findings support an ecological understanding of students' mental health and reinforce

the relevance of multisystemic interventions, with implications for promoting well-being, retention, and success in higher education.

Key-Words: Mental Health; Students; Education, Higher; Adaptation, Psychological; Health Promotion.

1. Introdução

A integração no ensino superior constitui um processo complexo e multidimensional que envolve a adaptação dos estudantes a novas exigências académicas, sociais, emocionais e organizacionais. Este período de transição é frequentemente acompanhado por desafios significativos que podem influenciar o bem-estar psicológico, o desempenho académico e a permanência dos estudantes nas instituições de ensino superior (Fonte e Macedo, 2020; Amaro et al., 2024)

A literatura tem demonstrado que a adaptação ao contexto académico está intimamente relacionada com indicadores de saúde mental. As experiências vivenciadas durante os primeiros anos de frequência do ensino superior, nomeadamente a capacidade de estabelecer relações interpessoais, gerir as exigências curriculares e desenvolver um sentimento de pertença à instituição, influenciam a forma como os estudantes enfrentam os desafios académicos. Neste sentido, Fonte e Macedo (2020) evidenciam que perceções mais positivas das experiências académicas tendem a associar-se a melhores indicadores de saúde mental e a uma adaptação mais favorável ao ensino superior.

A saúde mental dos estudantes do ensino superior tem assumido crescente relevância na investigação internacional e nacional. Em Portugal, Amaro et al. (2024) identificaram prevalências expressivas de sintomas de ansiedade e depressão entre estudantes universitários portugueses, evidenciando a influência de fatores académicos, sociais e individuais no bem-estar psicológico. Os resultados revelaram que características como o sexo, as condições económicas, a satisfação com a vida académica e o suporte social se encontram associadas à saúde mental dos estudantes. Os autores alertam para a necessidade de as instituições de ensino superior implementarem estratégias de promoção da saúde mental e de prevenção do sofrimento psicológico, considerando a crescente vulnerabilidade desta população. Estes resultados corroboram a ideia de que a adaptação ao ensino superior não depende apenas das

competências individuais dos estudantes, mas também das condições contextuais e institucionais que moldam a sua experiência académica.

A transição para o ensino superior assume particular relevância nos estudantes que ingressam pela primeira vez neste contexto educativo. De acordo com Haruna et al. (2025), este período é frequentemente marcado por alterações significativas nos estilos de vida, aumento das responsabilidades académicas e necessidade de adaptação a novos contextos sociais, fatores que contribuem para níveis acrescidos de ansiedade, depressão e stress. Os autores destacam a importância da identificação precoce de fatores de risco e da implementação de estratégias institucionais que promovam a adaptação e o bem-estar dos estudantes.

Paralelamente, a literatura evidencia que as dificuldades de saúde mental podem associar-se a comportamentos de risco. Na revisão integrativa realizada por Rodrigues et al. (2023), observa-se uma relação entre problemas de saúde mental e o consumo de substâncias psicoativas entre estudantes do ensino superior. Os autores sugerem que estas substâncias podem ser utilizadas como estratégias inadequadas de regulação emocional perante situações de stress académico, pessoal ou social, reforçando a necessidade de abordagens preventivas e de promoção da saúde mental.

Embora os estudos quantitativos permitam identificar a magnitude dos problemas de saúde mental e os fatores associados, torna-se igualmente importante compreender as experiências subjetivas dos estudantes relativamente à integração académica e ao seu bem-estar psicológico. As metodologias qualitativas oferecem a possibilidade de explorar os significados atribuídos pelos próprios estudantes às suas vivências, permitindo identificar fatores de risco, fatores protetores e práticas institucionais facilitadoras da integração e permanência no ensino superior.

Neste contexto, torna-se fundamental aprofundar o conhecimento sobre os processos que influenciam a adaptação académica e a saúde mental dos estudantes, contribuindo para o desenvolvimento de intervenções multissistémicas que promovam o bem-estar, a permanência e o sucesso académico no ensino superior.

2 Métodos

2.1 Desenho do estudo

Este estudo insere-se numa abordagem qualitativa, de natureza exploratória e descritiva, visando compreender as expectativas, dificuldades e facilitadores da integração e do sucesso académico dos estudantes do ensino superior. Assim, este estudo tem como objetivo geral compreender, na perspetiva dos estudantes, os fatores associados à integração académica e à saúde mental, identificando fatores de risco para a integração e permanência, fatores protetores e práticas institucionais facilitadoras, bem como produzir conhecimento que sustente intervenções de proximidade dirigidas a situações de insucesso e abandono académico.

2.2 Participantes e amostragem

Participaram no estudo estudantes de um Instituto Politécnico português, selecionados através de uma amostragem não probabilística intencional. A seleção dos participantes procurou assegurar a inclusão de estudantes com experiências diversificadas relativamente ao percurso académico e ao processo de integração no ensino superior. Foram definidos como critérios de inclusão estar inscrito num curso de Técnico Superior Profissional (CTeSP) ou de licenciatura no ano letivo de 2024/2025. Como critério de exclusão, considerou-se a inscrição em cursos de mestrado ou doutoramento.

Foram realizados dois grupos focais (focus groups), constituídos por estudantes voluntários que aceitaram participar após terem sido informados sobre os objetivos e procedimentos da investigação.

2.3 Instrumento de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada através de um guião semiestruturado desenvolvido especificamente para o estudo. O guião foi organizado em quatro domínios de exploração: (i) cognitivo, (ii) emocional-social-motivacional, (iii) académico e (iv) organizacional. Estes domínios permitiram explorar as experiências dos estudantes relacionadas com a adaptação ao ensino superior, os desafios enfrentados, os recursos mobilizados e a perceção das respostas institucionais existentes.

2.4 Procedimentos de recolha de dados

Os focus groups decorreram em ambiente reservado e adequado à discussão aberta das experiências dos participantes. As sessões foram moderadas por investigadores com experiência em metodologias qualitativas, seguindo o guião previamente definido, mas permitindo a exploração de temas emergentes considerados relevantes pelos participantes.

Mediante autorização dos participantes, as sessões foram áudio-gravadas e posteriormente transcritas integralmente. Todas as transcrições foram anonimizadas de forma a garantir a confidencialidade e a proteção da identidade dos participantes.

2.5 Análise dos dados

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, segundo a metodologia proposta por Bardin (2016), recorrendo à técnica de análise categorial temática. O processo analítico desenvolveu-se em três fases: (i) pré-análise, envolvendo a leitura flutuante e a organização do corpus; (ii) exploração do material, através da codificação e agregação dos registos em unidades de significado; e (iii) tratamento dos resultados, inferência e interpretação, com vista à identificação de padrões, convergências e divergências nos discursos dos participantes.

As transcrições integralmente anonimizadas constituíram o corpus de análise. As categorias e subcategorias emergiram de forma indutiva a partir dos dados, sendo posteriormente organizadas em estruturas temáticas coerentes com os objetivos da investigação. O processo permitiu identificar perceções dos estudantes relativamente aos fatores de risco e fatores protetores associados à integração académica, à permanência e à saúde mental no ensino superior.

2.6 Considerações éticas

O estudo cumpriu os princípios éticos aplicáveis à investigação com seres humanos, nomeadamente os consignados na Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (1964 e revisões subsequentes) e no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD).

Todos os participantes receberam informação detalhada sobre os objetivos, procedimentos, benefícios e potenciais riscos do estudo, tendo assinado um consentimento informado antes da participação. Foi garantido o caráter voluntário da participação, bem como o direito de desistir do estudo a qualquer momento sem qualquer prejuízo.

O projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu (Parecer n.º 29/SUB/2024).

3 Resultados

Da análise realizada emergiram cinco categorias principais e dezoito subcategorias, organizadas de forma a refletir as dimensões centrais da experiência dos estudantes no ensino superior. A Tabela 1 sintetiza estes resultados, destacando, em primeiro lugar, a *adaptação e integração académica* e o *bem-estar psicológico e saúde mental*, enquanto dimensões diretamente associadas ao processo de transição e ajustamento. Em segundo lugar, evidenciam-se a *dinâmica relacional e o clima institucional*, bem como as *condições estruturais e organizacionais*, sublinhando a importância do contexto institucional na experiência académica. Por fim, surgem os *processos pedagógicos e o desenvolvimento profissional*, que remetem para a dimensão formativa e para as práticas de ensino enquanto fatores influentes na integração e sucesso dos estudantes.

Tabela 1
Resultados

Categoria	SUBCATEGORIA	EXCERTO VERBATIM
Adaptação e Integração Académica	Transição secundário-superior / Choque de adaptação	*"Bioquímica foi, ó, uma beleza que eu não sabia nada."*
	Importância das atividades extracurriculares	*"Nos intervalos, os alunos juntavam-se, os professores também, ao som da dança."*
	Apoio social e redes de suporte	*"É um gabinete de apoio... vamos falar com a professora."*
	Apoio à diversidade e conciliação vida-trabalho	*"Para além dos professores terem formação, eles também deviam ter formação para se adequar ao tipo de alunos."*
Bem-Estar Psicológico e Saúde Mental	Sobrecarga académica e organizacional	*"Nós vemos que nós estamos sobrecarregados, mas eles também estão ali."*
	Sofrimento psicológico e bloqueios	*"Bloqueio, bloqueio, bloqueio... a pressão é tanta que não vai, é muita matéria."*
	Apoio psicológico institucional (e limitações)	*"Apoio psicológico para os alunos quando entram pela primeira vez no estágio."*

	Desumanização e falha dos princípios de cuidado	*"O problema maior está na humanidade das pessoas, no respeito, na empatia de quem ensina."*
	Sobrecarga académica e organizacional	*"Nós vemos que nós estamos sobrecarregados, mas eles também estão ali."*
Dinâmica Relacional e Clima Institucional	Relação professor-estudante / Clima de respeito	*"Chego no hospital para fazer um estágio e tem lá alguém para me humilhar."*
	Discriminação e preconceito (cultural, linguístico)	*"O preconceito que ela sentiu por ser brasileira lá foi muito grande."*
	Medo de represálias e silêncio institucional	*"Eles têm a faca e o queijo na mão... é melhor eu ficar calada."*
	Desvalorização do conhecimento e mérito estudantil	*"Se a escola existe, é porque tem aluno. E se não tem aluno, não tem escola."*
Condições Estruturais e Organizacionais	Desarticulação e desorganização institucional	*"Acho que é um bocado perdido e confuso."*
	Falta de condições materiais e logísticas	*"Ponderamos entre não terem balneários ou não terem a oportunidade de ir para os contextos de estágio."*
	Impacto das condições socioeconómicas	*"Às vezes é um problema, as pessoas têm vergonha, às vezes por questões financeiras."*
Processos Pedagógicos e Desenvolvimento	Métodos de ensino e avaliação	*"A (matéria) não muda, mas a forma de ensinar muda."*
	Necessidade de formação / reciclagem docente	*"Que aqui na escola se preocupem em oferecer formações para cuidar a humanidade."*
	Incongruência entre ensino e prática profissional	*"A abordagem holística chega ali no estágio e nós somos massacrados pelos nossos próprios futuros colegas."*

4 Discussão

4.1 Adaptação e integração académica

Esta categoria evidencia o processo inicial de transição do ensino secundário para o ensino superior como um momento marcado por desafios de adaptação, frequentemente associado a choque académico e exigência cognitiva elevada. O excerto "Bioquímica foi, ó, uma beleza que eu não sabia nada" ilustra a discrepância entre expectativas e exigências reais, refletindo dificuldades na integração curricular e no domínio de conteúdos científicos complexos. De

acordo com vários estudos incluídos numa revisão sistemática da literatura concluem que a exigência académica é um dos fatores que dificulta a adaptação ao ensino superior (Sahão & Kienen, 2021).

Paralelamente, emergem fatores facilitadores da integração, nomeadamente as atividades extracurriculares, descritas como espaços de convivência e coesão social ("Nos intervalos, os alunos juntavam-se, os professores também, ao som da dança"). Estes momentos contribuem para a construção de pertença institucional e para a redução do isolamento inicial como corroborado em outros estudos (Sá, 2023; Almeida, Guisande & Paisana, 2012)

Destaca-se ainda o papel das redes de apoio, que surge com evidência na literatura (Sahão & Kienen, 2021), bem como a referência a estruturas institucionais de suporte ("É um gabinete de apoio... vamos falar com a professora"), evidenciando a importância de mecanismos formais de acompanhamento. No entanto, surge também a necessidade de maior sensibilidade à diversidade estudantil e à conciliação de diferentes perfis e necessidades ("os professores também deviam ter formação para se adequar ao tipo de alunos"), reforçando a ideia de uma integração inclusiva e adaptativa.

4.2 Bem-estar psicológico e saúde mental

Nesta categoria evidencia-se o impacto direto das exigências académicas na saúde mental dos estudantes. A sobrecarga académica e organizacional é descrita como transversal, afetando tanto estudantes como docentes ("Nós vemos que nós estamos sobrecarregados, mas eles também estão ali"), sugerindo uma pressão sistémica. O sofrimento psicológico manifesta-se de forma clara através de bloqueios cognitivos e emocionais ("Bloqueio, bloqueio, bloqueio... a pressão é tanta que não vai"), revelando situações de exaustão e dificuldade de processamento da informação em contextos de elevada exigência. No mesmo sentido, estudos prévios relatam uma menor autoeficácia acadêmica associada a dificuldades de adaptação ao ensino superior (Sahão & Kienen, 2021).

Embora exista apoio psicológico institucional, este é percecionado como limitado e sobretudo reativo, surgindo frequentemente em fases específicas como o estágio ("Apoio psicológico para os alunos quando entram pela primeira vez no estágio"). Isto aponta para a necessidade de uma intervenção mais contínua e preventiva numa fase percecionada como muito exigente. Este tema poderá beneficiar de estudos aprofundados sobre experiências e estratégias em estágio no ensino superior.

Adicionalmente, surgem críticas à desumanização das práticas educativas ("o problema maior está na humanidade das pessoas, no respeito, na empatia de quem ensina"), sublinhando que o bem-estar psicológico está profundamente ligado à qualidade das interações pedagógicas e não apenas a recursos formais de apoio. Este tema tem vindo a ser alvo de reflexão no sentido da humanização do ensino superior no sentido da construção do individuo livre e digno (Costa & Pavan, 2021).

4.3 Dinâmica relacional e clima institucional

Esta categoria evidencia o peso das relações interpessoais e do clima institucional na experiência académica. A relação professor–estudante é frequentemente marcada por assimetrias de poder e experiências negativas em contexto clínico ("tem lá alguém para me humilhar"), o que compromete o sentimento de segurança psicológica e aprendizagem. A discriminação e o preconceito, nomeadamente de natureza cultural e linguística ("o preconceito que ela sentiu por ser brasileira lá foi muito grande"), revelam fragilidades no respeito pela diversidade e na inclusão efetiva de todos os estudantes.

O medo de represálias e o silêncio institucional ("é melhor eu ficar calada") demonstram a existência de ambientes pouco seguros para a expressão de dificuldades ou críticas, reforçando dinâmicas de autocensura e vulnerabilidade. Por outro lado, a desvalorização do papel do estudante ("Se a escola existe, é porque tem aluno") evidencia tensões na perceção de reconhecimento e reciprocidade dentro da comunidade académica. Estes problemas identificados pelos participantes têm sido relatados e identificados por estudantes de ensino superior de outros países surgindo evidências de como estruturas universitárias podem reproduzir desigualdades de forma "normalizada" (Lincoln & Stanley, 2021).

4.4 Condições estruturais e organizacionais

Esta categoria remete para o impacto das condições institucionais na qualidade da experiência académica. A perceção de desorganização e falta de clareza institucional ("um bocado perdido e confuso") sugere fragilidades na gestão académica e na comunicação organizacional. As limitações materiais e logísticas, como a ausência de condições adequadas em contextos de estágio ("não terem balneários"), evidenciam desigualdades estruturais que interferem diretamente na dignidade e experiência formativa dos estudantes. Acresce o impacto das condições socioeconómicas ("às vezes por questões financeiras"), que introduzem desigualdades adicionais no acesso e participação plena na vida académica, reforçando a

necessidade de políticas institucionais mais inclusivas e equitativas. Efetivamente, a comunicação organizacional tem vindo a surgir associada a melhores resultados para a cultura, ambiente e relações no ensino superior (Noro, Cruz, & Kleber, 2024).

4.5 Processos pedagógicos e desenvolvimento profissional

Esta categoria destaca a relação entre metodologias de ensino, formação docente e preparação para a prática profissional. Embora se reconheça a estabilidade dos conteúdos científicos ("A (matéria) não muda"), é salientada a necessidade de adaptação das metodologias de ensino para responder às exigências contemporâneas. A formação contínua dos docentes surge como um elemento essencial ("oferecer formações para cuidar a humanidade"), sublinhando a importância de competências pedagógicas centradas na relação humana, empatia e cuidado. Por fim, emerge uma tensão entre o ensino teórico e a realidade prática clínica ("somos massacrados pelos nossos próprios futuros colegas"), evidenciando uma incongruência entre os princípios ensinados e as práticas observadas em contexto profissional. Esta dissonância pode comprometer a construção de identidade profissional e gerar sentimentos de desilusão e conflito ético. O afastamento entre a componente teórica e o contexto profissional real é transversal a várias áreas como a educação, saúde, desporto, entre muitas outras e este *gap* é estrutural e ocorre quando o conhecimento académico não é traduzido eficazmente para contextos reais de decisão e prática. Arteaga, Biesbroek, Nalau & Howes, 2024). São necessários mais estudos sobre estratégias para combater esta problemática.

5 Conclusão

Globalmente, os resultados apontam para uma compreensão ecológica da experiência académica, onde a adaptação individual, o bem-estar psicológico, as dinâmicas relacionais, as condições institucionais e os processos pedagógicos se interligam de forma dinâmica. Esta interdependência reforça a necessidade de intervenções multissistémicas, capazes de atuar simultaneamente ao nível individual, interpessoal e organizacional, promovendo ambientes académicos mais saudáveis, inclusivos e humanizados. Destaca-se a importância de programas estruturados de integração no 1.º ano, mecanismos de mentoria entre pares e maior valorização das atividades extracurriculares como espaços de inclusão e adaptação.

É igualmente fundamental reforçar a promoção da saúde mental, com respostas de apoio psicológico contínuas e preventivas, bem como a integração do bem-estar na cultura institucional e no currículo. Paralelamente, sublinha-se a necessidade de humanizar as relações

pedagógicas e clínicas, através da formação de docentes e supervisores, da criação de ambientes seguros e da prevenção de práticas de humilhação ou abuso de poder. Acresce ainda a importância de melhorar as condições organizacionais e de garantir maior articulação entre o ensino teórico e a prática clínica, incluindo uma reflexão crítica sobre o currículo oculto.

No plano da investigação futura, são identificadas várias prioridades, nomeadamente estudos longitudinais sobre adaptação académica e bem-estar ao longo do curso, bem como investigações sobre o impacto das experiências de estágio na saúde mental e no desenvolvimento da identidade profissional. Salienta-se também a relevância de explorar dinâmicas de poder, as experiências de estudantes em situação de vulnerabilidade e a efetividade de intervenções institucionais e apoio psicológico.

6 Referências Bibliográficas

Almeida, L. S., Guisande, M. A., & Paisana, J. (2012). Extracurricular involvement, academic adjustment and achievement in higher education: A study of Portuguese students. *Anales de Psicología / Annals of Psychology, 28*(3), 860–865. https://doi.org/10.6018/analesps.28.3.156111

Amaro, P., Fonseca, C., Afonso, A., Jacinto, G., Gomes, L., Pereira, H., José, H., Silva, C., Lima, A., Arco, H., Nabais, J., Lopes, M., Pereira, A., Fragoeiro, I., & Pinho, L. G. (2024). Depression and anxiety of Portuguese university students: A cross-sectional study about prevalence and associated factors. *Depression and Anxiety, 2024*, Article 5528350. https://doi.org/10.1155/2024/5528350

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.

Costa, M. A. da, & Pavan, R. (2021). A importância de Paulo Freire para a educação humanizadora na educação superior. *Revista Docência do Ensino Superior, 11*, 1–13. https://doi.org/10.35699/2237-5864.2021.34551

Fonte, C., & Macedo, I. (2020). Perceção das experiências académicas e saúde mental na adaptação ao ensino superior: Que relações? *Revista Lusófona de Educação, (49)*. https://doi.org/10.24140/issn.1645-7250.rle49.13

Haruna, U., Mohammed, A.-R., & Braimah, M. (2025). Understanding the burden of depression, anxiety and stress among first-year undergraduate students. *BMC Psychiatry, 25*, 632. https://doi.org/10.1186/s12888-025-07069-8

Lincoln, Y. S., & Stanley, C. A. (2021). The faces of institutionalized discrimination and systemic oppression in higher education. *Journal of Education Human Resources*.

Noro, C. A. e S., Cruz, C. M. L., & Kleber, A. E. (2024). Organizational communication in higher education institutions: An analysis of benefits and challenges in a systematic literature review. *Seven Editora*, 126–144. https://sevenpubl.com.br/editora/article/view/3677

Rodrigues, A., Simões, A., Pais, M., Guerra, M., Coelho, M., Rosa, P., Ferreira, N., & Marinheiro, P. (2023). Saúde mental dos estudantes do ensino superior e o consumo de substâncias psicoativas: Revisão integrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento, (31)*, 33–52. https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2023.11842

Sá, M. J. (2023). Student academic and social engagement in the life of the academy—A lever for retention and persistence in higher education. *Education Sciences, 13*(3), 269. https://doi.org/10.3390/educsci13030269

Sahão, F. T., & Kienen, N. (2021). Adaptação e saúde mental do estudante universitário: Revisão sistemática da literatura. *Psicologia Escolar e Educacional, 25*, e224238. https://doi.org/10.1590/2175-35392021224238

Intervenção de posvenção em contexto escolar: Dinamização do Programa Mais Contigo

Benvinda Pedroso[1], Carla Silva[2], João Marques[2], José Carlos Santos[3], Jorge Façanha [4], Sílvia Aleixo[2]

[1] ULS Amadora Sintra, Portugal
[2] ULS S. José, Portugal
[3] Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Coimbra, Portugal
[4] ULS Coimbra, Portugal

Autor Correspondente: Sílvia Aleixo. **E-mail:** ecrlvt.maiscontigo@gmail.com

Resumo

Introdução: O Programa Mais Contigo visa a promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários em jovens do 7º ao 12º ano. A intervenção posvenção visa promover o luto adaptativo, a literacia em saúde mental, a dinamização da rede de intervenção local e a prevenção da mimetização do comportamento suicidário. **Método:** Formação de profissionais de saúde. Sessões de sensibilização a agentes educativos e a pais. Sessões em sala de aula. Metodologia expositiva e interativa. Articulação com recursos locais para adolescentes em situação de sofrimento emocional. Intervenção de posvenção durante um ano letivo com 57 alunos do ensino secundário após a morte por suicídio de um aluno. São avaliadas as dimensões sintomatologia depressiva, autoconceito, bem-estar e *coping* com instrumentos validados para a população portuguesa. **Resultados:** Melhoria com diferença estatisticamente significativa para a dimensão autoconceito. Sintomatologia depressiva e *coping* não apresentaram alterações. Bem-estar diminuiu sem significância estatística. **Discussão:** A melhoria do autoconceito contribui para maior consciência de si e contacto com emoções e sentimentos vivenciados e reconhecidos pelo próprio. O Programa Mais Contigo contribui para a psicologia da saúde por via da promoção de competências socioemocionais dos adolescentes, promoção da literacia em saúde mental, bem como da identificação e procura de recursos de ajuda.

Palavras-chave: suicídio; adolescência; posvenção; escola.

Abstract

Introduction: The "Mais Contigo" Program aims to promote mental health and prevent suicidal behaviour in young people from the 7th to the 12th grade. The postvention intervention aims to promote adaptive grief, mental health literacy, strengthening of the local intervention network, and the prevention of suicidal behaviour. **Method:** Training of health professionals. Awareness sessions for educational agents and parents. Classroom sessions. Expository and interactive methodology. Coordination with local resources for adolescents experiencing emotional distress. Postvention intervention during one school year with 57 secondary school students after the suicide death of a student. The dimensions of depressive symptomatology,

self-concept, well-being, and coping are assessed using instruments validated for the Portuguese population. **Results:** Improvement with a statistically significant difference for the self-concept dimension. Depressive symptomatology and coping did not show changes. Well-being decreased without statistical significance. **Discussion:** Improved self-concept contributes to greater self-awareness and contact with emotions and feelings experienced and recognized by oneself. The "Mais Contigo" Program contributes to health psychology by promoting the socio-emotional skills of adolescents, promoting mental health literacy, as well as identifying and seeking help resources.

Keywords: suicide; adolescence; postvention; school.

1. Introdução

A adolescência constitui uma fase do desenvolvimento marcada por intensas transformações biológicas, psicológicas, sociais e identitárias. A Organização Mundial de Saúde define a adolescência como o período compreendido entre os 10 e os 19 anos (World Health Organization (WHO) and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2021). Neste período, os jovens enfrentam desafios relacionados com a construção da identidade, a autonomia, a integração social e a regulação emocional, fatores que os tornam particularmente vulneráveis ao sofrimento psíquico. Quando a estes desafios se associam contextos de adversidade, luto, exclusão social, conflito familiar, problemas de saúde mental ou exposição a eventos traumáticos, aumenta o risco de aparecimento de sintomas depressivos, ideação suicida e outros comportamentos de risco (WHO and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2021).

A saúde mental na adolescência deve ser compreendida como um processo dinâmico, influenciado por fatores individuais, familiares, escolares e comunitários. Nesta etapa da vida, a capacidade de adaptação do adolescente está em construção, o que significa que experiências de frustração, rejeição, perda ou insucesso podem ter um impacto particularmente intenso. A presença de sintomas depressivos, ansiedade, isolamento social, baixa autoestima e dificuldades de *coping* pode comprometer o bem-estar e aumentar a vulnerabilidade a pensamentos e comportamentos suicidários (World Health Organization, 2020). Estima-se que cerca de 10 a 20 % dos adolescentes possam vivenciar uma situação de sofrimento mental

intenso ao longo do seu desenvolvimento, podendo representar cerca de 16% do número total de anos perdidos por incapacidade ou morte prematura (Hinton, 2019).

A promoção da saúde mental em adolescentes exige intervenções precoces, universais e integradas. Intervenções centradas apenas no tratamento de situações já instaladas tendem a ser insuficientes, uma vez que o sofrimento emocional frequentemente se desenvolve de forma silenciosa e progressiva. Por isso, programas escolares de prevenção assumem um papel estratégico ao permitirem identificar sinais precoces, promover fatores protetores e fortalecer a capacidade de procura de ajuda (Direção-Geral da Saúde, 2019; Santos et al., 2021).

A escola, enquanto espaço central de socialização e desenvolvimento, desempenha um papel determinante na promoção da saúde mental. É no contexto escolar que muitos sinais de sofrimento emocional se tornam visíveis, sendo também neste espaço que podem ser desenvolvidas estratégias de prevenção primária, secundária e terciária. Entre estas estratégias, destacam-se os programas de promoção da literacia em saúde mental, desenvolvimento de competências socioemocionais e criação de redes de apoio capazes de identificar e encaminhar precocemente situações de risco (Direção-Geral da Saúde, 2019; Santos et al., 2021).

O Programa Mais Contigo insere-se neste paradigma de intervenção. Trata-se de um programa de investigação longitudinal baseado numa intervenção multinível, em rede, no âmbito da promoção da saúde mental e bem-estar e da prevenção de comportamentos da esfera suicidária. Este programa teve início em 2009, promovido pela Administração Regional de Saúde do Centro, IP (ARSC) e a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), e visa promover a saúde mental e bem-estar e prevenir comportamentos da esfera suicidária em jovens que frequentam o 3º ciclo e o Ensino Secundário (Santos et al., 2021). O Programa Mais Contigo é aplicado em todo o território nacional, tendo, até ao momento, chegado a cerca de 92 000 alunos e conta com a cooperação de diferentes instituições e entidades parceiras (Santos et al., 2025).

O Programa contempla os seguintes objetivos gerais: promover a saúde mental e bem-estar em jovens do 3º ciclo e secundário; prevenir comportamentos suicidários; combater o estigma em saúde mental e criar rede de atendimento de saúde mental; e como objetivos específicos: promover o desenvolvimento de competências sociais; promover o autoconceito e a capacidade de resolução de problemas; promover a assertividade na comunicação; melhorar a expressão e

gestão de emoções; detetar precocemente situações de sofrimento mental; e fortalecer redes de apoio nos serviços de saúde (Santos et al., 2021).

O Programa Mais Contigo apresenta três versões de intervenção com base numa metodologia idêntica, mas com especificidades próprias:

- A intervenção padrão destinada a todos os alunos do 3º ciclo do ensino básico e do ensino secundário que é constituída por sete sessões – duas de avaliação através de questionário pré e pós intervenção e cinco de intervenção. As sessões de intervenção incidem sobre as temáticas: estigma e adolescência; autoestima e autoconceito; conflito e resolução de problemas; e bem-estar individual e de grupo. Cada ano de intervenção tem previsto um grupo controlo (Santos et al., 2021);
- A intervenção tela de emoções está especificamente adaptada para adolescentes do ensino artístico - dança, música, artes e espetáculo e é constituída por oito sessões – acrescentando ao modelo padrão uma sessão relacionada com o corpo, imagem corporal, processo de tomada de decisão e projeto de vida futuro. Cada ano de intervenção tem previsto um grupo controlo (Santos et al., 2019);
- A intervenção de posvenção é especificamente desenvolvida após uma morte por suicídio de um adolescente que frequenta o ensino escolar independentemente da via de ensino. É constituída por 12 sessões – acrescem ao modelo padrão as temáticas: comunicação e expressão de sentimentos e emoções, esperança e pedido de ajuda/identificação de recursos. A intervenção de posvenção não tem necessariamente previsto um grupo controlo, mas promove-se a continuidade do programa, com o desenvolvimento do programa mais contigo padrão nos anos letivos subsequentes (Santos et al., 2026).

O suicídio em idade escolar constitui uma preocupação de saúde pública. Além do impacto devastador da perda, um suicídio ocorrido num contexto educativo pode desencadear perturbação emocional generalizada, sentimentos de culpa, medo, confusão e risco acrescido de imitação entre pares. A literatura tem demonstrado que a exposição ao suicídio de um colega ou membro da comunidade pode aumentar a vulnerabilidade de adolescentes já fragilizados, sobretudo quando não existe uma resposta organizada e informada da escola (Santos et al., 2026; Williams et al., 2024).

A escola tem, por isso, um papel decisivo na contenção do impacto de um suicídio. Não se trata apenas de responder ao evento em si, mas de criar condições para que os alunos

compreendam o sucedido, expressem emoções de forma segura e tenham acesso a apoio psicológico e social. A ausência de intervenção pode favorecer o silêncio, a existência de rumores, a desinformação e a intensificação do sofrimento (Williams et al., 2024).

O programa prevê formação específica de profissionais de saúde antes do desenvolvimento do mesmo em contexto escolar no âmbito das atividades das equipas locais de saúde escolar (ELSE). O programa é desenvolvido na escola após o preenchimento da proposta de adesão com manifestação expressa dessa vontade. Por conseguinte, são realizadas sessões de sensibilização abertas a todos os agentes educativos e, num momento distinto, a todos os pais e/ou Encarregados de Educação (EE). Nas sessões de sensibilização são abordados os temas relacionados com a saúde e a doença mental na adolescência, comportamentos suicidários e como preveni-los e é apresentada a metodologia do Programa, bem como os seus resultados mais recentes. A dinamização do Programa prevê sessões em sala de aula com cada turma em programa, com a duração de um tempo letivo. É mandatória a presença do professor em sala de aula durante as sessões. A intervenção nas turmas é realizada com base num guião pré-definido com metodologia expositiva, interativa e recurso a dinâmicas de grupo (Santos et al., 2026).

Na intervenção multinível e em rede, prevê-se a possibilidade de orientação dos adolescentes em situação de sofrimento emocional para apoio no Serviço de Psicologia e Orientação (SPO) em contexto escolar ou, em articulação com as ELSE, para os cuidados de saúde primários ou cuidados de saúde diferenciados. A intervenção de posvenção prevê adicionalmente uma reunião de articulação e planeamento com os diferentes intervenientes onde se identifica a população que apresenta risco acrescido para além da turma do adolescente que morreu por suicídio consumado. Neste sentido, é apresentada uma proposta de intervenção (Santos et al., 2026).

No âmbito do Programa Mais Contigo, a intervenção de posvenção ocupa um lugar particularmente relevante. A intervenção de posvenção é a intervenção específica e especializada que corresponde ao conjunto de ações que se deve disponibilizar após a morte de alguém por suicídio, inclui cuidados e apoio geral, assim como o tratamento específico que os sobreviventes de um ato suicida ou comportamento autolesivo necessitem. Os sobreviventes enlutados por suicídio são todos aqueles que apresentem uma ligação significativa à pessoa que morreu por suicídio (Santos et al., 2026).

A intervenção de posvenção promove e permite a expressão de sentimentos e emoções relacionados com a perda e o luto, bem como a aquisição de estratégias individuais para lidar com este acontecimento de vida numa fase de desenvolvimento complexa e estruturante. A promoção das competências socioemocionais e da literacia em saúde mental, permite identificar, intervir e encaminhar com eficiência os adolescentes que se encontrem em sofrimento. A intervenção de posvenção visa, especificamente, promover o luto adaptativo, a literacia em saúde mental, a dinamização da rede de intervenção local e a prevenção da mimetização de comportamentos suicidários. A dinamização da rede de intervenção escola/equipa de intervenção local com suporte dos serviços diferenciados, bem como da continuidade do programa no agrupamento de escolas, permitem uma maior eficiência na prevenção de comportamentos suicidários (Santos et al., 2026).

Em 2021, decorrente da necessidade de dinamizar e expandir o Programa com maior proximidade às equipas de intervenção local, foram criadas as equipas coordenadoras regionais, designadamente a de Lisboa e Vale do Tejo (ECRLVT), que inclui na sua ação, entre outras atividades, assegurar a dinamização das intervenções de posvenção.

Neste artigo, descrevemos a intervenção de posvenção desenvolvida em contexto escolar. São descritos os pressupostos do Programa Mais Contigo, a metodologia adotada, os instrumentos de avaliação utilizados e os principais resultados observados. A discussão centra-se no significado da melhoria do autoconceito e no contributo deste programa para a psicologia da saúde e para a prevenção do suicídio em adolescentes.

2. Métodos

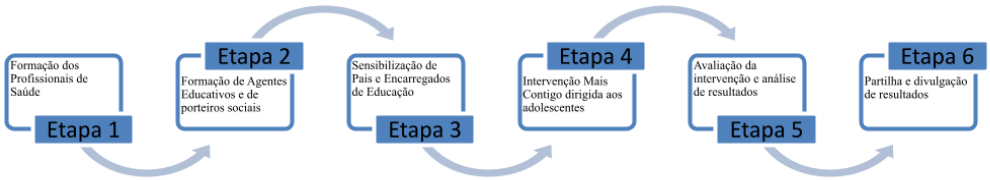
A intervenção de posvenção Mais Contigo envolveu a totalidade dos alunos de um estabelecimento de ensino secundário artístico num total de 6 turmas e 57 alunos após uma morte por suicídio de um aluno dias antes do regresso às aulas após a interrupção letiva de verão. A intervenção de posvenção teve início pouco tempo após o evento e prolongou-se de forma sustentada ao longo do ano letivo (entre outubro e julho), assegurando continuidade e presença regular junto da comunidade escolar, uma vez que o Programa prevê a permanência no estabelecimento de ensino ao longo de todo o ano letivo.

A implementação do programa (ver figura 1) prevê, numa primeira fase, formação específica de profissionais de saúde afetos às equipas locais de saúde escolar. Esta preparação visa uniformizar procedimentos, reforçar competências de comunicação e garantir segurança

na abordagem de temas sensíveis. Em seguida, desenvolvem-se sessões de sensibilização dirigidas aos agentes educativos e aos pais ou encarregados de educação. As sessões de sensibilização abordam temas centrais como saúde mental na adolescência, doença mental, comportamentos suicidários, fatores de risco e fatores protetores. Paralelamente, apresenta-se a lógica do programa e os seus objetivos, de modo a envolver a comunidade escolar e promover uma intervenção partilhada.

Figura 1

Modelo de Intervenção Mais Contigo em seis etapas (Santos et al., 2026)



A componente central da intervenção decorre em sala de aula com cada turma. As sessões têm a duração de um tempo letivo e seguem um guião previamente definido. A metodologia combina exposição, interação e dinâmicas de grupo, permitindo que os alunos participem de forma ativa e segura. A presença do professor é obrigatória, o que contribui para a partilha de informação pertinente, para a confiança e para a continuidade pedagógica. Durante as sessões, são trabalhados conteúdos relacionados com emoções, luto, apoio entre pares, procura de ajuda e recursos disponíveis. A intervenção procura não apenas transmitir informação, mas também criar um espaço de escuta e elaboração emocional. A presença de diferentes momentos de reflexão e participação facilita a expressão de dúvidas, receios e experiências pessoais.

Um dos pilares do programa é a articulação com recursos locais para adolescentes em sofrimento emocional. Sempre que são identificadas situações de risco, os alunos podem ser encaminhados para o SPO da escola, para as ELSE ou para serviços especializados de saúde. Esta articulação garante uma resposta mais rápida e ajustada às necessidades individuais.

No caso da posvenção, a reunião de articulação e planeamento com os diferentes intervenientes assume particular importância. Nessa reunião identifica-se a população potencialmente mais vulnerável, para além da turma mais diretamente exposta à perda, e define-se uma proposta de intervenção específica. Tal permite responder de forma gradual ao impacto do suicídio e adaptar os apoios às necessidades observadas.

Instrumentos e Avaliação

A componente de investigação assenta num desenho quasi-experimental com avaliação pré e pós-intervenção, realizada através da aplicação de escalas/questionários. Foram utilizados os instrumentos traduzidos e validados para a população portuguesa: - Índice de Bem-Estar OMS-5 / WHO-5 (WHO, 1998); Escala Toulosiana de *Coping* ([ETC] (Esparbés et al., 1993), validada por Tap et al. (2005); Inventário Depressivo de Beck - II (Beck et al., 1996), validado por Martins (2000); e Autoconceito - Escala de Autoconceito de Piers-Harris 2 (Piers & Herzberg, 2002) validado por Veiga (2006).

O uso de instrumentos validados permite aumentar a fiabilidade dos resultados e possibilita a comparação entre momentos de avaliação. A análise centrou-se em quatro dimensões principais: sintomatologia depressiva, autoconceito, bem-estar e *coping*. Estas variáveis são particularmente relevantes na adolescência, uma vez que refletem o modo como o jovem se percebe, lida com dificuldades, experimenta bem-estar e manifesta sofrimento.

A escolha de variáveis psicológicas diversas permite compreender o impacto da intervenção de forma mais abrangente. Nem sempre uma intervenção educativa ou psicossocial produz efeitos imediatos em todas as dimensões; por isso, é importante analisar simultaneamente os domínios mais suscetíveis de mudança e aqueles que tendem a estabilizar mais lentamente.

3. Resultados

Dos 57 alunos em programa, foram considerados 42 questionários válidos na 1ª fase e 39 na 2ª fase. A média de idades situou-se em 16,98 anos na 1ª fase. Relativamente ao género, na 1ª fase: 20,5% masculino, 74,4% feminino e 5,1% não binário. Analisámos também a presença de sintomatologia depressiva moderada a grave, sendo que na 1ª fase foi de 50,0% e na 2ª fase foi de 48,7%.

A análise estatística foi realizada com recurso a estatística descritiva e ao teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov. Não tendo sido verificada distribuição normal, aplicou-se o teste não paramétrico de Wilcoxon. Os resultados apresentados na Tabela 1 revelaram diferença estatisticamente significativa para a dimensão autoconceito. A sintomatologia depressiva e o *coping* não evidenciaram alterações significativas, e o bem-estar diminuiu, embora sem significância estatística.

Tabela 1
Resultados pré e pós intervenção

BEM ESTAR		SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA		COPING		AUTOCONCEITO	
1ª Fase	2ª Fase	1ª Fase	2ª Fase	1ª Fase	2ª Fase	1ª Fase	2ª Fase
15	13,23	18,76	18,10	153,8	153,87	17,55	26,69
⇩		⇔		⇔		⬆	

Este padrão de resultados sugere que a intervenção teve maior impacto na forma como os alunos se percebem a si próprios do que nas dimensões mais diretamente associadas ao humor ou às estratégias de enfrentamento. Em contextos de luto por suicídio, esta diferença pode ser particularmente relevante, uma vez que a reorganização do autoconceito pode constituir um primeiro passo para a integração da experiência vivida.

Durante o período em que a intervenção de posvenção ocorreu não foram identificadas novas tentativas de suicídio ou suicídio consumado.

4. Discussão

A melhoria significativa do autoconceito constitui o principal achado da intervenção, reforçando resultados anteriores do Programa (Santos et al., 2026). O autoconceito refere-se à forma como o indivíduo se perceciona, interpreta as suas capacidades, limitações e valor pessoal (Liu & Wang, 2024). Em adolescentes, trata-se de uma dimensão em permanente construção, fortemente influenciada pelas relações interpessoais, pelo contexto escolar e pela experiência emocional. Uma intervenção que favoreça a expressão de sentimentos e a reflexão sobre si pode contribuir para o aumento da consciência pessoal e para uma perceção mais integrada da própria experiência (Das et al., 2016). Neste caso, a melhoria do autoconceito poderá refletir o efeito de um espaço seguro de escuta, partilha e validação emocional. Ao falarem sobre a perda, o sofrimento e as estratégias de apoio, os alunos podem ter desenvolvido maior contacto com os seus sentimentos, reconhecendo-os e nomeando-os com mais clareza. Essa tomada de consciência pode reforçar a autoestima e a capacidade de autorregulação (Liu & Wang, 2024).

Por outro lado, a ausência de alterações significativas na sintomatologia depressiva e no *coping* não deve ser interpretada sumariamente como ausência de efeito da intervenção. Em contextos de trauma coletivo e luto por suicídio, algumas dimensões psicológicas tendem a

exigir tempos mais longos para se transformarem. A morte por suicídio é considerada como violenta e pode ter um impacto severo nos sobreviventes enlutados. Neste sentido, as necessidades de ajustamento são diversas e estão muito condicionadas pelo estigma percecionado e consequente isolamento (Azorina et al., 2019).

A diminuição do bem-estar, embora sem significância estatística, merece também atenção. É plausível que o contacto com a experiência de perda tenha conduzido, pelo menos temporariamente, a maior consciência do sofrimento próprio e alheio. Nessa medida, o aumento do autoconceito pode coexistir com uma perceção menos favorável do bem-estar global, sem que isso invalide a utilidade da intervenção.

Será importante referir a importância da não repetição dos comportamentos suicidários pela mimetização do comportamento durante o período da intervenção posvenção.

Os dados apresentados resultam de um estudo quantitativo. Para uma melhor compreensão dos resultados quantitativos ressalvamos a importância da avaliação qualitativa. Pode sempre ser acrescentada informação de cariz mais qualitativa resultante da avaliação da Equipa de Saúde Local como forma de enquadramento e ou interpretação dos mesmos, resultante das dinâmicas das sessões, das atividades do Dia Mais Contigo ou das necessidades identificadas e respetiva sinalização a serviços de saúde.

O Programa Mais Contigo tem na sua génese uma intervenção comunitária e multinível. A intervenção em contexto comunitário permite redução do estigma associado à saúde mental e promove a literacia em saúde mental e a procura de ajuda. A Carta de Ottawa defende a promoção da saúde como fator fundamental de melhoria da qualidade de vida e a capacitação da comunidade (Santos et al., 2021). A Saúde Escolar identifica a saúde mental como uma área de intervenção prioritária (Direção-Geral da Saúde, 2019).

Neste sentido, este Programa contribui para a melhoria contínua das intervenções no âmbito da psicologia da saúde por via da promoção de competências socioemocionais, as quais se apresentam como uma das intervenções mais custo-efetiva para a prevenção do suicídio junto dos jovens. Competências como a comunicação assertiva, a regulação emocional, a resolução de problemas e a capacidade de pedir ajuda são fundamentais para que os jovens possam enfrentar dificuldades de forma mais adaptativa (Liu & Wang, 2024). A intervenção não se limita a responder a um evento adverso, mas procura fortalecer recursos internos e externos.

A literacia em saúde mental é outro eixo central. Muitos adolescentes têm dificuldade em identificar sintomas de sofrimento psicológico, em distinguir tristeza de depressão ou em reconhecer a importância de procurar ajuda atempadamente. A escola, quando apoiada por programas estruturados, pode desempenhar um papel pedagógico decisivo na desmistificação da saúde mental e no combate ao estigma (Santos et al., 2021).

A promoção da Saúde Psicológica e do Bem-Estar, contribuem para desenvolver competências transversais de vida, aumentar a literacia em Saúde Psicológica, combater o estigma e promover ambientes mais saudáveis e seguros contribuindo significativamente para a autorregulação emocional, para a resolução de problemas, a gestão do stresse ou a resiliência.

Como síntese podemos referir que o Programa Mais Contigo contribui significativamente para a psicologia da saúde em cinco áreas de abrangência:

- Aumento da literacia em saúde mental como promotor do combate ao estigma e capacitação dos adolescentes no reconhecimento da necessidade e procura de ajuda;
- Intervenção multinível e comunitária com articulação entre cuidados de saúde primários, escolas e famílias, um pilar central da psicologia da saúde pública;
- Desenvolvimento de competências socioemocionais fundamentais como fator protetor de psicopatologia;
- Identificação precoce de necessidades em contexto escolar com o respetivo encaminhamento adequado à necessidade;
- Evidência científica a partir da avaliação sistemática e produção de dados relevantes relativos a várias dimensões, nomeadamente a sintomatologia depressiva nos adolescentes.

A experiência descrita sugere várias implicações relevantes para a prática em contexto escolar. Em primeiro lugar, confirma a importância de respostas rápidas e organizadas após a morte por suicídio de um aluno. A ausência de intervenção pode aumentar o isolamento, a desinformação e o risco de agravamento do sofrimento emocional.

Em segundo lugar, demonstra que a escola pode ser um local privilegiado para ações de posvenção, desde que disponha de profissionais preparados e de articulação com equipas de saúde. O papel dos professores e auxiliares de educação é especialmente importante, não apenas pela presença nas sessões, mas também pela sua capacidade de identificar mudanças de comportamento e sinalizar preocupações dentro e fora da sala de aula.

Em terceiro lugar, evidencia que a intervenção deve ser continuada e não pontual. O luto e o sofrimento emocional não se resolvem em intervenções pontuais, exigindo acompanhamento um acompanhamento estruturado ao longo do tempo. A permanência do programa durante todo o ano letivo permite observar evoluções, reforçar mensagens preventivas e ajustar respostas.

Por fim, o estudo reforça a necessidade de integrar avaliação rigorosa (de diagnóstico e de impacto) nos programas desenvolvidos em saúde escolar. A recolha sistemática de dados permite identificar ganhos, limitações e áreas de melhoria, contribuindo para a consolidação de práticas baseadas na evidência.

5. Considerações Finais

O Programa Mais Contigo representa uma resposta estruturada, integrada e baseada na evidência para a promoção da saúde mental e prevenção do suicídio em adolescentes. A sua intervenção de posvenção, aplicada após uma morte por suicídio consumado, revelou-se particularmente relevante para apoiar a comunidade escolar, promover o luto adaptativo e fortalecer recursos socioemocionais.

Os resultados obtidos evidenciaram uma melhoria significativa no autoconceito, sugerindo que a intervenção contribuiu para uma maior consciência de si e para um contacto mais elaborado com emoções e sentimentos. Embora não tenham sido observadas alterações significativas na sintomatologia depressiva, no *coping* ou no bem-estar, a intervenção mostrou potencial preventivo e formativo, especialmente no quadro da psicologia da saúde.

Conclui-se que programas como o Mais Contigo são fundamentais para a construção de ambientes escolares mais seguros, informados e protetores. A articulação entre escola, saúde e família constitui um eixo central para a prevenção do sofrimento emocional e para a resposta adequada a situações de crise. A posvenção, quando bem implementada, não é apenas uma reação a uma perda, mas uma oportunidade para promover saúde, literacia e resiliência em toda a comunidade educativa.

6. Referências Bibliográficas

Azorina, V., Morant, N., Nesse, H., Stevenson, F., Osborn, D., King, M., & Pitman, A. (2019). The perceived impact of suicide bereavement on specific interpersonal relationships: A qualitative study of survey data. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*. https://doi.org/10.3390/ijerph16101801

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II.* Psychological Corporation.

Das, J. K., Salam, R. A., Lassi, Z. S., Khan, M. N., Mahmood, W., Patel, V., & Bhutta, Z. A. (2016). Interventions for adolescent mental health: An overview of systematic reviews. *Journal of Adolescent Health*, *59*(59), S49–S60. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.020

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Saúde Mental em Saúde Escolar - Manual para a promoção de competências socioemocionais*. https://saudemental.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/12/ManualSaudeMental_PNSM_dez2019.pdf

Esparbès, S., Sordes-Ader, F., & Tap, P. (1993). Présentation de l-échelle de coping. In *Les stratégies de coping* (pp. 89 -107). Journées du Labo PCS 93. St Criq (Actes).

Hinton, R. (2019). Adolescent mental health: Time for action. Em *WHO* (Número 8). https://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/AMH.pdf?ua=1

Liu, X.-Q., & Wang, X. (2024). Adolescent suicide risk factors and the integration of social-emotional skills in school-based prevention programs. *World Journal of Psychiatry*, *14*(4), 494–506. https://doi.org/10.5498/wjp.v14.i4.494

Martins, A. (2000). *As manifestações clínicas da depressão na adolescência.* [Master dissertation]. Dissertação de Mestrado. Porto: Faculdade de Medicina do Porto.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2000). *Prevenção do suicídio: Um manual para profissionais da saúde em atenção primária.* Genebra. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d122e560-d009-4c83-8626-985cc3ab3278/content

Piers, E., & Herzberg, D. (2002). *Piers-harris 2: Piers-harris children's self-concept scale* (2nd ed.). Wilshire Boulevard, CA: Western Psychological Services.

Santos, J. C., Erse, M. P., Simões, R. P., Façanha, J. N., Marques, L. A., Matos, M. E., Loureiro, C. R., & Quaresma, M. H. (2021). + *Contigo 2021: Promoção de saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa* (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Ed.).

Santos, J. C., Façanha, J., Erse, M. P., Simões, R., Marques, L., Loureiro, C., & Matos, E. (2025, Setembro 24). XIV Encontro Nacional Mais Contigo. *Mais Contigo - Resultados 2024/2025*.

Santos, J. C., Façanha, J., Quaresma, M. H., Matos, M. E., Nabais, A., Coruche, I., Calças, C., Simeão, M. de L., Brás, M., Carmo, C., Erse, M. P., Simões, R., Marques, L., & Loureiro, C. (2019). *Mais Contigo Tela de Emoções - promoção de saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários no ensino artístico* (associação honorífica da escola superior de enfermagem de Coimbra, ed.).

Santos, J. C., Marques, J. P., Aleixo, S. A., Erse, M. P., Pedroso, B., Loureiro, C., Silva, C., Pereira, C., Carmo, C., Cruz, D., Façanha, J., Marques, L., Matos, M. E., Brás, M., & Simões, R. (2026). *Manual de intervenção de posvenção Mais Contigo (Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Coimbra, Ed.)*.

Tap, P., Costa, E., & Alves, M. (2005). Escala toulousiana de coping (ETC) - Estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças, 6*(1), 47–56.

Veiga, F. H. (2006). Uma nova versão da escala de autoconceito Piers-harris children's self-concept scale (PHCSCS-2). *Psicologia e Educação, 5*(1), 39–48.

Williams, D. Y., Wexler, L., & Mueller, A. S. (2024). Suicide postvention in schools: What evidence supports our current national recommendations? *School Social Work Journal*, *46*(2). https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10869049/

World Health Organization. (2020). *Adolescent Mental Health*. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health

World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). (2021). *Helping adolescents thrive toolkit: Strategies to promote and protect adolescent mental health and reduce self-harm and other risk behaviours*. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3aaaa939-fdcb-45b2-8ddf-f819da553a55/content

Lidar com a Ansiedade no Ensino Secundário: Adaptação do Programa "4YourMind"

Maria João Carapeto[1,2,3], Anabela Pereira[1,3,4], Sofia Alves[1] e Inês Agostinho[1,3,4]

[1] Universidade de Évora, Departamento de Psicologia, Portugal
[2] CHRC – Comprehensive Health Research Center, Universidade de Évora, Portugal
[3] Sec-Psi – Serviço de Extensão à Comunidade em Psicologia, Universidade de Évora, Portugal
[4] CIEP – Centro de Investigação em Educação e Psicologia, Universidade de Évora, Portugal

Autor Correspondente: Maria João Carapeto. **E-mail:** mjcarapeto@uevora.pt

Resumo: Os problemas de ansiedade apresentam elevada prevalência na adolescência, prejudicando o bem-estar, percurso académico e desenvolvimento psicossocial dos adolescentes. Este estudo tem como objetivo avaliar o efeito do programa de promoção de competências "4YourMind – Lidar com a Ansiedade" em estudantes do ensino secundário. Inicialmente desenhado para estudantes universitários, o programa baseia-se na perspetiva cognitivo-comportamental e estrutura-se em quatro sessões semanais que trabalham conhecimentos e competências de literacia e automonitorização da ansiedade, regulação fisiológica da ansiedade, identificação e substituição de pensamentos disfuncionais, e exposição gradual. Participaram no estudo 34 estudantes de 11º ano de uma escola secundária do distrito de Évora, distribuídos por dois grupos: intervenção e controlo. Medidas de literacia em ansiedade, consciência corporal das emoções, autorregulação fisiológica, reavaliação cognitiva e sintomas de ansiedade, foram recolhidas em dois momentos (pré e pós-intervenção), e de satisfação com o programa após a intervenção. O programa contribuiu para melhorar a literacia em ansiedade e a consciência corporal das emoções. Melhorias na autorregulação fisiológica e na reavaliação cognitiva parecem também promissoras. Os participantes fizeram uma avaliação positiva do programa. Os resultados são discutidos, as limitações do estudo analisadas e retiradas implicações para aperfeiçoamento do programa e estudos futuros.

Palavras-chave: Saúde mental; Adolescentes; Prevenção; Promoção de competências.

Abstract: Anxiety-related problems are highly prevalent during adolescence, adversely affecting adolescents' well-being, academic trajectories, and psychosocial development. This study aimed to evaluate the effectiveness of the "4YourMind – Coping with Anxiety" skills-promotion program among secondary school students. Originally designed for university students, the program is grounded in the cognitive-behavioural approach and comprises four weekly sessions focused on anxiety literacy and self-monitoring, physiological regulation of anxiety, identification and restructuring of dysfunctional thoughts, and gradual exposure. The study included 34 eleventh-grade students from a secondary school in the Évora district, who were allocated to either an intervention group or a control group. Measures of anxiety literacy, bodily awareness of emotions, physiological self-regulation, cognitive reappraisal, and anxiety symptoms were collected at two time points (pre- and post-intervention), while program satisfaction was assessed following the intervention. The program contributed to improvements in anxiety literacy and bodily awareness of emotions. Improvements in physiological self-regulation and cognitive reappraisal also appear promising. Participants reported high levels of satisfaction with the program. The findings are discussed, study limitations are examined, and implications for program refinement and future research are outlined.

Key-Words: Mental health; Adolescents; Prevention; Skills promotion.

1. Introdução

A adolescência é um período de intensas transformações biológicas, psicológicas e sociais e, por isso, particularmente sensível ao desenvolvimento de sintomas de ansiedade (Rapee et al. 2023). Efetivamente, estudos internacionais mostram que os problemas de ansiedade constituem uma das perturbações psicológicas mais frequentes na adolescência (e.g., UNICEF, 2021), representando assim uma preocupação relevante em termos de saúde pública, devido não só à sua elevada prevalência, como também ao seu início precoce e impacto no desenvolvimento emocional, social e académico dos jovens. Têm sido indicadas múltiplas consequências negativas dos problemas de ansiedade nos adolescentes, como dificuldades de adaptação escolar, menor rendimento académico, problemas interpessoais, absentismo,

consumo de substâncias e maior risco de desenvolvimento posterior de depressão e outras perturbações mentais (Essau et al., 2000; Woodward & Fergusson, 2001). Adicionalmente, perturbações de ansiedade não tratadas durante a adolescência podem associar-se a comorbilidades (e.g. depressão, comportamentos autolesivos, ideação suicida) e maior risco de recorrência na adultez (Blake et al., 2024; Doering et al., 2019; Guan et al., 2024).

A literatura aponta para fatores como a pressão académica, exposição a redes sociais e incerteza relativamente ao futuro, que contribuem para o desenvolvimento de problemas de saúde mental, nomeadamente o aumento dos níveis de ansiedade (OECD, 2021; Orben et al. 2024; Steare et al. 2023; World Health Organization [WHO], 2022). Também os contextos escolar, familiar e social parecem ter um papel relevante na manifestação de problemas de ansiedade nesta fase. Contextos escolares pouco inclusivos, com um clima escolar negativo e contextos familiares conflituosos, com baixa capacidade comunicativa, poderão aumentar os níveis de ansiedade e dificultar a regulação emocional dos jovens (Podiya et al. 2025; Zhang, 2024). Em contrapartida, ambientes familiares seguros, protetores, bom suporte social, competências socioemocionais e literacia em saúde mental, podem atuar como fatores protetores no desenvolvimento de perturbações da ansiedade na adolescência (Carapeto & Veiga, 2023; Hu & Cai, 2023; Pontes et al., 2024).

Apesar da elevada prevalência e impacto negativo no bem-estar e desenvolvimento, muitos adolescentes não procuram ajuda especializada para os seus problemas de ansiedade. O reduzido reconhecimento dos sintomas, barreiras associadas ao estigma e à acessibilidade dos serviços de saúde mental, poderão limitar essa procura de ajuda (Radez et al., 2022).

Neste contexto, os programas de prevenção universal têm vindo a assumir particular relevância, especialmente em contexto escolar. Estas intervenções apresentam vantagens importantes, nomeadamente a possibilidade de alcançar um maior número de jovens, reduzir o estigma associado à saúde mental, e promover a literacia em saúde mental bem como competências emocionais e estratégias de coping antes do aparecimento de perturbações clínicas (Colomeischi et al., 2022; Neil & Christensen, 2009; Sun et al. 2025). Alguns destes programas distinguem-se por promoverem competências essenciais para o bem-estar dos adolescentes (Baffsky et al., 2023; DeTore et al., 2026), melhorias a nível da autoestima, relações interpessoais e funcionamento escolar dos participantes (O'Connor et al., 2018). Os programas universais são eficazes na redução de sintomas de ansiedade particularmente quando utilizam abordagens cognitivo-comportamentais e são implementados de forma estruturada em

contexto escolar (Zbukvic et al., 2024). Assim, a sua integração nas escolas tem sido recomendada como uma estratégia de resposta ao aumento dos problemas de saúde mental entre crianças e jovens (WHO, 2022).

Num contexto semelhante, o programa de prevenção universal "4YourMind – Lidar com a Ansiedade" foi inicialmente construído para estudantes universitários, no Serviço de Extensão à Comunidade em Psicologia (SEC-Psi) da Universidade de Évora (Carapeto et al., 2025). Baseado na perspetiva cognitivo-comportamental e numa abordagem transdiagnóstico dos problemas de ansiedade (Norton & Paulus, 2017), organiza-se em torno de 4 sessões (90 minutos/ cada), com os seguintes temas: (a) literacia sobre ansiedade; (b) automonitorização da ansiedade; (c) regulação fisiológica da ansiedade; (d) identificação e substituição de pensamentos disfuncionais; e (e) exposição gradual. Utiliza técnicas como a psicoeducação, prática das habilidades nas sessões, discussão orientada de casos, disponibilização de modelos inspirados nas experiências dos jovens, e proposta de exercícios para realizar entre sessões. Este programa mostrou-se efetivo na redução da ansiedade e na melhoria das estratégias de reavaliação cognitiva e da literacia em ansiedade dos estudantes universitários do grupo de intervenção (em comparação com um grupo de controlo).

Face aos resultados promissores obtidos com esta versão inicial para estudantes universitários, o programa foi adaptado para adolescentes a frequentar o ensino secundário. Entre as adaptações introduzidas destaca-se a revisão das estratégias a promover de modo a serem mais intuitivas, fáceis de recordar, e de aplicação mais viável no quotidiano (e.g. relaxamento muscular progressivo, reestruturação cognitiva); adequação dos modelos e exercícios à experiência adolescente; e alteração da ordem (estratégias de autorregulação fisiológica passam para segunda sessão) e duração (para compatibilizar com horários das aulas) das sessões.

Assim, a versão implementada consistiu em quatro sessões semanais de 50 minutos que focaram sucessivamente as seguintes temáticas: (1) Literacia em ansiedade e automonitorização; (2) Estratégias comportamentais para regulação de dimensões fisiológicas da ansiedade (respiração, relaxamento); (3) Restruturação cognitiva; (4) Exposição gradual.

Desta forma, o objetivo do presente estudo é avaliar o efeito do programa "4YourMind – Lidar com a Ansiedade" em estudantes do ensino secundário, relativamente a: (a) sintomas de ansiedade; (b) habilidades que o programa se propõe promover, designadamente literacia em

ansiedade, autorregulação de componente fisiológica da ansiedade, reestruturação cognitiva e exposição gradual; (c) satisfação dos estudantes do ensino secundário com o programa.

2. Métodos

O presente foi um estudo quase experimental, com grupo de intervenção e grupo de controlo, com subamostras de conveniência.

2.1. Participantes

Participaram 34 estudantes de 11º ano de uma escola secundária do Alentejo. O grupo de intervenção incluiu 18 estudantes pertencentes a uma turma do curso secundário de Ciências e Tecnologias, dos quais 11 do género masculino (61.11%) e 7 do feminino (38.89%), com média de idade de 16.67 (*DP* = 0.69). Maioritariamente reportaram que a sua saúde mental era razoável (44.4%) mas foi também reportada boa (27.8%) ou muito boa (22.2%) saúde mental. A maioria não está a receber apoio psicológico profissional (83.33%) e não toma medicação para problemas emocionais (94.44 %) nem para dormir (100.00%).

Já o grupo de controlo contou 16 participantes, 13 do género feminino (81.25%), dois do masculino (12.5%), e um indicou outro (6.25%). A idade média foi 16.63 (*DP* = 0.50) e frequentavam a mesma turma, 14 no curso secundário de Línguas e Humanidades (87.5%) e dois o Ensino Integrado da Música (12.5%). A maioria indicou que a sua saúde mental era boa (50.00%), os restantes indicando ser esta razoável (37.5%) ou muito boa (12.5%). Um participante tem acompanhamento psicológico e a maioria refere não tomar medicação para problemas emocionais nem para dormir (93.75%; um participante prefere não dizer).

Antes da intervenção, os dois grupos foram considerados semelhantes relativamente a todas as seguintes variáveis: idade, autoperceção de saúde mental, acompanhamento psicológico, e medicação para problemas emocionais e para dormir). Todavia, verificaram-se diferenças significativas na composição dos grupos quanto ao género, sendo o grupo de intervenção maioritariamente masculino e o de controlo maioritariamente feminino, χ^2 (34, 2) = 8.94, p = .011. Outra diferença notável foi a do curso secundário frequentado pelos participantes de cada grupo.

2.2. Instrumentos e Medidas

Para além do um breve questionário sociodemográfico que possibilitou recolher a informação constante na apresentação dos participantes, foram utizados os instrumentos seguintes:

2.2.1 Generalized Anxiety Disorders – 7 Item (GAD-7)

O GAD-7 (Spitzer et al., 2006) inclui sete itens que medem a frequência dos sintomas de ansiedade generalizada numa escala de 0-*Nenhum dia* a 3-*Quase todos os dias*. A versão portuguesa mostra boas qualidades psicométricas (Bártolo et al., 2017).

2.2.2 Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA)

O MAIA (Mehling et al., 2012; versão portuguesa, Machorrinho et al., 2019) mede a consciência interocetiva de modo multidimensional. Neste estudo foram recolhidos dados dos participantes sobre duas dimensões, respetivamente a consciência emocional (consciência das alterações corporais associadas às emoções; 5 itens) e a autorregulação (capacidade de reduzir o stresse e as emoções negativas prestando atenção ao corpo e aos seus sinais; 7 itens). A resposta é fornecida numa escala de 0-*Nunca* a 5-*Sempre*. A versão portuguesa do instrumento mostra adequadas qualidades psicométricas e, em particular, as duas medidas usadas apresentam boa consistência interna (α = .80 e α = .87, respetivamente; Machorrinho et al., 2019).

2.2.3 Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)

O ERQ (Gross & John, 2003; versão portuguesa, Brandão et al., 2017) foi desenvolvido para avaliar duas estratégias de regulação emocional: reavaliação cognitiva e supressão expressiva. A reavaliação cognitiva é a capacidade de reformular o significado de uma situação, constituindo a base para técnicas de reestruturação cognitiva na intervenção cognitivo-comportamental na ansiedade. Foram assim utilizados os três itens desta subescala na versão breve do ERQ (Preece et al., 2023). A resposta é fornecida numa escala de 1-*Discordo totalmente* a 7-*Concordo totalmente*. A subescala em questão mostrou boas qualidades psicométricas (e.g., α = .88; Preece et al., 2023).

2.2.4 Escala Breve de Literacia Sobre Ansiedade (EBLA)

A EBLA, construída para avaliar conhecimento sobre ansiedade e problemas de ansiedade no âmbito do programa "4YourMind – Lidar com a Ansiedade" (4 itens; e.g., "Para uma pessoa com dificuldades em gerir as suas emoções, seria benéfico evitar atividades ou situações que a fazem sentir-se ansiosa"). A resposta é indicada numa escala de 1-*Concordo completamente* a 5-*Discordo completamente*.

2.2.5 Escala de Avaliação da Implementação de Programas (EAIP)

Esta escala avalia a satisfação com a intervenção de modo dimensional (Jardim & Pereira, 2006). Designadamente foram avaliadas as dimensões de apreciação global, objetivos, conteúdos e atividades. Os 17 itens foram respondidos numa escala de 1-Mau a 5-Muito bom, pelo grupo de intervenção, no momento pós-intervenção.

2.3. Procedimentos de Recolha e Análise de Dados

O protocolo de recolha de dados integrou uma declaração de consentimento informado que os encarregados de educação assinaram, contendo informação sobre os objetivos do estudo, as garantias de confidencialidade e anonimato, entre outros aspetos éticos, em conformidade com as orientações da Comissão Nacional de Proteção de Dados e com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados.

Os participantes preencheram os questionários online no Google Forms em dois momentos de avaliação: antes (pré-intervenção) e após (pós-intervenção) a implementação do programa. No grupo de intervenção, a recolha de dados foi realizada uns dias antes da primeira sessão e uns dias após a última sessão do programa. No grupo de controlo, os dados foram recolhidos nas mesmas semanas que no grupo de intervenção. No momento inicial de avaliação, cada participante criou um código alfanumérico individual, desconhecido das investigadoras, que permitiu associar os dados recolhidos nos dois momentos de avaliação, preservando o anonimato dos participantes.

O programa "4YourMind – Lidar com a Ansiedade" foi implementado por uma psicóloga estagiária do Serviço de Extensão à Comunidade em Psicologia (Sec-Psi) da Universidade de Évora, e por uma estagiária do mestrado em Psicologia da mesma Universidade, em quatro sessões semanais ao longo do mês de março de 2026. Estas aplicações ocorreram no horário

das aulas cedidas por quatro professores/as de diferentes disciplinas, e em contexto de sala de aula.

No grupo de intervenção participaram 19 estudantes e no grupo de controlo 17. Todavia só estiveram envolvidos simultaneamente nos dois momentos de avaliação, pré e pós, respetivamente 18 e 16 estudantes. Participaram assim, na avaliação do efeito do programa, um total de 34 estudantes. O grupo de controlo, constituído na modalidade de *waiting list,* veio a beneficiar da intervenção no mês seguinte à última recolha de dados.

Dada a pequena dimensão das subamostras, a análise de dados, realizada com o IBM SPSS v. 17, assentou em estatísticas descritivas e testes não paramétricos. Realizaram-se testes de Mann-Whitney para comparar os dois grupos, de intervenção e de controlo, antes da intervenção nas variáveis em estudo (ansiedade, consciência emocional, autorregulação, reavaliação cognitiva e literacia em ansiedade). As diferenças entre os resultados pré-e pós-intervenção foram testadas através de uma série de testes de Wilcoxon para amostras relacionadas, separadamente para cada grupo. As diferenças foram consideradas estatísticamente significativas quando $p < .05$, e marginalmente significativas quando $.10 < p \leq .05$.

5. Resultados

A Tabela 1 mostra as estatísticas descritivas (median, média e desvio padrão) das varáveis em estudo, em cada um dos grupo, controlo e intervenção, nos momentos de avaliação pré- e pós-intervenção.

Tabela 1
Estatísticas descritivas.

Variável	Grupo	Pré-Intervenção			Pós-Intervenção		
		Med	*M*	*DP*	Med	*M*	*DP*
Ansiedade	Controlo	9	9.75	4.04	8	8	5
	Programa	5	7.06	5.6	5.5	6.22	4.67
Consciência Emocional	Controlo	3.3	3.1	0.84	3.6	3.36	0.94
	Programa	2.2	2.34	1.38	2.9	2.82	1.52
Autorregulação	Controlo	1.75	1.88	1.04	3.25	2.81	1.22

	Programa	2	2	1.26	2.92	2.47	1.3
Reavaliação Cogitiva	Controlo	13	13.38	4.11	13.5	13	4.68
	Programa	13.5	13.67	4.41	15	14	4.75
Literacia	Controlo	2.25	2.3	0.48	2.25	2.33	0.59
	Programa	2.5	2.71	0.76	3.75	3.69	0.8

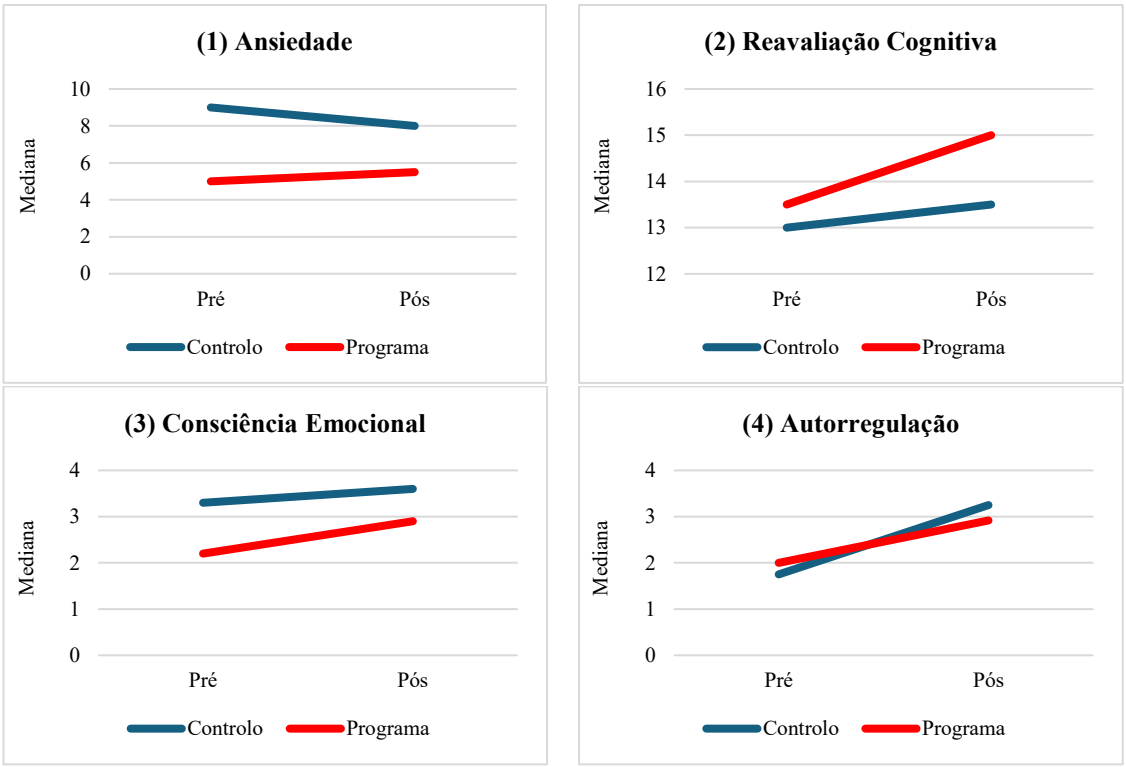
Nota. Med – Mediana.

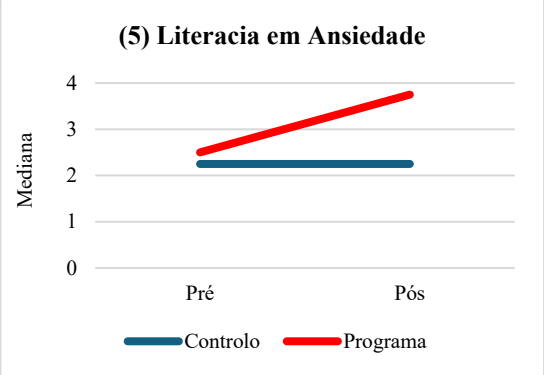
Testes Mann-Whitney sugerem que os grupos de intervenção e de controlo apresentaram resultados idênticos em todas as variáveis antes da intervenção, apesar de os níveis de ansiedade e consciência emocional parecerem relativamente mais elevados no grupo de controlo, como ilustra também a Figura 1.

Relativamente à comparação pré-pós intervenção, verificou-se que a consciência emocional, Z = -2.11, p = .035, e a literacia em ansiedade, Z = -3.51, p < .001, do grupo de intervenção melhoraram após a intervenção, só para o grupo de intervenção.

Figura 1

Níveis de ansiedade, reavaliação cognitiva, consciência corporal das emoções, autorregulação fisiológica e literacia em ansiedade pré e pós-intervenção, nos grupos de intervenção (programa) e de controlo

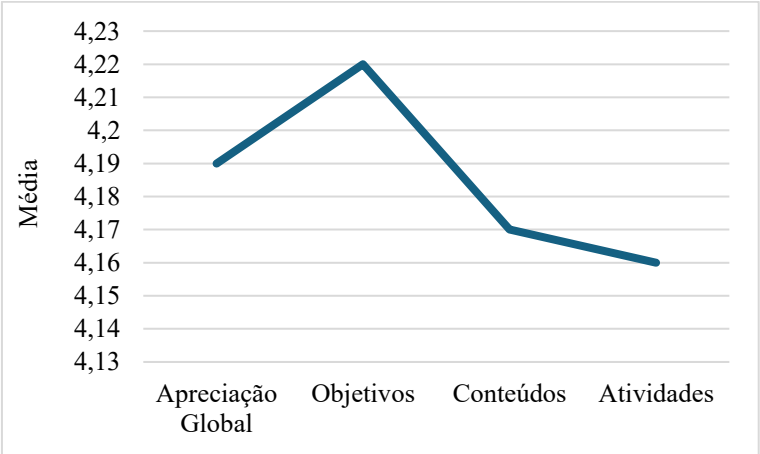




Por outro lado, enquanto a melhoria da autorregulação na avaliação pós-intervenção se apresenta estatisticamente significativa para o grupo de controlo, Z = -3.215, p = .001, ela é marginal no grupo de intervenção, Z = -1.682, p = .093. A aparente melhoria da reavaliação cognitiva para o grupo de intervenção, que a Figura 1.2 sugere, não é estatisticamente significativa.

Quanto à satifação com o programa, o grupo de intervenção revelou-se muito positivo, tendo recebido pontuações entre o 4 (bom) e o 5 (muito bom) nas dimensões avaliadas.

Figura 2
Satisfação dos participantes com o programa (de 1-Mau a 5-Muito Bom)



4. Discussão

O presente estudo teve como objetivo avaliar o efeito do programa "4YourMind – Lidar com a Ansiedade" em estudantes do ensino secundário, analisando o seu impacto nos sintomas de ansiedade, em competências associadas à gestão da ansiedade e na satisfação dos participantes. De forma global, os resultados sugerem que o programa produziu efeitos

positivos ao nível da literacia em ansiedade e da consciência corporal das emoções, tendo sido igualmente bem recebido pelos estudantes. Contudo, não foram observadas alterações significativas nos níveis de ansiedade nem em algumas das competências de autorregulação que constituíam objetivos da intervenção.

Antes da implementação do programa, os grupos de intervenção e de controlo revelaram-se comparáveis relativamente às principais variáveis sociodemográficas e clínicas consideradas, bem como às variáveis dependentes avaliadas. Embora se tenham verificado diferenças significativas na distribuição do género e no curso frequentado pelos participantes, os grupos não diferiam nos níveis iniciais de ansiedade, literacia em ansiedade, consciência emocional, autorregulação fisiológica ou reavaliação cognitiva. Este resultado reforça a plausibilidade de que as alterações observadas posteriormente estejam associadas à participação no programa e não a diferenças pré-existentes entre os grupos.

Os resultados evidenciaram melhorias significativas na literacia em ansiedade apenas no grupo de intervenção. Este resultado é consistente com os objetivos do programa e com a literatura que identifica a psicoeducação como um componente central das intervenções preventivas em saúde mental dirigidas a adolescentes (Neil & Christensen, 2009). O aumento do conhecimento acerca da ansiedade, dos seus sintomas, fatores de manutenção e estratégias de gestão constitui um resultado relevante, uma vez que a literacia em saúde mental tem sido associada a uma maior capacidade de reconhecimento de dificuldades emocionais, à redução do estigma e à adoção de estratégias de coping mais adaptativas (Jorm, 2012). Adicionalmente, alguns dos itens da escala utilizada avaliavam conhecimentos relacionados com a importância de enfrentar gradualmente situações ansiogénicas, sugerindo que os participantes desenvolveram uma compreensão mais adequada dos princípios subjacentes à exposição gradual, considerada uma das estratégias mais eficazes para a redução da ansiedade (Craske et al., 2022).

A melhoria observada na consciência da natureza emocional dos sinais corporais constitui outro resultado relevante. A capacidade de identificar, diferenciar e compreender estados emocionais é considerada um pré-requisito para uma regulação emocional eficaz (Gross, 2015). Durante a adolescência, período marcado por importantes mudanças emocionais e sociais, o desenvolvimento desta competência assume particular importância para a adaptação psicológica e para a prevenção de dificuldades internalizantes (Southam-Gerow & Kendall, 2002). Neste sentido, os resultados sugerem que o programa poderá ter contribuído para

aumentar a atenção e compreensão das próprias experiências emocionais ao nível corporal, favorecendo um maior autoconhecimento emocional.

Apesar destes resultados positivos, não foram encontradas diferenças significativas nos níveis de ansiedade após a intervenção. Este resultado diverge parcialmente dos resultados obtidos numa aplicação anterior do mesmo programa junto de estudantes universitários do primeiro ano, na qual se verificaram reduções significativas da ansiedade no grupo de intervenção (Carapeto et al., 2025). Uma possível explicação para esta discrepância reside nas diferenças entre os formatos de implementação. No estudo com universitários, as sessões apresentavam maior duração, possibilitando uma exploração mais aprofundada de alguns conteúdos, maior prática de algumas competências e mais oportunidades de consolidação da aprendizagem. A literatura sobre intervenções cognitivo-comportamentais sugere que a intensidade e a dose da intervenção podem influenciar significativamente a magnitude dos efeitos observados (Feiss et al., 2019; Stallard et al., 2014).

Adicionalmente, importa considerar que os participantes do presente estudo integravam uma população escolar não clínica. Em programas universais de prevenção, os níveis iniciais de ansiedade tendem frequentemente a situar-se em valores baixos ou moderados, limitando a possibilidade de observar reduções significativas após a intervenção. Meta-análises têm demonstrado que os efeitos de programas preventivos universais nos sintomas de ansiedade são geralmente modestos quando comparados com intervenções seletivas ou indicadas dirigidas a jovens com níveis elevados de sintomatologia (Fisak et al., 2011; Werner-Seidler et al., 2017).

Também não foram observadas melhorias estatisticamente significativas na utilização da reavaliação cognitiva, embora os resultados apontem para uma tendência positiva no grupo de intervenção. Este resultado contrasta igualmente com os obtidos na amostra universitária. A reavaliação cognitiva constitui uma estratégia complexa de regulação emocional que envolve a identificação, questionamento e reformulação de interpretações disfuncionais das situações (Gross & John, 2003). É possível que a duração reduzida das sessões tenha sido suficiente para introduzir os conceitos associados à reestruturação cognitiva, mas insuficiente para promover alterações estáveis e mensuráveis nesta competência. Esta interpretação é consistente com modelos de mudança cognitiva que defendem a necessidade de prática repetida e aplicação em múltiplos contextos para a consolidação de novas formas de pensar (Beck & Haigh, 2014).

Um resultado inesperado foi a melhoria significativa da autorregulação observada no grupo de controlo, enquanto no grupo de intervenção essa melhoria apenas atingiu significância marginal. Várias explicações podem ser consideradas. Em primeiro lugar, este resultado poderá refletir efeitos associados a acontecimentos externos ocorridos durante o período de implementação, como possivelmente uma resposta adaptativa à experiência de mais pressão à medida que se avançava para o final do período letivo possivelmente mais notórias no género feminino (composição maioritária do grupo de controlo). Em segundo lugar, poderá estar relacionado com limitações da medida utilizada para avaliar esta competência, particularmente se esta captar formas gerais de autorregulação fisiológica que não correspondem diretamente às estratégias específicas treinadas pelo programa. Finalmente, não pode ser excluída a possibilidade de flutuações aleatórias associadas à reduzida dimensão amostral, frequentemente responsável por instabilidade estatística em estudos de intervenção realizados em contexto escolar.

Apesar dos efeitos limitados em algumas variáveis, a avaliação da satisfação revelou resultados muito positivos, com classificações situadas entre "bom" e "muito bom" em todas as dimensões avaliadas. Este resultado sugere uma elevada aceitabilidade do programa junto dos adolescentes, constituindo um indicador importante da sua viabilidade de implementação em contexto escolar. A aceitação pelos participantes é um fator relevante, uma vez que a motivação, o envolvimento e a perceção de utilidade da intervenção estão frequentemente associados à adesão e à eficácia dos programas de promoção da saúde mental (Gulliver et al., 2010).

Em síntese, os resultados sugerem que o programa foi eficaz na promoção de competências cognitivas e emocionais associadas à compreensão da ansiedade, particularmente ao nível da literacia em ansiedade e da consciência emocional. Contudo, os efeitos não se estenderam aos sintomas de ansiedade nem a algumas estratégias de regulação emocional avaliadas. Em comparação com os resultados previamente obtidos junto de estudantes universitários, os dados sugerem que a duração e intensidade da intervenção poderão constituir fatores relevantes para a obtenção de mudanças mais profundas nos processos cognitivos e emocionais visados. Estudos futuros deverão incluir amostras de maior dimensão, medidas diretas da utilização de estratégias de exposição gradual, avaliações de seguimento e análises que permitam examinar o papel moderador de variáveis como o género, os níveis iniciais de ansiedade e o contexto educativo dos participantes.

5. Referências Bibliográficas

Baffsky, R., Ivers, R., Cullen, P., Wang, J., McGillivray, L., & Torok, M. (2023). Strategies for enhancing the implementation of universal mental health prevention programs in schools: A systematic review. *Prevention Science*, *24*(2), 337–352. https://doi.org/10.1007/s11121-022-01434-9

Bártolo, A., Monteiro, S., & Pereira, A. (2017). Factor structure and construct validity of the Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) among Portuguese college students. *Cadernos de Saúde Pública, 33(9*). https://doi.org/10.1590/0102-311x00212716

Beck, A. T., & Haigh, E. A. P. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology, 10*, 1–24. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734

Blake, J. A., Thomas, H. J., Pelecanos, A. M., et al. (2024). *Does attachment anxiety mediate the persistence of anxiety and depressive symptoms from adolescence to early adulthood? Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 60*, 453–461. https://doi.org/10.1007/s00127-024-02737-8

Brandão, T., Schulz, M. S., Gross, J. J., & Matos, P. M. (2017). The emotion regulation questionnaire in women with cancer: A psychometric evaluation and an item response theory analysis. *Psycho-oncology, 26*(10), 1647–1653. https://doi.org/10.1002/pon.4356

Carapeto, M. J., Pereira, A., Pires, I., & Pé Curto, M. (2025). 4YourMind – Lidar com a ansiedade: Um programa de prevenção de problemas de ansiedade de estudantes universitários. In M. Loureiro, G. Esgalhado, M. Cruz, & J. Ledo (Eds.), *4as Conferências Internacionais em Psicologia Clínica e da Saúde – Saúde mental e mudanças: Oportunidades e desafios para a Psicologia Clínica e da Saúde – Atas. UBI* – Universidade da Beira Interior. Serviços Gráficos.

Carapeto, M. J., & Veiga, G. (2023). Emotional awareness mediates the relationship between attachment and anxiety symptoms in adolescents. *Mental Health & Prevention, 30*, 1–8. https://doi.org/10.1016/j.mhp.2023.200269

Colomeischi, A. A., Duca, D. S., Bujor, L., Rusu, P. P., Grazzani, I., & Cavioni, V. (2022). Impact of a school mental health program on children's and adolescents' socio-emotional skills and psychosocial difficulties. *Children*, *9*(11), 1661. https://doi.org/10.3390/children9111661

Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy, 58*, 10–23. https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006

DeTore, N. R., Balogun, O., Choi, K. W., & Holt, D. J. (2026). Transdiagnostic prevention in youth mental health, Part II: Interventions. *Neuropsychopharmacology*, *51*(1), 310–322. https://doi.org/10.1038/s41386-025-02234-9

Doering, S., Lichtenstein, P., Gillberg, C., et al. (2019). Anxiety at age 15 predicts psychiatric diagnoses and suicidal ideation in late adolescence and young adulthood: Results from two longitudinal studies. *BMC Psychiatry, 19*, 363. https://doi.org/10.1186/s12888-019-2349-3

Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders, 14(*3), 263–279. https://doi.org/10.1016/S0887-6185(99)00039-0

Feiss, R., Dolinger, S. B., Merritt, M., Reiche, E., Martin, K., Yanes, J. A., ... & Pangelinan, M. (2019). A systematic review and meta-analysis of school-based stress, anxiety, and depression prevention programs for adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 48*(9), 1668–1685. https://doi.org/10.1007/s10964-019-01085-0

Fisak, B. J., Richard, D., & Mann, A. (2011). The prevention of child and adolescent anxiety: A meta-analytic review. *Prevention Science, 12*(3), 255–268. https://doi.org/10.1007/s11121-011-0210-0

Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry, 26*(1), 1–26. https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(2), 348–362. https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348

Guan, M., Liu, J., Li, X., et al. (2024). The impact of depressive and anxious symptoms on non-suicidal self-injury behavior in adolescents: A network analysis. *BMC Psychiatry, 24*, 229. https://doi.org/10.1186/s12888-024-05599-1

Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry, 10,* 113. https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113

Hu, S., & Cai, D. (2023). Development of perceived family support and positive mental health in junior high school students: A three-year longitudinal study. *The Journal of Early Adolescence*, *43*(2), 216–243.

Jardim, J., & Pereira, A. (2006). *Competências pessoais e sociais: Guia prático para a mudança positiva.* ASA.

Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist, 67*(3), 231–243. https://doi.org/10.1037/a0025957

Machorrinho, J., Veiga, G., Fernandes, J., Mehling, W., & Marmeleira, J. (2018). Multidimensional assessment of interoceptive awareness: Psychometric properties of the Portuguese version. *Perceptual and Motor Skills, 126*(1), 87–105. https://doi.org/10.1177/0031512518813231

Mehling, W. E., Price, C., Daubenmier, J. J., Acree, M., Bartmess, E., & Stewart, A. (2012). The multidimensional assessment of interoceptive awareness (MAIA). *PloS one, 7*(11), e48230.

Neil, A. L., & Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review, 29*(3), 208–215. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.01.002

Norton, P. J., & Paulus, D. J. (2017). Transdiagnostic models of anxiety disorder: Theoretical and empirical underpinnings. *Clinical Psychology Review, 56*, 122–137.

O'Connor, C. A., Dyson, J., Cowdell, F., & Watson, R. (2018). Do universal school-based mental health promotion programmes improve the mental health and emotional

wellbeing of young people? A literature review. *Journal of Clinical Nursing, 27*(3–4), e412–e426. https://doi.org/10.1111/jocn.14078

OECD. (2021). *Supporting young people's mental health through the COVID-19 crisis.* Acedido em 5 junho 2026 em https://www.oecd.org/en/publications/supporting-young-people-s-mental-health-through-the-covid-19-crisis_84e143e5-en/full-report.html

Orben, A., Meier, A., Dalgleish, T., & Blakemore, S. J. (2024). Mechanisms linking social media use to adolescent mental health vulnerability. *Nature Reviews Psychology*, *3*(6), 407–423. https://doi.org/10.1038/s44159-024-00307-y

Podiya, J. K., Navaneetham, J., & Bhola, P. (2025). Influences of school climate on emotional health and academic achievement of school-going adolescents in India: A systematic review. *BMC Public Health*, *25*(1), 54. https://doi.org/10.1186/s12889-024-21268-0

Pontes, A., Coelho, V., Peixoto, C., Meira, L., & Azevedo, H. (2024). Academic stress and anxiety among Portuguese students: The role of perceived social support and self-management. *Education Sciences*, *14*(2), 119. https://doi.org/10.3390/educsci14020119

Preece, D. A., Petrova, K., Mehta, A., & Gross, J. J. (2023). The Emotion Regulation Questionnaire-Short Form (ERQ-S): A 6-item measure of cognitive reappraisal and expressive suppression. *Journal of Affective Disorders, 340*, 855–861. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.08.076

Radez, J., Reardon, T., Creswell, C., Orchard, F., & Waite, P. (2022). Adolescents' perceived barriers and facilitators to seeking and accessing professional help for anxiety and depressive disorders: A qualitative interview study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *31*(6), 891–907. https://doi.org/10.1007/s00787-020-01707-0

Rapee, R. M., Creswell, C., Kendall, P. C., Pine, D. S., & Waters, A. M. (2023). Anxiety disorders in children and adolescents: A summary and overview of the literature. *Behaviour Research and Therapy*, *168*, 104376. https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104376

Southam-Gerow, M. A., & Kendall, P. C. (2002). Emotion regulation and understanding: Implications for child psychopathology and therapy. *Clinical Psychology Review, 22*(2), 189–222. https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00087-3

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine, 166*(10), 1092–1097.

Stallard, P., Skryabina, E., Taylor, G., Phillips, R., Daniels, H., Anderson, R., & Simpson, N. (2014). Classroom-based cognitive behavioural therapy in reducing symptoms of depression in high-risk adolescents: Pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ, 349*, g4258. https://doi.org/10.1136/bmj.g4258

Steare, T., Muñoz, C. G., Sullivan, A., & Lewis, G. (2023). The association between academic pressure and adolescent mental health problems: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *339*, 302–317. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.028

Sun, G., Wang, C., & Zhang, J. (2025). Effectiveness of mental health literacy interventions for adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Sage Open*, *15*(1), 21582440251327445. https://doi.org/10.1177/215582440251327445

UNICEF (2021). *The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health.* UNICEF.

World Health Organization (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization. Acedido a 5 junho 2026 em https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338

Woodward, L. J., & Fergusson, D. M. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*(9), 1086–1093. https://doi.org/10.1097/00004583-200109000-00018

Zbukvic, I., McKay, S., Cooke, S., Anderson, R., Pilkington, V., McGillivray, L., ... & Tye, M. (2024). Evidence for targeted and universal secondary school-based programs for anxiety and depression: An overview of systematic reviews. *Adolescent Research Review, 9*(1), 53–73. https://doi.org/10.1007/s40894-023-00211-1

Zhang, Y. (2024). Examining the influence of family dynamics and parenting styles on adolescent anxiety: A cross-sectional study. *Advances in Education, Humanities and Social Science Research, 9*(1), 284–284.

Tutorias no ensino superior: Contributos para as emoções e a satisfação dos estudantes

Teresa Almeida Rocha[1], Francisco Queirós[1], Teresa Pereira[1], Filipe Loureiro [1], Tânia Brandão [1], Maria João Gouveia [1], Sara Belo [1], Ana Cristina Martins [1], David Neto [1], Maria João Vargas-Moniz [1]

[1] Ispa – Instituto Universitário, Portugal

Autor Correspondente: Teresa Almeida Rocha. **E-mail:** terrocha@ispa.pt

Resumo: Os programas de tutoria têm sido apontados como uma estratégia pedagógica promotora de integração académica, desenvolvimento socioemocional e melhoria do desempenho académico. Contudo, a evidência empírica sobre o seu efeito, particularmente ao nível das emoções e da satisfação académica dos estudantes, permanece, ainda, limitada. O presente estudo tem como objetivo analisar a relação das características do programa de tutoria com a satisfação académica e as emoções de estudantes do ensino superior. Participaram 95 estudantes de uma instituição de ensino superior (IES), avaliados após a aplicação do programa de tutoria, através da Escala de Satisfação no Domínio Académico e da Escala de Emoções Académicas. Foram calculados modelos de regressão linear múltipla e logística ordinal que demonstraram que a existências de objetivos claros e do interesse dos estudantes nas tutorias estão associados às emoções positivas e à satisfação dos estudantes para com a sua IES. Este estudo evidencia a importância de envolver os estudantes no delineamento do projeto de tutorias, tendo em consideração os seus interesses e necessidades, enquanto uma iniciativa promotora de saúde mental no ensino superior.

Palavras-chave: Tutorias; Ensino Superior; Satisfação Académica; Emoções.

Abstract: Tutorial programs have been identified as a pedagogical strategy that promotes academic integration, socio-emotional development, and improved academic performance. However, empirical evidence regarding their impact, particularly on students' emotions and academic satisfaction, remains limited. The present study aimed to examine the relationship between the characteristics of a tutorial program and higher education students' academic satisfaction and emotions. A total of 95 students from a higher education institution (HEI) participated in the study and were assessed following their participation in the tutorial program using the *Academic Domain Satisfaction Scale* and the *Academic Emotions Scale*. The study adopted a cross-sectional correlational design. Multiple linear regression and ordinal logistic regression models were conducted, demonstrating that the presence of clearly defined objectives and students' interest in tutorial sessions were associated with positive emotions and higher levels of satisfaction with their HEI. These findings highlight the potential benefits of tutorial programs as structured, clarifying, and guidance towards integration within the academic community, fostering students' satisfaction and positive emotions towards their institution. This study highlights the importance of involving students in the design of tutoring programs, taking into account their interests and needs, as an initiative to promote mental health in higher education.

Key-Words: Tutoring; Higher Education; Academic Satisfaction; Emotions

1. Introdução

Os programas de tutoria têm sido apontados como uma estratégia pedagógica promotora da integração académica, do desenvolvimento socioemocional e da melhoria do desempenho académico (e.g., Yale, 2019).~

Algumas características das tutorias, como os objetivos, os conteúdos, a concretização de expectativas e a disponibilidade do tutor, influenciam o bem-estar dos estudantes. Uma gestão inadequada destes critérios pode revelar-se mais prejudicial do que a ausência completa de tutoria, afetando o bem-estar dos estudantes e o prestígio das próprias IES (Yale, 2019). Neste sentido, os estudantes esperam que o tutor seja alguém com disponibilidade, acessível e que demonstre interesse genuíno pelo seu progresso académico, proporcionando suporte na vida académica (Yale, 2019).

Considerando que as emoções influenciam o processo de aprendizagem, nomeadamente o desempenho académico, a motivação e o bem-estar, a investigação empírica demonstra que emoções positivas, como o orgulho, o interesse e o entusiasmo, tendem a promover a aprendizagem e o envolvimento académico, enquanto emoções negativas, como a ansiedade e a angústia, podem prejudicar o desempenho e a concentração (Mendzheritskaya & Hansen, 2019; Ye et al., 2023).

Do mesmo modo, a satisfação académica dos estudantes depende da disponibilidade de apoio por parte do tutor, destacando-se a relevância deste suporte no contexto do ensino superior para promover uma maior perceção da qualidade do ensino, que segundo Konovalova e Rudenko (2022) favorece a autonomia dos estudantes e a valorização da utilidade dos conhecimentos adquiridos. Outros estudos têm demonstrado que a participação em programas de tutoria está associada a uma maior satisfação no processo e desempenho académicos (e.g., Chirinos et al., 2026; Guerra-Martín et al., 2017).

Contudo, a investigação focada na participação em tutorias particularmente em termos de emoções e satisfação académica dos estudantes, permanece ainda limitada. Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar a relação entre as características do programa de tutoria e a satisfação académica e as emoções de estudantes do ensino superior.

2. Método

2.1 Participantes

O estudo apresenta um delineamento correlacional de corte transversal. Participaram 95 estudantes de uma IES, que frequentaram o programa de tutorias ao longo do ano letivo de 2024/2025. A avaliação foi realizada após a participação no programa, através do preenchimento de um questionário com a Escala de Satisfação no Domínio Académico (Lent et al., 2009) e a Escala de Emoções Académicas (Nolden et al., 2019).

2.2 Instrumentos

A Escala de Satisfação no Domínio Académico é um instrumento desenvolvido e validado para a população portuguesa por Lent et al. (2005, 2009). Este instrumento avalia o nível de satisfação em diferentes aspetos da experiência de vida académica, através de 7 itens (e.g., "Sinto-me entusiasmado/a com a matéria deste curso"). Cada item é avaliado através de uma

escala de tipo *Likert* de 6 pontos, que vai desde 0 (“Discordo Totalmente”) a 5 (“Concordo Totalmente”).

A Escala de Emoções Académicas é um instrumento de autorrelato desenvolvido no âmbito do projeto europeu SUnStAR por Nolden et al. (2019). O instrumento original é constituído por 8 itens, distribuídos por duas dimensões: emoções académicas positivas e emoções académicas negativas. No presente estudo, foram utilizados 6 dos 8 itens da escala original, selecionados com base na sua relevância conceptual, dos quais 4 avaliam emoções académicas positivas (e.g., “Quando penso na minha universidade sinto-me entusiasmado/a”) e 2 avaliam emoções académicas negativas (e.g., “Quando penso na minha universidade sinto-me ansioso/a”). Cada item é avaliado através de uma escala de tipo *Likert* de 6 pontos, que vai desde 0 (“Discordo Totalmente”) a 5 (“Concordo Totalmente”).

Foi ainda aplicado um questionário de avaliação das tutorias desenvolvido pela equipa de investigação que avaliou os seguintes aspetos: interesse nos objetivos da tutoria, conteúdos abordados, grau de envolvimento do/a estudante na tutoria, relacionamento entre os colegas/participantes, disponibilidade do/a tutor/a, adequação das respostas fornecidas, grau de concretização das expectativas, bem como a existência de contacto com o/a tutor/a em contexto de grupo e, quando necessário, contacto individualizado. Os itens eram avaliados em escalas do tipo *Likert*, variando entre 1 (por exemplo, “Nada”) e 5 (“Muito”), ou entre 1 (“Nenhuma vez”) e 4 (“Mais de 3 vezes”), consoante a natureza do item.

2.3 Recolha de Dados

Os dados foram recolhidos através de um questionário *online* (*Qualtrics*), após o término da realização das tutorias, no final do ano letivo 2024/2025, que continha o consentimento informado, a apresentação do projeto UNI_R (UNI-R, 2026) e os questionários de autopreenchimento.

Este questionário aplicou-se a estudantes de vários cursos de licenciatura e de mestrado nas áreas de psicologia, educação e biociências de uma IES portuguesa, através de reuniões de tutoria (através *links* e *QRCodes* de acesso) e via redes sociais (e.g., *Whatsapp, Instagram*, *Facebook*) por estudantes (e.g., Delegados de Turma) da mesma instituição.

2.4 Análise de Dados

Todas as análises foram realizadas através do *software IBM SPSS Stastistics v.30* (SPSS, An IBM Company, Chicago, IL).

Para avaliar o efeito das características do programa de tutorias na satisfação académica dos estudantes foi realizado uma Regressão Linear Múltipla (RLM). Antes da aplicação deste procedimento estatístico, foram analisados os pressupostos de aplicação (Marôco, 2021). Para determinar as características das tutorias presentes no modelo, foram calculados coeficientes de correlação de *Spearman* entre cada característica e a satisfação académica dos estudantes. Para classificar a magnitude dos coeficientes de correlação de *Spearman (rs*), considerou-se os critérios de classificação de Evans (1996): nulo ($rs = 0$), muito fraco ($0 < rs < |.20|$), fraco ($|.20| \leq rs < |.40|$), moderado ($|.40| \leq rs < |.60|$), forte ($|.60| \leq rs < |.80|$), muito forte ($|.80| \leq rs < 1|$) e perfeito ($rs = 1$).

Para avaliar o efeito das características do programa de tutorias nas emoções dos estudantes foram realizados vários modelos de Regressão Logística Ordinal (RLO). Antes da aplicação deste procedimento estatístico, foram analisados os pressupostos de aplicação (Marôco, 2021). Para determinar as características das tutorias presentes no modelo, foi calculado coeficientes de correlação de *Spearman* entre cada característica e as emoções dos estudantes.

3. Resultados

3.1 Características das Tutorias e Satisfação Académica

Para determinar as variáveis presentes no modelo foram analisadas as associações entre as características do programa de tutorias e a satisfação académica dos estudantes, através do coeficiente de correlação de *Spearman*. A satisfação com o domínio académico demonstrou uma associação significativa com todas as características do programa de tutorias, com exceção do grau de envolvimento do estudante ($rs = .074$; $p = .484$), do contacto com tutor em contexto de grupo ($rs = .075$; $p = .479$) e individual ($rs = -.071$; $p = .502$). Todas as associações são de sentido positivo e magnitude fraca ($rs = [.209; .382]$; $p = [.000; .013]$) (Evans, 1996).

Foi calculado um modelo prévio ao modelo final. Neste modelo, desconsideram-se as variáveis conteúdo das tutorias (*VIFs* = 5.466, *Tolerance* = .183), disponibilidade do tutor (*VIFs* = 6.389, *Tolerance* = .157) e adequação da resposta (*VIFs* = 9.779, *Tolerance* = .102)

por não cumprirem o pressuposto da multicolinearidade (Hair et al., 2017; Sarstedt et al., 2014). A Tabela 1 apresenta o modelo final de RLM para a satisfação académica dos estudantes e as características do programa de tutorias. Apenas o interesse nos objetivos do programa de tutorias revelou-se estatisticamente significativo no modelo (B = 0.327; $t(90)$ = 2.465; p = .016). Apesar disso, o modelo aplicado revelou-se estatisticamente significativo (F (3, 87) = 5.474; p = .002; R^2_a = .13), explicando cerca 13% da variância da satisfação no domínio académico dos estudantes.

Tabela 1
Coeficientes do modelo de Regressão Linear Múltipla da satisfação académica.

Variável	Coeficiente não padronizado (B)	Erro padrão	Coeficiente padronizado (beta)	*t*	*p*	Estatísticas de Colinearidade	
						Tolerância	VIF
Constante	3.286	.282		11.663	<.001		
Interesse nos objetivos	.166	.067	.327	2.465	.016	.550	1.817
Relacionamento com os colegas	.079	.073	.117	1.082	.282	.823	1.215
Concretização de expectativas	.009	.069	.018	.133	.895	.544	1.837

3.2 Características das Tutorias e Emoções

Para determinar as variáveis presentes nos modelos foram analisadas as associações entre as características do programa de tutorias e as emoções dos estudantes, através do coeficiente de correlação de *Spearman*. A emoção felicidade apresentou uma associação positiva e de magnitude fraca com o interesse nos objetivos das tutorias (rs = .333; p = .001) e com o relacionamento com os colegas (rs = .333; p = .015). A emoção interesse apresentou uma associação positiva e de magnitude fraca com o interesse nos objetivos da tutoria (rs = .341; p < .001), com o relacionamento com os colegas (rs = .340; p < .001), com a adequação da resposta (rs = .298; p = .004), com o conteúdo das tutorias (rs = .280; p = .007) e com a concretização de expectativas (rs = .238; p = .023). A emoção de ansiedade apenas apresentou uma associação positiva e fraca com envolvimento dos estudantes nas tutorias (rs = .220; p = .036). A emoção de orgulho apresentou uma associação positiva e de magnitude fraca com o relacionamento com os colegas (rs = .266; p = .011) e com o conteúdo das tutorias (rs = .249; p = .017). A emoção de angústia apresentou apenas uma associação positiva e de magnitude

fraca com o contacto individual com o tutor (*rs* = .224; *p* = .033). A emoção de entusiasmo apresentou apenas uma associação positiva e de magnitude fraca com o interesse nos objetivos das tutorias (*rs* = .331; *p* = .001) (Evans, 1996).

Foram analisados os pressupostos dos modelos RLO, sendo que as emoções de angústia ($\chi^2(12) = 17.379$; $p = .136$), de orgulho ($\chi^2(16) = 21.367$; $p = .165$) e de ansiedade ($\chi^2(16) = 17.700$; $p = .342$) não verificaram o pressuposto da existência de *odds proportion*s (McCullagh, 1980). A Tabela 2 apresenta os modelos de RLO para as emoções dos estudantes e as características do programa de tutorias. O modelo para a emoção de entusiasmo revelou que os objetivos do programa de tutorias (*Wald* $\chi^2(4) = 15.659$; $p = .004$) eram estatisticamente significativas no modelo. O modelo para a emoção de interesse revelou que o relacionamento com os colegas (*Wald* $\chi^2(4) = 11.250$; $p = .024$) e a realização de expectativas (*Wald* $\chi^2(3) = 9.017$; $p = .029$) eram estatisticamente significativas no modelo, sendo a relação entre as variáveis preditoras alta ($R^2_N = 0.733$) (Hair et al., 2014). O modelo para a emoção de felicidade revelou os objetivos das tutorias (*Wald* $\chi^2(3) = 12.399$; $p = .015$) eram estatisticamente significativas no modelo, sendo a relação entre as variáveis preditoras moderada ($R^2_N = 0.236$) (Hair et al., 2014).

Tabela 2
Efeitos principais dos modelos de regressão logística ordinal das emoções.

Variáveis	*Wald*	*P*
Entusiasmado/a		
Interesse nos objetivos	15.659	.004
Feliz		
Interesse nos objetivos	12.399	.015
Relacionamento com os colegas	8.096	.088
Interessado/a		
Interesse nos objetivos	3.794	.285
Conteúdos da tutoria	.701	.873
Relacionamento com os colegas	11.250	.024
Adequação da resposta	1.141	.767
Concretização de expectativas	9.017	.029

4. Discussão

4.1 Características das Tutorias na Satisfação Académica e Emoções dos Estudantes

Os resultados do presente estudo revelam que para esta amostra de 95 participantes, o interesse suscitado nos objetivos delineados são a característica da tutoria que mais se associa à satisfação académica e às emoções positivas dos estudantes.

Estes resultados são consistentes com o estudo exploratório de Yale (2019), onde estudantes reportaram que objetivos vagos desencorajam o recurso à figura do tutor. Neste seguimento, selecionou-se um testemunho de um estudante "penso que no geral, não conhecemos o que um tutor oferece (...) qual o seu propósito". A definição de objetivos claros e que suscitem o interesse dos estudantes pelas tutorias são um procedimento relevante para garantir o envolvimento e satisfação no contexto académico (Esquivel-Grados, 2024; Kumpas-Lenk et al., 2018; Yale, 2019).

Quanto aos aspetos emocionais reportados pelos estudantes, realça-se o relacionamento com os colegas e a concretização de expectativas. Resultados alinhados com Gillen-O'Neel (2021) realçam que os estudantes vivenciam maior envolvimento e sentimentos positivos no ensino superior, quanto maior a sua integração na comunidade estudantil. No que concerne, estudos como o de Ajjawi et al. (2026) e Casanova et al. (2020) enfatizam que estabelecer relações com os pares pode constituir uma preocupação na vida académica dos estudantes, sendo que os programas de tutoria promovem momentos propícios a essas conexões. Os resultados do presente estudo emergem como alinhados com os de Yale (2019) e de Robinsons et al. (2019) reforçando que as expectativas concretas e realistas aumentam a adesão e a motivação no percurso académico.

Conclui-se, deste modo, que os programas de tutoria deverão procurar promover a conexão entre estudantes e a concretização das suas expectativas, através do delineamento de objetivos claros e de acordo com os interesses dos estudantes.

4.2 Limitações e Estudos Futuros

A principal limitação do presente estudo reside na ausência de uma avaliação pré e pós-programa, assim como ausência de um grupo de controlo, dificultando a análise da evolução dos participantes e a identificação de possíveis efeitos de causalidade das variáveis em estudo.

Para além disso, o estudo apresenta ainda algumas limitações relacionadas com a natureza exclusivamente quantitativa das variáveis, podendo não captar plenamente a diversidade e complexidade das experiências dos participantes.

Estudos futuros deverão considerar: 1) outras características dos programas de tutoria não contempladas neste estudo (e.g., clareza dos objetivos, a importância atribuída à tutoria, a frequência de participação), que permitam compreender a abrangência dos fatores que influenciam os resultados destas iniciativas (Ferreira & Mourão, 2020); 2) a adoção de desenhos longitudinais com avaliação pré e pós-programa, de forma a analisar a evolução dos estudantes ao longo do tempo e identificar mais claramente os efeitos dos programas de tutoria; 3) a inclusão de um grupo de controlo; 4) a aplicação de métodos e instrumentos de natureza qualitativa (e.g., *focus group*, *photovoice*), que permitam contemplar a diversidade de experiências dos estudantes no programa de tutoria ao longo do ano letivo; 5) a perspetiva de outros intervenientes no programa de tutorias, como é o caso dos tutores (McFarlane, 2016).

4.3 Implicações Práticas

Os resultados do presente estudo evidenciam que para esta amostra de estudantes, o programa de tutoria apresenta um papel positivo na satisfação académica e nas emoções dos estudantes para com a sua IES. Na implementação dos seus programas de tutoria, os tutores deverão procurar integrar os estudantes, através de uma reflexão conjunta, no delineamento do projeto ao longo do ano letivo, garantindo que os objetivos estipulados são claros, do interesse dos estudantes e que vão ao encontro das suas expectativas para com o programa e para com a IES. A integração dos estudantes neste processo permite que os mesmos assumam uma participação mais ativa e, consequentemente, mais eficaz no seu processo de ensino-aprendizagem. Para além disso, as atividades desenvolvidas para prossecução dos objetivos delineados, deverão contemplar oportunidades para os estudantes estabelecerem conexões significativas com colegas, docentes e outros elementos da comunidade académica, contribuindo para o seu bem-estar e permanência no ensino superior (Tinto, 1997). Somente assegurando que os projetos de tutoria cumprem estes procedimentos, poderemos consolidar a sua eficácia na integração e acompanhamento dos estudantes no ensino superior (Calabrese et al., 2022; Yale, 2019). Nas palavras de um participante no presente estudo, “acho a tutoria fundamental, e (...) vim de uma outra faculdade em que não tinha este tipo de apoio. Sinto que faz toda a diferença.”.

Finalmente realça-se a importância das IES de avaliar regularmente os programas de natureza tutorial como elemento relevante para a promoção de saúde mental e bem-estar nos contextos de ensino superior.

5. Agradecimentos

O projeto "UNI_R: Resposta Integrada na Promoção da Saúde Mental no Ensino Superior" agradece ao Instituto de Ensino Superior (IES) pelo financiamento através do "Programa para a Promoção da Saúde Mental no Ensino Superior" (Despacho n.º 5506/2023). Agradece também ao Ispa – Instituto Universitário pela receptividade e colaboração para com o projeto no desenvolvimento de medidas e iniciativas promotoras de bem-estar e saúde mental para toda a comunidade académica. Por fim, agradece aos tutores e estudantes do Ispa que auxiliaram na recolha dos dados apresentados no presente capítulo.

6. Referências Bibliográficas

Ajjawi, R., Fischer, J., Adachi, C., Bearman, M., Boud, D., Macfarlane, S., Tran, L. T., & Coutts, K. (2026). Coming to belong in the university through small acts of connection. *Studies in Higher Education*, *51*(1), 197–209. https://doi.org/10.1080/03075079.2025.2462666

Calabrese, G., Leadbitter, D-LM., Trindade, N. S. M., Jeyabalan, A., Dolton, D., & ElShaer, A. (2022). Personal tutoring scheme: Expectations, perceptions and factors affecting students' engagement. *Frontiers in Education*, *6*, 727410. https://doi.org/10.3389/feduc.2021.727410

Casanova, J. R., Araújo, A. M., & Almeida, L. S. (2020). Dificuldades na adaptação académica dos estudantes do 1º ano do Ensino Superior. *Revista E-Psi*, *9*(1), 165–181.

Chirinos, J. M., Acra, C., & Villalba, K. (2026). Perception and impact of university tutoring on academic performance: A case study at a Peruvian university. *Frontiers in Psychology*, *17*, 1745043. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2026.1745043

Esquivel-Grados, J. T., & Basilio-Reyes, S. E. (2024). Tutoría universitaria: Impacto de su aplicación en la formación profesional y personal. *EDUTECH REVIEW. International Education Technologies Review Revista Internacional De Tecnologías Educativas*, *9*(2), 9–16. https://doi.org/10.62701/revedutech.v9.5426

Evans, J. D. (1996). *Straightforward statistics for the behavioral sciences*. Thomson Brooks/Cole Publishing Co.

Ferreira, D. M., & Mourão, L. (2020). Papel de professor tutor na percepção de discentes e dos próprios tutores. *EaD em Foco*, *10*(2). https://doi.org/10.18264/eadf.v10i2.1274

Gillen-O'Neel, C. (2021). Sense of belonging and student engagement: A daily study of first- and continuing-generation college students. *Research in Higher Education*, *62*(1), 45–71. https://doi.org/10.1007/s11162-019-09570-y

Guerra-Martín, M. D., Lima-Serrano, M., & Lima-Rodríguez, J. S. (2017). Effectiveness of tutoring to improve academic performance in nursing students at the University of Seville. *Journal of New Approaches in Educational Research*, *6*, 93–102. https://doi.org/10.7821/naer.2017.7.201

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2014). *Multivariate data analysis*. (7.ª ed) edition. Harlow, Essex: Pearson

Konovalova, M. A., & Rudenko, K. A. (2022). Tutor support of the educational process to increase the University students' satisfaction with the quality of education. In *Proceedings of the International Scientific and Practical Conference Strategy of Development of Regional Ecosystems "Education-Science-Industry" (ISPCR 2021)*. *Advances in Economics, Business and Management Research*, *208*, pp. 245–250. Atlantis Press. https://doi.org/10.2991/aebmr.k.220208.035

Kumpas-Lenk, K., Eisenschmidt, E., & Veispak, A. (2018). Does the design of learning outcomes matter from students' perspective? *Studies in Educational Evaluation*, *59*, 179–186. https://doi.org/10.1016/j.stueduc.2018.07.008

Lent, R. W., do Céu Taveira, M., Sheu, H.-B., & Singley, D. (2009). Social cognitive predictors of academic adjustment and life satisfaction in Portuguese college students: A longitudinal analysis. *Journal of Vocational Behavior*, *74*(2), 190–198. https://doi.org/10.1016/j.jvb.2008.12.006

Lent, R. W., Singley, D., Sheu, H.-B., Gainor, K. A., Brenner, B. R., Treistman, D., & Ades, L. (2005). Social cognitive predictors of domain and life satisfaction: Exploring the

theoretical precursors of subjective well-being. *Journal of Counseling Psychology*, *52*(3), 429–442. https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.3.429

Marôco, J. (2021). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (8ª ed.). ReportNumber.

McCullagh, P. (1980). Regression Models for Ordinal Data. *Journal of the Royal Statistical Society: Series B (Methodological)*, *42*(2), 109–127. https://doi.org/10.1111/j.2517-6161.1980.tb01109.x

McFarlane, K. J. (2016). Tutoring the tutors: Supporting effective personal tutoring. *Active Learning in Higher Education*, *17*(1), 77–88. https://doi.org/10.1177/1469787415616720

Mendzheritskaya, J., & Hansen, M. (2019). The role of emotions in higher education teaching and learning processes. *Studies in Higher Education*, *44*(10), 1709–1711. https://doi.org/10.1080/03075079.2019.1665306

Nolden, P., Wosnitza, M., Karabenick, S.A., Peixoto, F., Gonida, E., Ilic, I.S., Almeida, L.S., Stamovlasis, D., Do Céu Taveira, M., Toskoviç, O., Falanga, K., Aivazidis, C., Krstic, K., Videnovic, M., Gouveia, M., Castro Silva, J., Delzepich, R., Holder, L., & Clinton, E. (2019). Enhancing student self-reflection on the situation at university. *The SRT scale inventory*. https://doi.org/10.13140/RG.2.2.23089.53600

Robinson, K. A., Lee, Y.-k., Bovee, E. A., Perez, T., Walton, S. P., Briedis, D., & Linnenbrink-Garcia, L. (2019). Motivation in transition: Development and roles of expectancy, task values, and costs in early college engineering. *Journal of Educational Psychology, 111*(6), 1081–1102. https://doi.org/10.1037/edu0000331

Sarstedt, M., Ringle, C. M., Smith, D., Reams, R., & Hair, J. F., Jr. (2014). Partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM): A useful tool for family business researchers. *Journal of Family Business Strategy*, *5*, 105–115. http://dx.doi.org/10.1016/j.jfbs.2014.01.002

Tinto, V. (1997). Classroom as communities: Exploring the educational character of student persistence. *The Journal of Higher Education*, *68*(6), 599–623. https://doi.org/10.1080/00221546.1997.11779003

UNI-R. (2026, fevereiro). *Resposta integrada na promoção da saúde mental no ensino superior*. https://www.uni-r.pt/

Yale, A. T. (2019). The personal tutor–student relationship: Student expectations and experiences of personal tutoring in higher education. *Journal of Further and Higher Education*, *43*(4), 533–544. https://doi.org/10.1080/0309877X.2017.1377164

Ye, J.-H., Chen, M.-Y., & Hao, Y.-W. (2023). Editorial: Teaching and learning in higher education: The role of emotion and cognition. *Frontiers in Psychology*, *14*, 1230472. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1230472

CAPÍTULO 8: Intervenção Psicológica e Psicoterapia

Dinâmicas Subjectivas e Expectativas em Teatro Terapêutico com Adolescentes Vulneráveis

Francisca Pereira[1], Filipe Cardoso da Silva[2], José de Abreu Afonso[3]

[1] ISPA, Portugal
[2] Applied Psychology Research Center Capabilities and Inclusion, Portugal
[3] Applied Psychology Research Center Capabilities and Inclusion, Portugal

Autor Correspondente: Francisca Pereira. **E-mail:** franpereira2003@gmail.com

Resumo: Adolescentes em situação de vulnerabilidade psicossocial expressam frequentemente o sofrimento através de formas não verbais, como o *acting out,* dificultando o acesso e a elaboração emocional em contextos psicoterapêuticos convencionais. O teatro terapêutico tem-se mostrado uma abordagem promissora, promovendo expressão emocional, regulação afetiva e desenvolvimento relacional em grupo. No âmbito de um projeto interdisciplinar co construído ao longo de cinco meses, envolvendo técnicos de saúde mental, artistas e adolescentes, este estudo incide no momento pré-intervenção, explorando expectativas, perceções e dinâmicas subjetivas dos profissionais. Adotou-se uma metodologia qualitativa exploratória, com entrevistas narrativas de associação livre (FANI) a seis profissionais. Os dados foram analisados por análise temática reflexiva, com triangulação entre pares. Os resultados evidenciam discursos predominantemente intelectualizados, sugerindo processos defensivos face à incerteza. Observa-se a tendência para centrar a narrativa no grupo, em detrimento das dimensões intersubjetivas e do envolvimento pessoal, bem como evitamento da explicitação emocional, apontando para barreiras ao contacto com aspetos contratransferenciais. Estes resultados sublinham a importância de considerar as dinâmicas subjetivas dos profissionais no início da intervenção, e a necessidade de integrar o trabalho sobre processos contratransferenciais na preparação e supervisão de intervenções em teatro terapêutico.

Palavras-chave: teatro terapêutico; adolescentes vulneráveis; trauma precoce; percepções profissionais; pré-intervenção.

Abstract: Adolescents in situations of psychosocial vulnerability frequently express suffering through nonverbal forms, such as acting out, making it difficult to access and emotional elaboration in conventional psychotherapeutic contexts. Therapeutic theatre has shown promise as an approach, promoting emotional expression, affective regulation, and relational development within a group. Within the framework of an interdisciplinary project co-constructed over five months, involving mental health professionals, artists, and adolescents, this study focuses on the pre-intervention phase, exploring the expectations, perceptions, and subjective dynamics of the professionals. An exploratory qualitative methodology was adopted, using free association narrative interviews (FANI) with six professionals. The data were analyzed using reflective thematic analysis with pairwise triangulation. The results reveal predominantly intellectualized speech, suggesting defensive processes in the face of uncertainty. A tendency to center the narrative on the group is observed, to the detriment of intersubjective dimensions and personal involvement, as well as an avoidance of emotional explicitness, pointing to barriers to contact with countertransference aspects. These results highlight the importance of considering the subjective dynamics of professionals at the beginning of the intervention, and the need to integrate work on countertransference processes in the preparation and supervision of therapeutic theatre interventions.

Key-words: therapeutic theatre; vulnerable adolescents; early trauma; professional perceptions; pre-intervention.

1. Introdução

O teatro terapêutico tem sido descrito como um espaço promotor de expressão emocional, criatividade e desenvolvimento relacional (Hanrahan & Banerjee, 2017; Ennis & Tonkin, 2018), o que pode ser particularmente importante em contextos de vulnerabilidade juvenil. Para além dos efeitos nos participantes, este dispositivo coloca desafios específicos aos profissionais envolvidos, sobretudo devido à intensidade emocional e relacional característica do trabalho grupal.

Num *setting* de teatro terapêutico, o papel do psicólogo distancia-se do modelo tradicional da relação dual terapeuta-paciente, exigindo uma gestão simultânea das dinâmicas do grupo, das emoções que surgem e da construção criativa coletiva (Samarcos, 2016). Neste contexto, torna-se relevante pensar os processos subjetivos dos profissionais, bem como as formas de envolvimento emocional mobilizadas ao longo da intervenção.

Partindo das reflexões de Winnicott (1949) sobre a contratransferência e o impacto emocional do trabalho clínico, esta investigação procura explorar como os profissionais experienciam subjectivamente a sua participação num grupo de teatro terapêutico com adolescentes em situação de vulnerabilidade social e emocional. No decorrer do grupo e da regulação do mesmo, por norma acentuada e intensa, podem colocar-se de forma arriscada relações duais ou grupais, tornando-se importante dar apoio aos impulsos fracionados ou parciais, sendo um desafio diferente e exigente para um psicólogo, pois irá precisar de regular várias pessoas em vez de apenas uma (Blanc & Boutinaud, 2017).

Esta configuração não se restringe à simples dialética paciente-psicólogo, porém existe um foco na manifestação de interações com o psicólogo que escreve a peça que o grupo irá representar. É inapropriado, no entanto, assumir que neste ambiente o terapeuta é o único a debruçar-se sobre esta carga. Num grupo de teatro terapêutico, estão inseridos coterapeutas e técnicos de diferentes áreas que entram em cena em diversas atividades, suportando as emoções do grupo com os seus próprios propósitos e papéis (Blanc & Boutinaud, 2017).

Deste modo, esta investigação tem como objetivo analisar a experiência pessoal dos profissionais num *setting* de teatro terapêutico com adolescentes vulneráveis.

2. Metodologia

Nesta investigação participaram cinco profissionais (quatro psicólogos e uma atriz) que estão inseridos no grupo de teatro terapêutico com duração de cinco meses, cujo objetivo final é apresentar uma peça de teatro. Para esta investigação, foi utilizado o método FANI, Entrevista de Narrativas em Associação Livre (Hollway & Jefferson, 2000), assume uma abordagem qualitativa e exploratória. Tendo o grupo uma duração maior, o desenho do estudo prevê três momentos de entrevista: antes do início do grupo (T0); a meio do processo; após a apresentação final, no entanto, devido ao carácter ainda em progresso da investigação, esta comunicação apresenta apenas os dados recolhidos no primeiro momento (T0).

Parece-me que a Entrevista de Narrativa em Associação Livre (FANI) é a mais adequada para esta investigação, por privilegiar o acesso à experiência subjectiva e às formas espontâneas de construção narrativa dos participantes.

Este método envolve, primeiramente, entrevistas compostas por uma pergunta aberta, neste caso realizada aos cinco profissionais separadamente, que foram gravadas e posteriormente transcritas com o consentimento dos mesmos. De seguida, em anonimato, o entrevistador apresentou as entrevistas a um grupo (Grupo 1) composto por oito alunos e um professor do mestrado em Psicologia numa sessão de leitura onde foram comentadas e discutidas as entrevistas através da associação livre com base na interpretação e análise da leitura.

Finalmente, são retirados temas predominantes no discurso e são exemplificadas as observações do grupo. Devido ao facto da investigação ainda estar a decorrer, a presente apresentação poderá apenas demonstrar dados com base na primeira entrevista realizada antes do grupo de teatro terapêutico se iniciar (T0). Nesta entrevista, a pergunta realizada aos profissionais de Psicologia foi: *"Fale-me da sua experiência, no que traz a este grupo de jovens, o que observou e viveu.",* sendo que a atriz foi colocada uma questão adaptada ao seu domínio artístico: *"Fale-me da sua experiência em trazer o seu domínio artístico para os jovens, o que observou e viveu."*

A análise centrou-se na identificação de temas predominantes nas narrativas dos profissionais.

3. Resultados

Os resultados preliminares apontam para duas tendências principais nos discursos dos participantes: a para discursos mais descritivos e racionalizados, dificuldade em aceder e explicitar a experiência subjetiva pessoal. Demonstraram também uma tendência para centrar a narrativa no grupo de teatro terapêutico (na história e funcionamento do grupo; nos jovens participantes; nos objetivos terapêuticos;) em detrimento da sua experiência pessoal.

Um exemplo desta tendência surge no discurso de um dos psicólogos:

"Então, este grupo foi criado em 2016 e surge de uma vontade da unidade W+ poder usar a arte como mediador terapêutico para podermos ir abarcar miúdos que não estavam totalmente disponíveis para psicoterapia (...). Portanto, são seis experiências diferentes, são

seis grupos distintos do Experimentarte, e em cada grupo, portanto, a pergunta era: como é que, o que é que eu fui vivenciando?" (Participante 1, 46 anos)

Durante a discussão grupal das entrevistas, emergiram interpretações associadas a uma possível intelectualização do discurso: *"Eu senti algo que não é verdade, sinto um distanciamento de sentimentos, como é crianças traz muito o lado de sentimentos e através da resposta dele parece que evita isso e intelectualiza."* (Grupo 1)

Também a atriz entrevistada apresentou dificuldade em desenvolver elementos subjetivos da experiência pessoal, centrando o discurso no grupo terapêutico:

"OK, aqui em específico, neste... OK, o ano passado eu fiz também o projeto com eles e eu acho que... eu acho que é muito importante... eu acho que impacta muito todos os jovens que estão aqui para fazer teatro. Acho que é bom também para eles explorarem outra parte artística, a parte criativa. E acho que é isso. Eu não sei muito bem o que falar." (Participante 2, 28 anos)

Na sessão de discussão do material, este movimento foi associado à dificuldade inicial dos profissionais em deslocarem o foco do cuidado dos jovens para si próprios: *"Eu acho que as pessoas são apanhadas um pouco de surpresa e não conseguem aceder logo a experiências subjetivas, estão sempre ao serviço deles [os profissionais], (...) acho que percebo... uma pergunta que podia ser muito rica."* (Grupo 1)

4. Discussão

Os resultados preliminares sugerem uma tendência dos profissionais para privilegiarem descrições do grupo, dos jovens e do funcionamento institucional, em detrimento da elaboração da sua própria experiência subjetiva. Os discursos apresentados mostraram-se maioritariamente descritivos e racionalizados, com reduzida explicitação emocional direta.

Contudo, importa considerar que esta tendência poderá relacionar-se não apenas com dificuldades de acesso à experiência subjetiva, mas também com a própria formulação das questões de entrevista, que parecem convocar o lugar profissional e técnico dos participantes. Neste sentido, o dispositivo metodológico poderá ter favorecido narrativas centradas na função de cuidado e observação do grupo.

Por outro lado, estes resultados podem também ser pensados à luz das exigências emocionais inerentes a este dispositivo terapêutico grupal com adolescentes em situação de vulnerabilidade, onde a posição profissional de grande proximidade e envolvimento poderá favorecer movimentos compensatórios de aparente distanciamento e intelectualização.

Deve ainda considerar-se que os dados apresentados correspondem ao momento inicial do processo grupal (T0), anterior ao desenvolvimento relacional e emocional do grupo terapêutico. Assim, permanece em aberto a possibilidade de os momentos posteriores da investigação revelarem formas mais elaboradas de acesso à experiência subjetiva dos profissionais.

Este estudo reforça a importância de refletir sobre os processos emocionais dos técnicos e sobre a necessidade de espaços de supervisão e elaboração subjetiva em contextos terapêuticos, grupais e artísticos.

5. Referências Bibliográficas

Blanc, A., & Boutinaud, J. (2017). *El Psicodrama psicoanalítico en Francia y la elaboración grupal de la contratransferencia: Variables terapéuticas operativas en la terapia de juego escénico*. The International Journal of Psychoanalysis (en español), 3(3), 110–140. https://doi.org/10.1080/2057410X.2017.1575622

Ennis, G. M., & Tonkin, J. (2018). *'It's like exercise for your soul': How participation in youth arts activities contributes to young people's wellbeing*. Journal of Youth Studies, *21*(3), 340–359. https://doi.org/10.1080/13676261.2017.1380302

Hanrahan, F., & Banerjee, R. (2017). *'It makes me feel alive': The socio-motivational impact of drama and theatre on marginalised young people.* Emotional and Behavioural Difficulties, 22(1), 35–49. https://doi.org/10.1080/13632752.2017.1287337

Hollway, W., & Jefferson, T. (2000). *Doing qualitative research differently: Free association, narrative and the interview method.* Sage.

Samarcos, A. L. H. (2016). *O uso da contratransferência como instrumento para a psicanálise: Contribuições de Freud, Klein e Heimann.*

Winnicott, D. W. (1949). *Hate in the Counter-Transference.* International Journal of Psycho-Analysis, 30:69–74

Formação de Não Profissionais em Primeira Ajuda Psicológica: Avaliação de um Programa

Maria João Carapeto[1,2,3], Inês Agostinho [1,3,4], Anabela Pereira[1,3,4], Maria de Fátima Marques[5]

[1] Universidade de Évora, Departamento de Psicologia, Portugal
[2] CHRC – Comprehensive Health Research Center, Universidade de Évora, Portugal
[3] SEC-Psi – Serviço de Extensão à Comunidade em Psicologia, Universidade de Évora, Portugal
[4] CIEP – Centro de Investigação em Educação e Psicologia, Universidade de Évora, Portugal
[5] Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Universidade de Évora, Portugal

Autor Correspondente: Maria João Carapeto. **E-mail:** mjcarapeto@uevora.pt

Resumo: A elevada prevalência de problemas de saúde mental nos estudantes universitários tem vindo a apontar para a necessidade de capacitar os funcionários das universidades para poderem oferecer uma primeira ajuda psicológica eficaz. Programas internacionais de primeiros socorros em saúde mental têm demonstrado benefícios ao nível da literacia em saúde mental e da resposta a situações de crise. Este estudo tem como objetivo avaliar os efeitos do curso "Ajuda em crise psicológica: guia para não profissionais", destinado a promover competências de primeira ajuda psicológica em funcionários da Universidade de Évora. Participaram 17 funcionários de diferentes serviços. O curso teve a duração de 18 horas, ao longo das quais se trabalhou um modelo de primeira ajuda, psicoeducação sobre problemáticas da saúde mental selecionadas e o desenvolvimento de diversas estratégias e técnicas de primeira ajuda. Para avaliar os efeitos da formação foram utilizadas medidas de literacia em saúde mental (pré e pós-formação), autoperceção do desenvolvimento de conhecimentos e competências, e satisfação com a formação. Os resultados evidenciam melhoria do conhecimento sobre problemas de saúde mental e da perceção de competência na utilização de técnicas de primeira ajuda em crise psicológica. O curso foi avaliado muito positivamente pelos formandos em todas as dimensões consideradas. Globalmente, os resultados apontam para benefícios da formação, merecendo aprofundamento em estudos futuros.

Palavras-chave: Literacia em saúde mental; Primeiros socorros em saúde mental; Estudantes universitários; funcionários universitários.

Abstract

The high prevalence of mental health problems among university students has highlighted the need to equip university staff with the skills required to provide effective psychological first aid. International mental health first aid programs have demonstrated benefits in terms of mental health literacy and responses to crisis situations. This study aimed to evaluate the effects of the course "Assistance in Psychological Crisis: A Guide for Non-Professionals", designed to promote psychological first aid skills among staff members of the University of Évora. Seventeen staff members from different university services participated in the study. The course comprised 18 hours of training, during which participants were introduced to a psychological first aid model, received psychoeducation on selected mental health conditions, and developed a range of psychological first aid strategies and techniques. To assess the effects of the training, measures of mental health literacy (pre- and post-training), self-perceived development of knowledge and skills, and satisfaction with the training were collected. The results indicated improvements in knowledge about mental health problems and in perceived competence regarding the use of psychological first aid techniques in situations of psychological crisis. Trainees evaluated the course very positively across all dimensions considered. Overall, the findings suggest that the training program yielded beneficial outcomes and warrant further investigation in future studies.

Key-Words: Mental health literacy; Mental health first aid; University students; University staff.

1. Introdução

A entrada no ensino superior representa um marco significativo no início da vida adulta (Kohútová & Kohút, 2024; Rodrigues et al., 2023). Para muitos estudantes universitários, a experiência académica implica o distanciamento do seu local de residência, do núcleo familiar e social, e, simultaneamente, novas exigências pedagógicas, o estabelecimento de novos laços sociais e outros desafios individuais inerentes à transição para o ensino superior (Penha et al., 2020). O ritmo quotidiano torna-se mais intenso, a carga horária de estudos mais elevada, há um maior risco de consumo de substâncias, e poderão surgir sentimentos de solidão, irritabilidade, preocupação, etc. (Rodrigues et al., 2023). Face a esta complexidade de fatores,

os estudantes necessitam de recursos cognitivos e emocionais para lidar com a adaptação ao novo contexto académico (Kritikou & Giovazolias, 2022). Quando esses recursos se revelam insuficientes ou comprometidos, poderão surgir ou agravar-se dificuldades ao nível da saúde mental (Adams et al., 2021).

Os problemas de saúde mental dos estudantes universitários têm assumido crescente relevância no contexto académico e de saúde pública, em virtude da elevada prevalência de sintomas psicológicos, tais como ansiedade, depressão, hiperatividade e défice de atenção, etc. (Amaro et al., 2024), e do impacto destes problemas no funcionamento académico, social e pessoal dos estudantes, como por exemplo no rendimento académico, envolvimento universitário, permanência no curso e relações interpessoais (Sahão & Kienen, 2021).

Face à elevada prevalência de problemas de saúde mental nos estudantes universitários, a literatura evidencia o papel central dos funcionários das instituições do ensino superior no apoio psicológico aos estudantes, sendo identificados como os primeiros interlocutores ("front-line responders" ou "gatekeepers") em situações de crise (Riba, 2024). Precisamente pelo contacto informal, regular e próximo com os estudantes, estes profissionais encontram-se frequentemente numa posição privilegiada para identificar sinais precoces de sofrimento psicológico, prestar apoio inicial, encaminhar adequadamente os estudantes para serviços especializados (Massey et al., 2014). Contudo, apesar desta proximidade, muitos funcionários reportam sentimentos de insegurança e falta de preparação para lidar com situações de crise emocional ou psicológica no contexto académico (Gulliver et al., 2018a, 2018b; Massey et al., 2014), sobretudo quando os limites dos seus papeis e funções não são claros (Ramluggun et al. 2022).

Os programas de *Mental Health First Aid* (MHFA), ou primeira ajuda psicológica (Kitchener & Jorm, 2006; Morgan et al., 2018), têm vindo a afirmar-se no contexto académico, visando dotar profissionais não clínicos (como docentes e funcionários universitários) de competências essenciais que permitam responder num primeiro momento aos problemas de saúde mental dos estudantes (Ashoorian et al., 2019; Massey et al., 2014). Estes programas assentam em princípios de intervenção utilizados para orientar e informar a intervenção em situações de crise psicológica, nomeadamente a promoção do acalmar, sensação de autoeficácia e de eficácia da comunidade, sensação de segurança, conexão à rede social de suporte, orientação para serviços especializados de saúde mental e esperança (Ordem dos Psicólogos Portugueses, s.d.).

Estudos internacionais realizados com funcionários universitários demonstram que programas de formação em primeira ajuda em saúde psicológica contribuem para melhorar conhecimentos sobre saúde mental, sensibilidade perante estudantes em sofrimento, aumentar a preparação percebida e a confiança na abordagem a estudantes em sofrimento psicológico, reforçar competências de encaminhamento para apoio especializado; e que os efeitos podem traduzir-se na ajuda a estudantes a longo prazo (Ashoorian et al., 2019; Massey et al., 2014).

Dada a necessidade de formação específica em primeira ajuda em crise psicológica dos estudantes, e a escassa oferta para funcionários das universidades, foi proposto o desenvolvimento de uma ação de formação no âmbito do Projeto Vagar(mente) – Programa de Saúde Mental da Universidade de Évora (https://www.vagarmente.uevora.pt), Ação 5 - Reações de Ajustamento e Adaptação, Atividade 5.5 Primeiros Socorros em Saúde Mental: Capacitação de Docentes e Não Docentes (Universidade de Évora, s.d.). Os objetivos deste curso de formação, a que se deu o nome "Ajuda Em Crise Psicológica: Guia Para Não Profissionais", foram os de promover conhecimentos e competências de funcionários da universidade relativamente a: (a) reconhecimento sinais de sofrimento psicológico e comportamentos de crise psicológica em estudantes; (b) aplicação do modelo de primeira ajuda psicológica Ver-Ouvir-Sintonizar (VOS) com segurança e responsabilidade; (c) promoção de um ambiente de acolhimento, escuta ativa e encaminhamento adequado; (d) identificação de recursos internos e externos de apoio (serviços da universidade, centros de saúde, etc.); (e) gestão da sua própria segurança e limites éticos no papel de apoio inicial.

O modelo VOS foi concebido como um guião de intervenção capaz de orientar os funcionários num processo de primeira ajuda em crise psicológica adaptado ao contexto académico, com base em orientações da Organização Mundial da Saúde, War Trauma Foundation and World Vision International (2011) ou o modelo ALGEE (*Assess for risk of suicidal harm – Listen nonjudgmentally – Give reassurance and information – Encourage appropriate professional help - Encourage self-help and other support strategies)* desenvolvido por Kitchener e Jorm (2006).

Esta ação de formação teve a duração de 18 horas, distribuídas por seis sessões de três horas cada, focadas nos seguintes conteúdos programáticos:

1. Introdução e fundamentos: Saúde mental. Crise psicológica. Estigma. O papel do não profissional. O modelo de primeira ajuda psicológica Ver-Ouvir-Sintonizar (VOS).

2. Ansiedade e Ataques de Pânico: Sinais em contexto académico. Aplicando o Modelo VOS e algumas técnicas específicas (escuta ativa, respiração).
3. Psicose: Sinais em contexto académico. Aplicando o Modelo VOS e algumas técnicas específicas (+ *grounding*).
4. Comportamentos Aditivos: Sinais em contexto académico. Aplicando o Modelo VOS e algumas técnicas específicas.
5. Depressão, Suicídio e Auto-Lesão: Sinais em contexto académico. Aplicando o Modelo VOS e algumas técnicas específicas.
6. Autocuidado e recursos da comunidade: Autocuidado. Recursos da comunidade. Papéis dos não profissionais e dos profissionais. Avaliação.

Ao longo das sessões foram utilizadas técnicas como: psicoeducação, role-play, visualização de vídeos, estudo de casos, jogos, discussão orientada, diário de bordo, etc.

Desta forma, o objetivo deste estudo é avaliar os efeitos da formação "Ajuda Em Crise Psicológica: Guia Para Não Profissionais" nos formandos, relativamente a: (a) literacia em saúde mental, designadamente conhecimentos sobre problemas de saúde mental e identificação de sinais de problemas psicológicos; e estratégias e técnicas de primeira ajuda em situação de crise psicológica e autocuidado; (b) autoperceção de competência em situação de primeira ajuda psicológica; e (c) satisfação com a formação.

2. Métodos

O estudo seguiu um plano de investigação de grupo único com pré-teste e pós-teste.

2.1 Participantes

Os participantes neste estudo foram 17 funcionários da Universidade de Évora (UÉ), dos quais 14 do género feminino (82.4%) e 3 do género masculino (17.6%), com idades entre os 38 e os 65 anos (M = 53.94, DP = 7.70). A maioria indicou ser de nacionalidade portuguesa (só um/a participante não), casada (8; 47.1%) ou viver em união de facto (5; 29.4%), e ter habilitação de estudos superiores (41.1%: licenciatura ou mestrado, respetivamente 17.6% e 23.5%) ou o ensino secundário (5; 29.4%).

Oito trabalham há mais de 20 anos na UÉ (47.1%) e cinco há entre um e cinco anos (29.4%). Reportaram estar integrados em diversos serviços da UÉ (serviços académicos, biblioteca,

serviços técnicos, escolas, etc.) e numa diversidade de carreiras, designadamente assistente operacional (35.3%), assistente técnico (35.3%), técnico superiore (11.8%) e dirigente (17.6%).

A maioria indicou ter já tido contacto com problemas de saúde mental (64.7% vs. 35.3%), mas só uma minoria referiu contacto com problemas de saúde mental em familiares (35.3%), amigos (29.4%), colegas (17.6%) ou estudantes (35.3%). A maioria nunca teve qualquer formação na área da saúde mental (88.2%) e reportou sentir-se moderadamente confortável a lidar com problemas de saúde mental no contexto profissional (8; 47.1%) ou pouco confortável (5; 29.4%). Só dois formandos (11.8%) indicaram ter já participado em ações de formação sobre saúde mental (88.2% nunca tinham participado).

2.2 Instrumentos

2.2.1. Questionário sociodemográfico

Foi elaborado um breve questionário sociodemográfico para estudo, com o objetivo de recolher informação sobre variáveis sociodemográficas em geral (idade, género, estado civil, habilitações literárias), socioprofissionais (número de anos de trabalho na UÉ), contacto com pessoas com problemas de saúde mental, e frequência de outras formações relacionadas com saúde mental. Foi aplicado no início da primeira sessão de formação.

2.2.2 Questionário de Literacia em Saúde Mental – Versão Breve para Adultos (qLSM)

O qLSM (Campos et al., 2022) mede quatro dimensões da literacia em saúde mental: conhecimento sobre problemas de saúde mental (6 itens), crenças e estereótipos (3 itens), comportamentos de procura de ajuda (3 itens) e estratégias de autoajuda (4 itens). A resposta é fornecida numa escala de 1-*Discordo muito* a 5-*Concordo muito.* Pontuações mais elevadas sugerem níveis mais elevados de literacia em saúde mental. O instrumento revela boas qualidades psicométricas (Campos et al., 2022). O qLSM foi aplicado no início e no final do programa de formação.

2.2.3 Autoperceção de Competência em Primeira Ajuda Psicológica (ACPAP)

Este questionário foi construído deliberadamente para este estudo com o objetivo de avaliar a autoperceção dos formandos relativamente aos seus próprios conhecimentos sobre sinais de alerta de problemas de saúde mental (7 itens) e sobre estratégias e técnicas de primeira ajuda (6 itens), utilizando uma escala de 1 – *Insuficiente* a 6 – *Excelente.* A resposta a cada item é

fornecida duas vezes, reportando-se respetivamente aos momentos antes e após a formação. Os itens de ambas as dimensões refletiram as temáticas abordadas no curso. Pontuações mais elevadas significam autoperceção de mais competência.

2.2.4 Escala de Avaliação da Implementação de Programas (EAIP)

A EAIP (Jardim & Pereira, 2006) é um instrumento que avalia a satisfação com a formação em sete domínios diferentes: apreciação global, objetivos, conteúdos, atividades, participação, recursos, perceção de desenvolvimento. A resposta é fornecida numa escala de 1-*Mau* a 5-*Muito Bom*. Uma versão de 22 itens foi aplicada no final da última sessão. A pontuação de cada dimensão é calculada a partir da média das pontuações obtidas dos seus itens, e valores mais elevados correspondem a maior satisfação. A dimensão de percepção de desenvolvimento envolve dois itens que avaliam a percepção de competência antes e após a formação nos temas da formação; por isso, será também calculada a diferença entre os dois itens para avaliar a autoperceção de desenvolvimento.

2.3 Procedimentos de Recolha e Análise de Dados

O programa de formação foi construído e aplicado pelas autoras.

O protocolo de recolha de dados integrou a declaração de consentimento informado, contendo informação sobre os objetivos da recolha de dados e garantias de confidencialidade e anonimato, entre outros, em conformidade com as orientações da Comissão Nacional de Proteção de Dados e com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados.

Os participantes preencheram os questionários impressos em papel em dois momentos de avaliação, antes e após a implementação do programa de formação. No início da primeira sessão foi aplicado o sociodemográfico e o qLSM (avaliação pré-intervenção); no final da sexta e última sessão foi aplicado novamente o qLSM bem como o ACPAP (autoperceção de conhecimentos e estratégias de primeira ajuda, antes e após a formação) e a EAIP (satisfação com a formação). Na avaliação inicial, os participantes criaram um código alfanumérico individual que permitiu o emparelhamento dos dados pré- e pós-intervenção, assegurando o seu anonimato perante as investigadoras.

A análise de dados foi realizada com o IBM SPSS v. 17. Dada a pequena dimensão da amostra, foram preferidas estatísticas descritivas e testes não paramétricos. As diferenças entre

os resultados pré-e pós-formação nas dimensões do qLSM (literacia em saúde mental) e do ACPAP (autoperceção de competência na identificação de sinais de problemas psicológicos e em técnicas/estratégias de primeira ajuda psicológica) foram testadas através de uma série de testes de Wilcoxon para amostras relacionadas. As diferenças foram consideradas para $p < .05$, e marginalmente significativas para $.10 < p \leq .05$.

3. Resultados

A Tabela 1 mostra a mediana, média e desvio padrão de cada variável nas avaliações pré- e pós-formação, e a Figura 1 (gráficos 1 a 6) ilustra-o.

Os conhecimentos sobre problemas de saúde mental aumentaram significativamente após a formação, z = -2.60, p = .009, bem como melhorou significativamente a autoperceção de habilidades pessoais para identificar sinais de crise psicológica, z = -3.17, p = .002, e de conhecimento de estratégias e técnicas de primeira ajuda a estudantes em crise psicólogica, z = -3.23, p = .001 (Tabela 1 e Figura 1).

Tabela 1
Estatísticas descritivas.

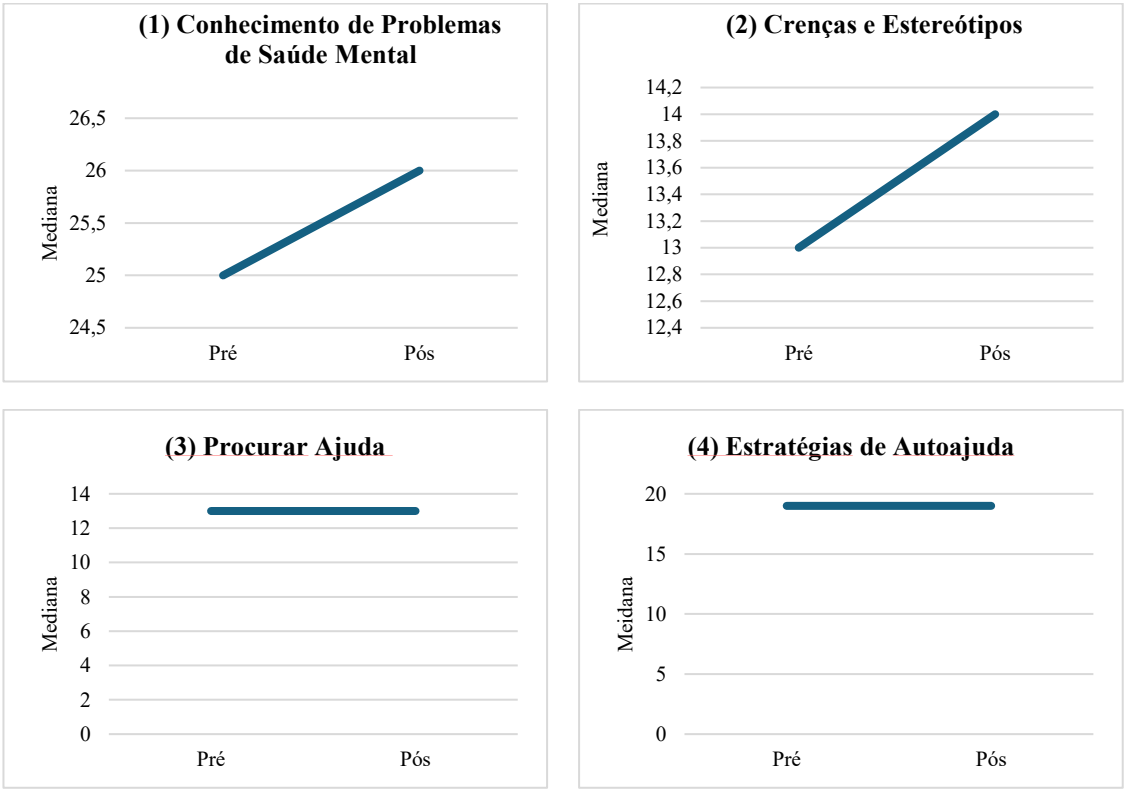
Variável	Pré-Formação			Pós-Formação		
	Med	*M*	*SD*	Med	*M*	*SD*
LSMq (*N* = 17)						
Conhecimento	25	23.29	5.96	26	26.41	2.62
Crenças	13	12.82	2.01	14	13.24	1.99
Procura ajuda	13	12	2.83	13	12.24	2.44
Autoajuda	19	18.12	2.37	19	18.47	1.70
Autoperceção de competências (*N* = 14)						
Identificação de sinais	2.86	2.99	0.86	5	4.8	0.98
Estratégias/técnicas	2.7	2.81	0.91	5.14	4.99	0.82
Satisfação com a formação (*N* = 16)						
Apreciação global				4.67	4.61	0.34
Objetivos				5	4.75	0.45
Conteúdos				4.7	4.63	0.39
Atividades				4.75	4.56	0.49
Participação				4	4.44	0.51
Recursos				5	4.77	0.29
Desenvolvimento				3.5	3.56	0.48

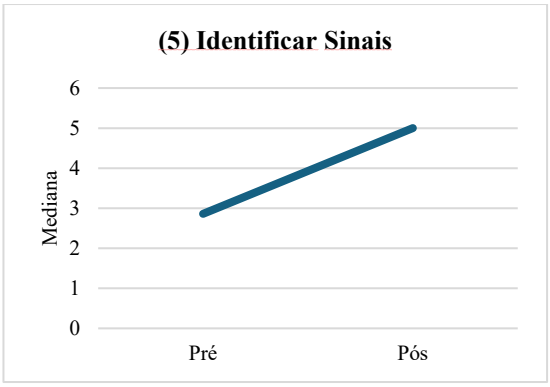
Autoperceção de competência prévia	3	2.87	0.74
Autoperceção de competência pós	4	4.20	0.41

A satisfação com a formação manteve-se entre 4 (bom) e 5 (muito bom) em todas as dimensões avaliadas (Figura 2), respetivamente apreciação global, objetivos, conteúdos, atividades, participação e recursos. A pontuação mais baixa foi a da perceção de desenvolvimento de competências (Med = 3.5), que resultou da média da avaliação que os formandos fazem das suas competências e conhecimentos antes (mais baixa) e após a formação (mais elevada). Como mostra o gráfico encastrado na parte inferior da Figura 2, esta é percebida como tendo progredido do nível 3 (razoável) para o nível 4 (bom), uma progressão que é estatisticamente significativa, $Z = -3.41$, $p < .001$.

Figura 1

Níveis de literacia em saúde mental (1 a 4) e de autoperceção de competências (5 e 6) pré e pós-formação





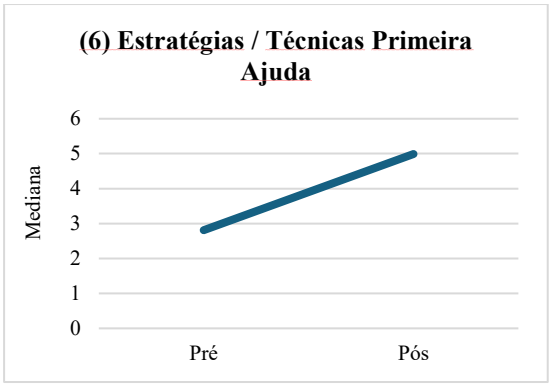
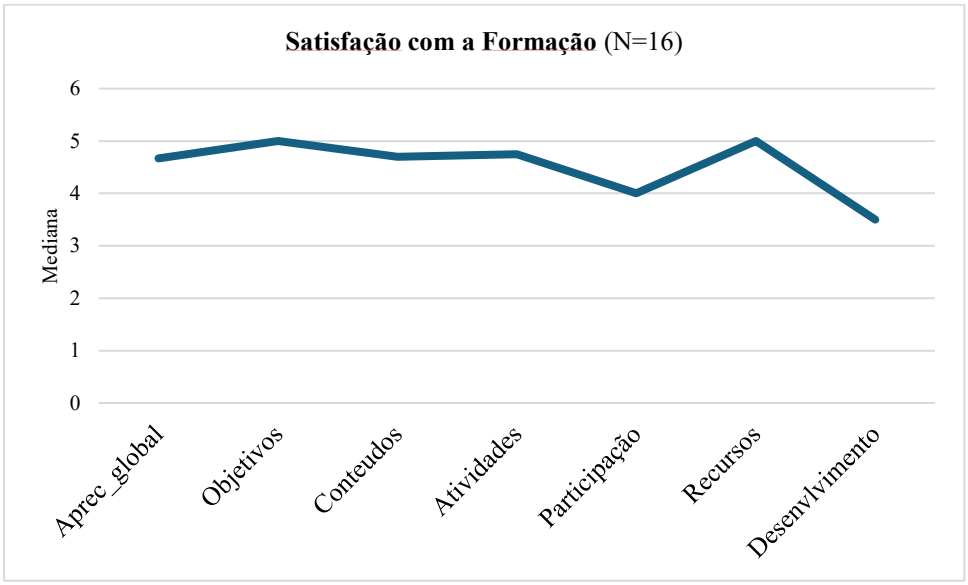
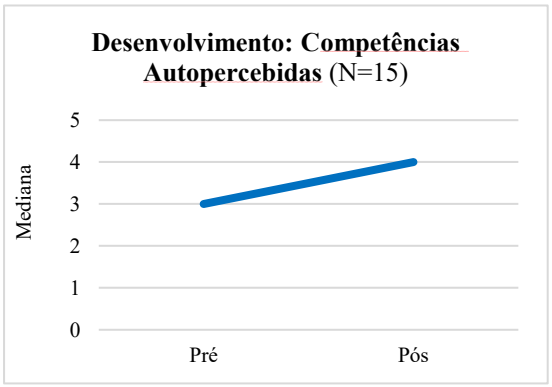


Figura 2

Satisfação dos formandos com a formação (de 1-Mau a 5-Muito Bom)





4. Discussão

O presente estudo teve como objetivo avaliar os efeitos da formação "Ajuda em Crise Psicológica: Guia para Não Profissionais" em funcionários de uma universidade, analisando o

seu impacto na literacia em saúde mental, na autoperceção de competências para a prestação de primeira ajuda psicológica e na satisfação com a formação. De forma global, os resultados sugerem que a formação foi eficaz na promoção de conhecimentos sobre saúde mental e no reforço da confiança dos participantes para identificar e apoiar estudantes em situação de sofrimento psicológico, tendo igualmente alcançado elevados níveis de satisfação.

Os resultados evidenciaram um aumento significativo dos conhecimentos dos participantes sobre problemas de saúde mental. Este resultado é consistente com a literatura relativa aos programas de MHFA, que tem demonstrado melhorias significativas na literacia em saúde mental após a participação em ações de formação dirigidas a profissionais não especializados (Ashoorian et al., 2019; Hadlaczky et al., 2014). O aumento do conhecimento constitui um objetivo particularmente relevante no contexto universitário, onde os funcionários, apesar de contactarem regularmente com os estudantes, nem sempre dispõem de formação específica que lhes permita reconhecer sinais precoces de sofrimento psicológico e compreender adequadamente as suas manifestações (Gulliver et al., 2018a, 2018b; Massey et al., 2014).

Os resultados revelaram igualmente melhorias significativas na autoperceção de competências para identificar sinais de crise psicológica em estudantes. Este resultado sugere que a formação poderá ter contribuído para aumentar a sensibilidade dos participantes perante indicadores de sofrimento emocional e comportamentos de risco. Esta capacidade assume especial relevância no contexto do ensino superior, uma vez que muitos estudantes com dificuldades psicológicas mantêm contactos frequentes com funcionários académicos e administrativos antes de procurarem ajuda especializada (Massey et al., 2014). Neste sentido, a formação poderá contribuir para fortalecer o papel dos funcionários enquanto agentes de deteção precoce e encaminhamento, frequentemente descritos na literatura como “gatekeepers” ou “front-line” responders.

Paralelamente, verificou-se uma melhoria significativa na perceção de conhecimento de estratégias e técnicas de primeira ajuda psicológica. Este resultado é particularmente importante porque a literatura tem identificado a falta de preparação percebida como uma das principais barreiras à intervenção de funcionários universitários perante situações de sofrimento psicológico dos estudantes (Gulliver et al., 2018a, 2018b). O aumento da confiança para atuar poderá refletir a utilidade dos conteúdos práticos da formação, incluindo a aprendizagem do modelo Ver–Ouvir–Sintonizar (VOS), os exercícios de role-play, a análise de casos e a discussão orientada de situações reais. Estudos anteriores têm demonstrado que os

programas de formação em primeira ajuda em saúde mental não apenas aumentam os conhecimentos, mas também promovem sentimentos de autoeficácia e disponibilidade para prestar apoio inicial (Ashoorian et al., 2019; Morgan et al., 2018).

Importa salientar que o modelo VOS foi desenvolvido especificamente para o contexto académico e para utilização por não profissionais, procurando adaptar princípios internacionais de primeira ajuda psicológica à realidade das instituições de ensino superior. Embora o presente estudo não tenha avaliado diretamente a aplicação do modelo em situações reais, os resultados sugerem que os participantes adquiriram conhecimentos e competências percecionadas compatíveis com os objetivos da intervenção. Esta adaptação contextual poderá constituir uma mais-valia, uma vez que a eficácia das formações tende a aumentar quando os conteúdos são percecionados como relevantes para os desafios concretos enfrentados pelos participantes no seu contexto de trabalho (Kitchener & Jorm, 2006).

Os elevados níveis de satisfação observados em todas as dimensões avaliadas reforçam a aceitabilidade da formação. As classificações entre "bom" e "muito bom" sugerem que os participantes consideraram os conteúdos, as metodologias e os recursos utilizados adequados às suas necessidades. A literatura tem demonstrado que a satisfação constitui um importante indicador de viabilidade e sustentabilidade das intervenções, estando frequentemente associada a uma maior motivação para aplicar os conhecimentos adquiridos e participar em futuras iniciativas de formação (Baldwin & Ford, 1988).

Um aspeto particularmente interessante foi a melhoria significativa observada na perceção global de desenvolvimento de competências. A mediana da autoperceção de competências adquiridas após a formação atinge o nível de "bom", tendo-se verificado uma progressão estatisticamente significativa relativamente à autoperceção de competências prévias ("razoáveis"). Este resultado pode ser interpretado também como um indicador de maior consciência das exigências associadas ao papel de apoio inicial. Com efeito, a formação poderá ter contribuído não apenas para aumentar conhecimentos, mas também para promover uma compreensão mais realista da complexidade das situações de crise psicológica e dos limites do papel dos não profissionais. Neste sentido, um aumento menos amplo das competências adquiridas não deve ser necessariamente interpretada como um resultado negativo, podendo refletir também uma perceção mais ajustada das responsabilidades envolvidas na prestação de apoio inicial.

Os resultados obtidos assumem particular relevância à luz da crescente prevalência de problemas de saúde mental entre estudantes universitários. Diversos estudos têm documentado níveis elevados de ansiedade, depressão e sofrimento psicológico nesta população, bem como o impacto destas dificuldades no sucesso académico, no bem-estar e na permanência no ensino superior (Amaro et al., 2024; Sahão & Kienen, 2021). Consequentemente, as instituições de ensino superior têm vindo a reconhecer a necessidade de adotar abordagens integradas de promoção da saúde mental que envolvam não apenas os serviços especializados, mas também outros membros da comunidade académica. A formação de funcionários poderá constituir uma estratégia complementar importante para ampliar a capacidade institucional de resposta e apoio aos estudantes.

Apesar dos resultados encorajadores, importa reconhecer algumas limitações do estudo. Em primeiro lugar, a avaliação incidiu sobretudo sobre conhecimentos e perceções de competência, não tendo sido analisada a aplicação efetiva das competências em situações reais de contacto com estudantes. Em segundo lugar, a ausência de um grupo de controlo limita a atribuição causal dos resultados exclusivamente à formação. Adicionalmente, a recolha de dados imediatamente após a intervenção não permite determinar se os ganhos observados se mantêm ao longo do tempo. Estudos futuros deverão incluir avaliações de seguimento e medidas comportamentais que permitam analisar se os conhecimentos adquiridos se traduzem em alterações efetivas das práticas de apoio e encaminhamento dos estudantes.

Em síntese, os resultados sugerem que a formação "Ajuda em Crise Psicológica: Guia para Não Profissionais" constitui uma intervenção promissora para promover a literacia em saúde mental e reforçar a confiança dos funcionários universitários na identificação e apoio inicial a estudantes em sofrimento psicológico. A elevada satisfação dos participantes e as melhorias observadas nas competências percecionadas reforçam o potencial desta formação como estratégia de capacitação da comunidade académica para a promoção da saúde mental no ensino superior.

5. Referências Bibliográficas

Adams, K. L., Saunders, K. E., Keown-Stoneman, C. D. G., & Duffy, A. C. (2021). Mental health trajectories in undergraduate students over the first year of university: A longitudinal cohort study. *BMJ Open, 11*(12), e047393. http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047393

Amaro, P., Fonseca, C., Afonso, A., Jacinto, G., Gomes, L., Pereira, H., ... & Pinho, L. G. (2024). Depression and anxiety of Portuguese University students: A Cross-Sectional study about prevalence and associated factors. *Depression and Anxiety, 2024*(1), 1–14. https://doi.org/10.1155/2024/5528350

Ashoorian, D., Albrecht, K. L., Baxter, C., Giftakis, E., Clifford, R., Greenwell-Barnden, J., & Wylde, T. (2019). Evaluation of Mental Health First Aid skills in an Australian university population. *Early intervention in psychiatry, 13*(5), 1121–1128. https://doi.org/10.1111/eip.12742

Baldwin, T. T., & Ford, J. K. (1988). Transfer of training: A review and directions for future research. *Personnel Psychology, 41*(1), 63–105. https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1988.tb00632.x

Campos, L., Dias, P., Costa, M., Rabin, L., Miles, R., Lestari, S., ... & Yu, L. (2022). Mental health literacy questionnaire-short version for adults (MHLq-SVa): Validation study in China, India, Indonesia, Portugal, Thailand, and the United States. *BMC psychiatry, 22(*1), 713. https://doi.org/10.1186/s12888-022-04308-0

Gulliver, A., Farrer, L., Bennett, K., Ali, K., Hellsing, A., Katruss, N., & Griffiths, K. M. (2018a). University staff experiences of students with mental health problems and their perceptions of staff training needs. *Journal of Mental Health, 27*(3), 247–256. https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1466042

Gulliver, A., Farrer, L., Bennett, K., & Griffiths, K. M. (2018b). University staff mental health literacy, stigma and their experience of students with mental health problems. *Journal of Further and Higher Education, 43*(3), 434–442. https://doi.org/10.1080/0309877X.2017.1367370

Hadlaczky, G., Hökby, S., Mkrtchian, A., Carli, V., & Wasserman, D. (2014). Mental Health First Aid is an effective public health intervention: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry, 26*(4), 467–475. https://doi.org/10.3109/09540261.2014.924910

Jardim, J., & Pereira, A. (2006). *Competências pessoais e sociais: Guia prático para a mudança positiva*. ASA.

Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2006). Mental health first aid training: Review of evaluation studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*(1), 6–8. https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01735.x

Kohútová, V., & Kohút, M. (2024). The role of age, university attendance and other demographic factors in experiencing emerging adulthood. *Emerging Adulthood*, *12*(2), 264–270. https://doi.org/ 10.1177/21676968231226253

Kritikou, M., & Giovazolias, T. (2022). Emotion regulation, academic buoyancy, and academic adjustment of university students within a self-determination theory framework: A systematic review. *Frontiers in psychology*, *13*, 1057697. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1057697

Massey, J., Brooks, M., & Burrow, J. (2014). Evaluating the effectiveness of Mental Health First Aid training among student affairs staff at a Canadian university. *Journal of Student Affairs Research and Practice, 51*(3), 323–336. https://doi.org/10.1515/jsarp-2014-0032

Morgan, A. J., Ross, A., & Reavley, N. J. (2018). Systematic review and meta-analysis of Mental Health First Aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. *PLoS One, 13*(5), e0197102. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197102.

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (n.d.). *Primeiros socorros psicológicos*. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/primeiros_socorros_psicologicos.pdf

Penha, J. R. L., Oliveira, C. C., & Mendes, A. V. S. (2020). Saúde mental do estudante universitário: Revisão integrativa. *Journal Health NPEPS*, *5*(1), 369–395. http://dx.doi.org/10.30681/252610103549

Ramluggun, P., Kozlowska, O., Mansbridge, S., Rioga, M., & Anjoyeb, M. (2022). Mental health in higher education: Faculty staff survey on supporting students with mental health needs. *Health Education*, *122*(6), 601–616.

Riba, E. B. (2024). *Defining faculty's role in supporting student mental health needs in higher education*.

Rodrigues, A., Simões, A., Pais, M., Guerra, M., Coelho, M., Rosa, P., ... & Marinheiro, P. (2023). Saúde mental dos estudantes do ensino superior e o consumo de substâncias psicoativas: Revisão integrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, (31), 33–52. https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2023.11842

Sahão, F. T., & Kienen, N. (2021). Adaptação e saúde mental do estudante universitário: Revisão sistemática da literatura. *Psicologia Escolar e Educacional, 25*, 1–13. https://doi.org/10.1590/2175-35392021224238

Universidade de Évora (s.d.). Vagar(mente). *Promover o bem-estar psicológico e emocional de toda a comunidade académica.* Acedido em 14 maio 2026, https://www.vagarmente.uevora.pt

World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers.* WHO. Acedido em 5 junho 2026 em https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e7e129fb-b306-496d-84a5-67bb70abc130/content

Intervenções psicodramáticas na saúde mental de adolescentes: processos de mudança terapêutica individual em grupo

Joana Gonçalves[1], António José-Gonzalez[2]

[1] ISPA – APPsyCI e ULSSM, Portugal
[2] ISPA - APPsyci, Portugal

[1] **E-mail:** joanagoncalves1980@gmail.com
[2] **E-mail**: gonzalez@ispa.pt

Resumo: A adolescência é um período de transformações identitárias e relacionais, associado a vulnerabilidade. Ora as intervenções de grupo favorecem processos de identificação e no psicodrama psicanalítico, a dramatização permite representar conflitos internos e relacionais

em ação, promovendo a mentalização. O objetivo é analisar os processos de mudança terapêutica percebidos por adolescentes de um grupo de psicodrama psicanalítico. Nas primeiras 20 sessões deste grupo aberto semanal participaram 11 adolescentes, entre os 14 e os 19 anos de idade com psicopatologia grave. O impacto foi avaliado através do Helpful Aspects of Therapy (HAT), com análise de conteúdo. E após um mínimo de 12 sessões por jovem através da Clinical Change Interview (CCI) fez-se uma análise das mudanças sentidas. Observou-se uma predominância de impactos terapêuticos positivos (80%). As dramatizações e os jogos de grupo foram identificados como os eventos mais úteis. Relataram aumento da aprendizagem interpessoal e alteridade e sensações de acalmia e auto-regulação. Os impactos negativos diminuíram ao longo das sessões. O psicodrama psicanalítico de grupo revela-se um dispositivo terapêutico favorável à promoção da saúde mental em adolescentes, pois tal como a Débora nos diz "sem darmos conta, conseguimos lá chegar, mesmo que não apeteça falar, pois vamo-nos identificando com os outros".
Palavras-chave: Adolescentes; Saúde Mental; Psicodrama Psicanalítico; Psicoterapia de Grupo; Mudança Terapêutica

Abstract: Adolescence is a period of identity and relational changes, associated with vulnerability. Group interventions facilitate processes of identification, and in psychoanalytic psychodrama, dramatization allows internal and relational conflicts to be acted out, thereby promoting mentalization. The aim is to analyze the processes of therapeutic change as perceived by adolescents in a psychoanalytic psychodrama group. Eleven adolescents aged between 14 and 19 with severe psychopathology participated in the first 20 sessions of this weekly open group. The impact was assessed using the Helpful Aspects of Therapy (HAT) scale, with content analysis. Following a minimum of 12 sessions per young person, the Clinical Change Interview (CCI) was used to analyze the changes experienced. A predominance of positive therapeutic impacts was observed (80%). Role-plays and group games were identified as the most useful activities. Participants reported increased interpersonal learning and awareness of others, as well as feelings of calm and self-regulation. Negative impacts decreased over the course of the sessions. Psychoanalytic group psychodrama proves to be a therapeutic tool conducive to promoting mental health in adolescents, for, as Débora tells us, "Without realizing it, we manage to get there, even if we don't feel like talking, because we come to identify with the others".
Keywords: Adolescents; Mental Health; Psychoanalytic Psychodrama; Group Psychotherapy; Therapeutic Change

1. Introdução

A adolescência constitui uma etapa do desenvolvimento marcada por profundas transformações biológicas, psicológicas e sociais. Durante este período ocorre uma intensa reorganização da identidade, acompanhada pela redefinição das relações familiares e sociais e pela emergência de novas formas de expressão emocional. Estas mudanças podem aumentar a vulnerabilidade ao surgimento de dificuldades emocionais e psicopatologia (Blos, 1996).

Nas últimas décadas tem-se verificado uma crescente preocupação com a saúde mental dos adolescentes, particularmente num contexto social marcado por rápidas transformações culturais e tecnológicas, onde se promove a indiferença e o desligamento/desconexão relacional. Estes fatores contribuem para uma maior complexidade das experiências emocionais e relacionais vividas pelos jovens, reforçando a necessidade de intervenções terapêuticas sensíveis às especificidades desta fase do desenvolvimento.

As abordagens psicoterapêuticas de grupo apresentam particular relevância na intervenção com adolescentes, uma vez que o grupo pode funcionar como um espaço de identificação, espelhamento e elaboração das experiências emocionais.

Na perspetiva da teoria dos grupos desenvolvida por Wilfred Bion, o grupo constitui um campo dinâmico onde emergem processos emocionais inconscientes que influenciam o funcionamento dos indivíduos e das relações entre os membros do grupo (Bion, 1961). Neste sentido, o grupo terapêutico pode favorecer processos de contenção emocional, pensamento e transformação das experiências psíquicas.

Por outro lado, o enquadramento terapêutico pode ser compreendido como um espaço potencial que facilita a expressão e a elaboração das experiências subjetivas. De acordo com a perspetiva de Donald Winnicott, o desenvolvimento emocional implica a existência de um ambiente suficientemente bom que permita ao indivíduo explorar, simbolizar e integrar as suas experiências internas (Winnicott, 1971). No contexto psicoterapêutico, o grupo pode funcionar como um espaço potencial onde os adolescentes experimentam novas formas de relação e expressão emocional.

No âmbito do psicodrama psicanalítico, a dramatização constitui um dispositivo privilegiado para a exploração de conflitos internos e relacionais. Através da ação dramática, os participantes podem representar experiências subjetivas significativas, experimentar diferentes papéis e construir novas formas de compreensão das suas vivências emocionais (Moreno, 1997). Nesta perspetiva, o psicodrama permite transformar experiências difíceis em representações simbólicas partilháveis.

Autores como Rojas-Bermúdez, sublinham a importância da dramatização como meio de acesso às dinâmicas emocionais e relacionais, permitindo a emergência de novos significados e a reorganização da experiência psíquica no contexto do grupo terapêutico (Rojas-Bermúdez, 2016).

Os fatores terapêuticos mais referidos no início de um grupo são a esperança, universalidade, catarse, coesão e auto compreensão (Yalom, 2005).

No trabalho com adolescentes é importante ter em conta algumas especificidades como por exemplo que existe uma tendência a desistências nas primeiras 12 sessões (Yalom, 2005). E uma oscilação do funcionamento grupal entre dependência e ataque-fuga, como na adolescência, com tendência à passagem ao ato.

A necessidade de suporte, identificações entre pares e separação de figuras parentais/terapeutas idealizados (Marcelli & Braconnier, 2005) é premente. Daí a importância do terapeuta em oferecer holding (continente), grounding (afirmação) e sharing (partilha) (Ferreira,2020).

Alguns autores reforçam que o psicodrama com adolescentes promove a regulação emocional, autoestima, mentalização, comunicação, resolução de conflitos, esperança, empoderamento e espontaneidade (Daemi &Vasegh Raminparvar, 2018; Fontoura et al., 2020; Nóbrega, 2019; Castro, Almeida, 2017; Dogan, 2010) sendo particularmente eficaz quando usa técnicas expressivas e projetivas (Martinez et al., 2021; Dogan, T. 2010; Valladares, A. et al. 2005). Silva et al (2025) evidenciam o fortalecimento de redes de apoio com o psicodrama, Fernandes et al (2021) e Gonzalez et al (2018) apontam mudanças significativas e transformadoras, Santos et al (2023) destacam ganhos em empatia, autoconfiança e autoestima, e Fávero et al. (2024) sublinham a eficácia da inversão de papéis em contextos de abuso sexual.

Apesar do interesse crescente pelas intervenções grupais com adolescentes, continuam a existir relativamente poucos estudos que explorem de forma aprofundada os processos de mudança terapêutica em grupos de psicodrama. Assim, pretendemos continuar neste caminho de aliar a prática à investigação, e tendo em conta a metodologia de investigação dos processos de mudança na psicoterapia proposta por Elliott (2012), o presente estudo pretende analisar os aspetos da terapia que são percecionados como mais úteis ou menos úteis pelos participantes, bem como compreender as mudanças subjetivas individuais associadas à participação num grupo de psicodrama psicanalítico.

2. Métodos

Este estudo insere-se dentro de um projeto de investigação de doutoramento e foi desenvolvido num serviço público de saúde mental na área de Lisboa, no âmbito de um grupo terapêutico de psicodrama psicanalítico destinado a adolescentes com diferentes formas de psicopatologia.

Participaram no estudo 11 adolescentes, com idades entre os 14 e os 19 anos, acompanhados em consulta de pedopsiquiatria no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental DA Infância e Adolescência (SPSMIA) do Hospital Pulido Valente (HPV) da Unidade Local de Saúde de Santa Maria (ULSSM) com psicopatologia e sintomatologia grave (Ansiedade; Depressão Major; Perturbações do comportamento Alimentar; Perturbação Borderline da Personalidade; Ideação Suicida; Comportamentos Auto Lesivos; Perturbação do Espectro do Autismo; Isolamento Social). Os participantes integraram um grupo terapêutico semanal de formato aberto (com fluxo de entradas e saídas), com duração aproximada de 120 minutos por sessão.

O grupo foi conduzido por uma equipa terapêutica composta por duas terapeutas, a diretora tem formação em psicodrama psicanalítico. As sessões incluíam momentos de aquecimento, dramatização do emergente grupal trazido pelos participantes e reflexão grupal sobre as experiências vividas durante a sessão.

Para avaliar o impacto das sessões foram utilizados dois instrumentos qualitativos amplamente utilizados na investigação em psicoterapia:

- **Helpful Aspects of Therapy (HAT)** – É um instrumento qualitativo de autorrelato pós-sessão desenvolvido por Llewelyn (1988) que reúne informações sobre a perceção do

cliente sobre eventos úteis e dificultadores na psicoterapia (Castonguay et al., 2010 ; Sales e Alves, 2016 ; versão em português por Sales et al., 2007). Aplicado no final de cada sessão, permitindo aos participantes identificar os momentos considerados mais úteis ou menos úteis durante a sessão terapêutica.

- **Clinical Change Interview (CCI)** (Sales et al., 2007) – realizada após pelo menos doze sessões de participação no grupo, com o objetivo de explorar as perceções dos adolescentes relativamente às mudanças ocorridas durante o processo terapêutico.
- **Questionário Pessoal (QP)** - É uma medida expandida de queixa alvo, individualizada para cada cliente (Elliott et al., 1999; versão em português por Sales e Alves, 2016). Lista de problemas que o cliente deseja trabalhar na terapia, declarados nas próprias palavras do cliente às quais acresce uma escala de Likert de sete pontos (7 - equivale à perturbação/sofrimento máximo).

Os dados obtidos através do HAT em cada sessão foram sujeitos a uma análise de conteúdo rigorosa numa estratégia de bottom – up foram criadas categorias próximas das palavras usadas pelos adolescentes e de acordo com a estrutura de Elliott (1988) onde são discriminadas a Ação o Impacto e o Contexto do impacto e depois procedeu-se a um acordo inter júris independentes.

Tabela 1
Exemplo de categorização de um evento significativo (ES) descrito no HAT (Vânia, 16 anos).

ES	Exemplo HAT	Ação	Impacto	Contexto
Útil	"Representar o palhaço e o coração de vidro, não tenho certeza, mas teve impacto em mim."	Dramatização de grupo com técnica da estátua	Dar-se a conhecer e expor-se e Sensações corporais positivas	Intrapessoal e Intra - grupo
Não útil	"Ao falar de um coração de vidro senti-me vulnerável e bloqueou a minha linha de pensamento."	Comentário ou partilha do próprio	Experiência ou pensamento indesejado	Intrapessoal e Intra - grupo

O mesmo evento pode ser cotado com dois ou mais tipos de impacto positivos ou negativos e pode ser sentido como útil e não útil em simultâneo. Neste exemplo (ver tabela 1) representar é considerado como mais útil do que falar sobre.

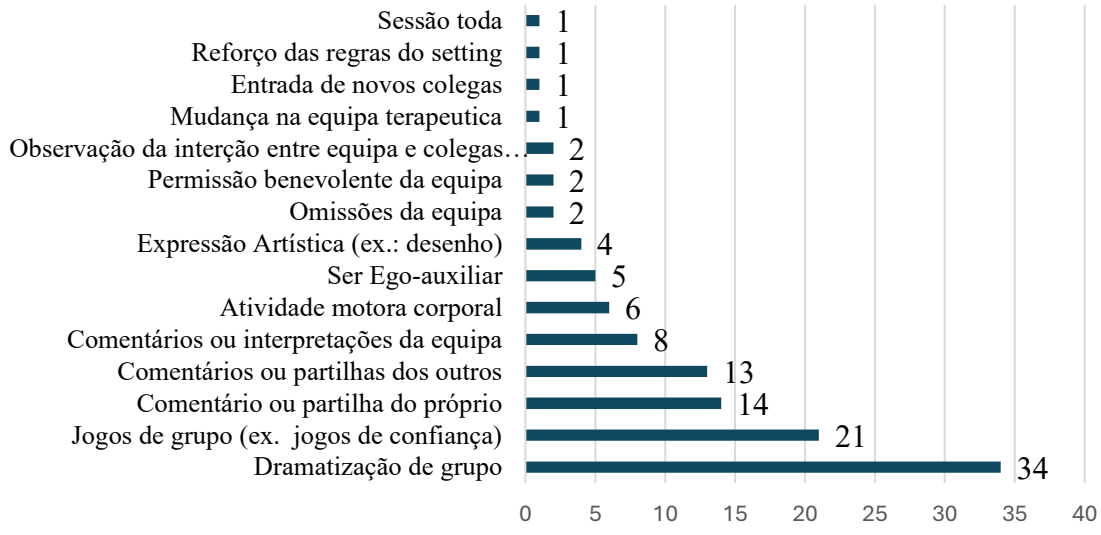
O QP e as entrevistas CCI (realizadas por observadores externos) foram analisados através de análise de conteúdo temática, permitindo identificar padrões de impacto terapêutico e categorias de mudança psicológica relatadas pelos participantes.

3. Resultados

A análise de vinte sessões de grupo revelou uma predominância clara de impactos terapêuticos considerados úteis pelos participantes, correspondendo a cerca de 80% dos registos realizados no HAT.

Entre os eventos terapêuticos mais frequentemente identificados como úteis nas primeiras 20 sessões destacaram-se as dramatizações (34), seguidas dos jogos de grupo como por exemplo os jogos de confiança (21), comentários e partilhas do próprio (14) seguidos dos comentários e partilhas dos outros (13) (ver Gráfico1).

Gráfico 1: Tipo de Ações descritos no HAT das primeiras 20 sessões (n=117)



Os participantes referiram que as dramatizações permitiram compreender melhor os seus sentimentos e perspetivas, bem como observar as próprias dificuldades a partir de diferentes pontos de vista. A possibilidade de representar conflitos internos ou experiências relacionais em contexto grupal foi frequentemente descrita como facilitadora de insight e de elaboração emocional.

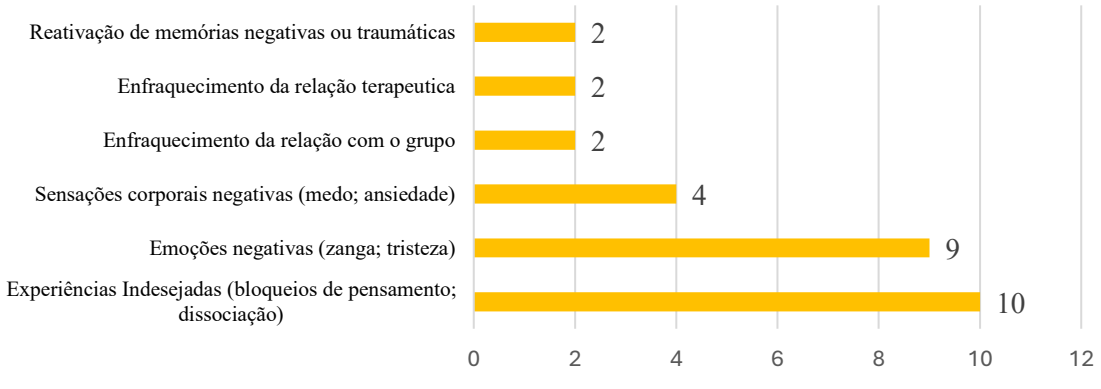
Gráfico 2: Distribuição do tipo de impactos úteis descritos no HAT das primeiras 20 sessões (N=119)



Como podemos observar no Gráfico 2 os principais efeitos positivos relatados incluíram aprendizagem interpessoal (24), sensações corporais positivas (ex.: alívio e calma) (14) e aliança e coesão grupal (13), seguida de treino de papéis e melhoria na capacidade de expressar mais livremente (12).

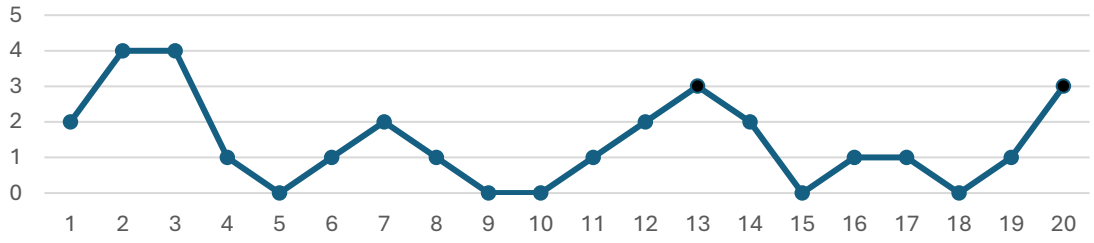
Os impactos negativos (20%) incluíram bloqueio de pensamento, retirada ou dissociação (10) e emoções dolorosas como zanga ou tristeza (9) (ver Gráfico 3). Importa reportar que se trata de momentos onde há emergência de material traumático ou há reativação de conflitos.

Gráfico 3: Distribuição do tipo de impactos não úteis descritos no HAT nas primeiras 20 sessões (n = 29)



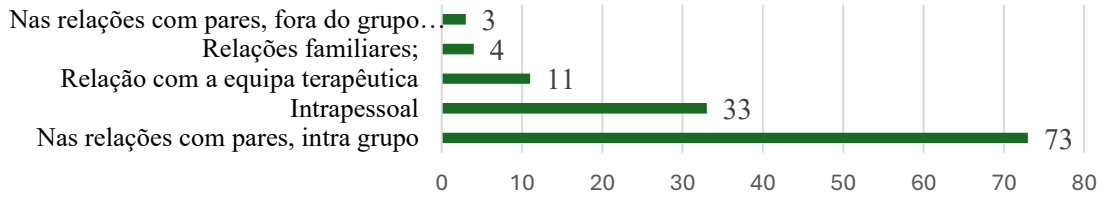
Bem como, através do Gráfico 4 podemos observar uma diminuição do nº de impactos não úteis ao longo do tempo e claramente associar às sessões número 13 e 20 onde fluxo de entradas e saídas de participantes.

Gráfico 4: Nº de Impactos não úteis no HAT por sessão.



Através do Gráfico 5 podemos observar que o contexto onde os participantes sentem que os ES das primeiras 20 sessões tiveram impacto foi dentro do próprio grupo (73) e dentro de si próprios (33).

Gráfico 5 : Distribuição do tipo de contexto onde os eventos tiveram impacto nas primeiras 20 sessões (N= 124)



Relativamente às entrevistas de mudança CCI, fizemos a recolha dos 10 elementos que perfizeram 12 sessões no mínimo.

Agrupamos os objetivos terapêuticos pessoais (QP) destes 10 elementos em 5 categorias: Comunicação; Socialização; Melhor gestão das Emoções; Melhoria das relações familiares e Melhoria da auto estima e analisamos se a mudança foi esperada, se sem a terapia, a mudança acontecia e sobre a importância da mudança.

Destes participantes (n=10) todos referiram mudanças em objetivos relacionados com a socialização (10), com a capacidade de gestão emocional (9) ou melhoria da autoestima (7) não esperadas nem surpresas, mas que sem a terapia provavelmente não aconteciam e consideraram terem sido mudanças muito ou moderadamente importantes.

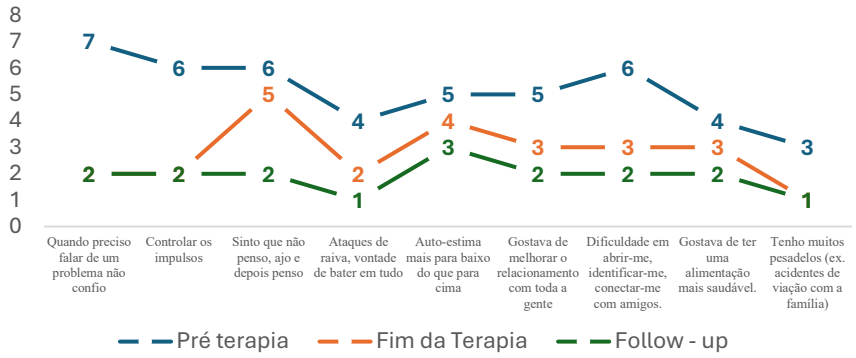
A análise dos relatos individuais evidencia, por um lado, o valor da continuidade da intervenção terapêutica e do clima de confiança construído no grupo, e, por outro, o papel das dramatizações na promoção da expressão de vivências internas. Paralelamente, foram identificados aspetos a melhorar, designadamente obstáculos na inclusão de novos participantes, a pertinência de maior diferenciação etária e a expectativa de maior diretividade

por parte das terapeutas, refletindo a natureza exigente e multifacetada das dinâmicas grupais com adolescentes.

Optámos por finalizar com a partilha individualizada de dados do caso clínico Débora por ter sido das adolescentes onde se conseguiu uma maior produção de dados e porque em grande parte reflete a opinião da maioria. No HAT a Débora com 18 anos, diagnosticada com depressão e ansiedade e antecedentes de comportamentos auto-lesivos, reflete sobre a importância da alteridade ("*fez-me refletir sobre como podemos ter opiniões diferentes, no entanto são todas válidas.")* e descreve como foi importante um sentimento de segurança em grupo ("*Não achei que conseguiria sentir tantas coisas com pessoas que mal conheço. A sensação inicial de desconforto depois de me habituar tornou-se numa sensação de segurança. Como se o facto de poder sentir, tão intimamente sem haver propriamente uma ligação fosse uma lufada de ar."),* para poder ganhar confiança em si ("*Serviu para ganhar mais autoconfiança em mim e no que consigo fazer")* e nos outros ("*Ouvir o que foi e é um bocadinho a história dos outros foi bom para estabelecer relações de confiança entre nós").* Débora fala-nos de como a inversão de papeis ("*Ao representar as nossas mães conseguimos exteriorizar alguns pensamentos reprimidos")* e o deslocamento promove a expressão de sentimentos reprimidos ("*Quando dei um murro no papel, senti-me libertada de alguma raiva que sentia e que só assim deixou de estar reprimida.")* e promove a capacidade empática e o insight ("*Foi bastante complicado colocar-me no lugar do meu pai porém entender as nossas semelhanças fez-me refletir sobre o porquê de ele não querer falar ou ter medo de falar sobre determinados temas.").* Bem como nos fala de como a identificação ao outro e o sentimento de universalidade é apaziguador *("Foi bastante importante perceber de que forma a dramatização também se encaixa na minha vida de alguma maneira, e perceber que afinal as pessoas não são assim tão diferentes").*

A evolução do grau de mal-estar avaliado no QP da Débora, 18 anos em três momentos (ver Gráfico 5) revela-nos as suas progressões graduais evidentes e salientamos uma expressão recolhida no segundo momento da recolha no fim da terapia "já não me lembrava destes objetivos, estou tão diferente", mudança essa que não só se mantém como continua no tempo (3 meses).

Gráfico 5: Grau de mal-estar (entre 1 – nenhum e 7 mal-estar total) no QP da Débora, 18 anos em vários momentos (Pré-terapia; Fim da Terapia; Follow-up – passado 3 meses).



Na CCI do fim da terapia a Débora, 18 anos, já sem necessitar de medicação psiquiátrica diz-nos "as dinâmicas até podiam parecer estúpidas, mas no final faziam sempre um sentido"; "é difícil chegar aos problemas sozinhas e com o psicodrama como as coisas podem ser interpretadas sem ser diretamente e sem darmos conta, conseguimos lá chegar, mesmo que não nos apeteça falar, pois vamo-nos identificando com os outros".

De uma forma geral a Débora de 18 anos sente que no final da sua terapia (psicodrama psicanalítico de grupo se sente mais ponderada, como melhor capacidade de expressão/comunicação, sente-se melhor nas relações familiares principalmente com o pai que era mais difícil, sente melhoria nas relações sociais em geral, sente-se mais motivada e a conseguir fazer mais coisas, com "mais alegria de viver", e sente que em casa lhe dão mais abertura para falar e para a compreenderem. Na CCI de follow- up a Débora fala-nos de como o curso de psicologia lhe está a correr bem, com boa integração social e de como a terapia foi importante para lhe despertar o interesse por essa profissão, pois queria saber como as psicólogas pensavam, para além da terapia ter sido importante para conseguir acreditar e perseguir o seu sonho que outrora achava impossível. Refere que os comentários da equipa eram "dolorosos" de ouvir porque era um "tocar na ferida", mas ao mesmo tempo gostava dessa "atenção", sente-se melhor e sem tanta necessidade de estar no grupo, "não consigo ignorar que a terapia me fez bem", a ambivalência na separação manteve-se ao final, mas a alta foi possível.

4. Discussão

Os resultados deste estudo sugerem que os processos de mudança observados não decorrem apenas de fatores inespecíficos associados ao suporte grupal, mas parecem estar ligados a mecanismos terapêuticos específicos do dispositivo psicodramático psicanalítico. O predomínio das dramatizações como eventos considerados mais úteis, associado à centralidade da aprendizagem interpessoal, da alteridade, da coesão e da autorregulação emocional, aponta para a articulação entre processos de simbolização, experiência relacional e transformação psíquica.

O facto de a dramatização ter surgido como a ação mais frequentemente identificada como útil reforça a hipótese de que a ação dramática não funciona apenas como técnica expressiva, mas como mediador simbólico da mudança. Este dado converge com Moreno (1997) e Rojas-Bermúdez (2016), ao sustentar que a representação permite deslocar conflitos internos para um espaço intermediário onde podem ser figurados, partilhados e transformados. Mais do que "falar sobre" o conflito, os adolescentes parecem beneficiar de o encenar, tornando pensável o que, de outro modo, poderia manter-se agido, somatizado ou dissociado.

Estes resultados assumem particular relevância em adolescentes com fragilidade na simbolização ou tendência para a passagem ao ato, sugerindo que o psicodrama pode funcionar como dispositivo de transformação da ação impulsiva em ação representada. Esta passagem da descarga à representação pode ser entendida, numa perspetiva bioniana, como um movimento de transformação de experiências emocionais brutas em elementos suscetíveis de serem pensados (Bion, 1962). A diminuição progressiva dos impactos negativos, nomeadamente experiências de bloqueio ou retraimento, parece consistente com o desenvolvimento desta função continente do grupo.

A predominância do contexto intra-grupal como lugar onde os eventos significativos tiveram impacto reforça igualmente a centralidade do grupo como matriz terapêutica. Este resultado articula-se com Bion (1961), ao sugerir que o grupo funcionou não apenas como cenário de interação, mas como campo emocional produtor de transformação. A relevância atribuída pelos participantes à identificação, universalidade e aprendizagem interpessoal aproxima-se também dos fatores terapêuticos descritos por Yalom (2005), particularmente no que respeita ao espelhamento, à coesão e à correção de padrões relacionais.

Neste sentido, os dados sugerem que a mudança observada não se explica apenas por insight individual, mas por processos intersubjetivos. A alteridade — identificada como um dos impactos mais frequentes — parece ter desempenhado uma função estruturante, permitindo aos adolescentes reconhecer o outro como diferente, mas também como semelhante, num movimento simultâneo de diferenciação e pertença central aos processos adolescentes (Marcelli & Braconnier, 2005).

As sensações corporais positivas e os relatos de acalmia merecem igualmente atenção teórica. Estes resultados podem ser compreendidos à luz da noção de Winnicott (1971) de holding, sugerindo que o grupo terá funcionado como espaço suficientemente seguro para a emergência e regulação dos afetos. Em vez de se tratar apenas de "sentir-se melhor", estes relatos parecem apontar para experiências de contenção emocional e integração, particularmente relevantes em adolescentes com histórias marcadas por vulnerabilidade traumática ou desorganização afetiva.

Por outro lado, o facto de momentos sentidos como "não úteis" estarem frequentemente associados à emergência de emoções dolorosas ou material traumático permite uma leitura menos linear dos processos de mudança. Estes dados lembram que a mobilização emocional desconfortável pode não constituir falha do processo terapêutico, podendo representar precisamente momentos de trabalho psíquico intenso. Esta ambivalência entre impacto útil e não útil no mesmo evento, observada no HAT, parece particularmente congruente com uma compreensão psicanalítica da mudança como processo não linear, frequentemente atravessado por resistência, regressão e elaboração.

Os dados provenientes da CCI e do QP reforçam esta leitura ao sugerirem mudanças em áreas nucleares do desenvolvimento adolescente — socialização, regulação emocional, autoestima e relações familiares. Importa notar que estas mudanças correspondem não apenas ao alcance dos objetivos pessoais como por exemplo a redução de certos sintomas, mas a transformações em dimensões do funcionamento psicológico e relacional. Este aspeto é particularmente relevante, pois aproxima os resultados de modelos contemporâneos de mudança em psicoterapia centrados em reorganizações do self e não apenas em melhoria sintomatológica (Elliott, 2012).

O caso da Débora ilustra de forma paradigmática estes mecanismos. Os seus relatos sobre inversão de papéis, identificação ao outro, deslocamento e possibilidade de "lá chegar sem dar

conta" parecem condensar processos centrais do psicodrama psicanalítico: simbolização indireta, emergência de insight através da ação e transformação mediada pela relação. A continuidade das mudanças no follow-up reforça ainda a hipótese de que as transformações observadas não foram apenas efeitos transitórios do setting, mas poderão corresponder a reorganizações mais estáveis.

Estes resultados convergem com estudos prévios que apontam efeitos do psicodrama em regulação emocional, empatia, mentalização e espontaneidade (Dogan, 2010; Fontoura et al., 2020; Santos et al., 2023), mas acrescentam um contributo específico ao evidenciar, através de medidas de processo, como esses efeitos parecem emergir. Mais do que demonstrar que "há mudança", este estudo contribui para esclarecer por que vias essa mudança ocorre.

Ainda assim, os resultados devem ser lidos com prudência. O reduzido tamanho amostral, a ausência de grupo de comparação e o contexto institucional específico limitam a generalização dos achados. Acresce que o formato de grupo aberto introduz variáveis relacionais próprias, como entradas e saídas, que podem influenciar os processos observados.

Apesar destas limitações, o estudo contribui para sustentar a hipótese de que o psicodrama psicanalítico de grupo constitui um dispositivo particularmente ajustado às necessidades terapêuticas dos adolescentes, precisamente porque articula corpo, ação, simbolização e vínculo. Talvez resida aí a sua especificidade clínica: permitir que aquilo que ainda não pode ser dito possa primeiro ser jogado, representado e partilhado.

Os resultados deste estudo sugerem que o psicodrama psicanalítico de grupo pode constituir uma intervenção terapêutica eficaz na promoção da saúde mental de adolescentes em contexto clínico. A utilização da dramatização como ferramenta terapêutica permite transformar experiências emocionais difíceis em narrativas simbólicas partilhadas, facilitando processos de compreensão e elaboração psíquica.

O contexto grupal revelou-se particularmente relevante, proporcionando um espaço de identificação e reconhecimento entre pares, bem como oportunidades de experimentar novas formas de relação interpessoal.

Embora os resultados sejam promissores, importa considerar algumas limitações do estudo, nomeadamente o número reduzido de participantes e o contexto específico de realização. Investigações futuras poderão aprofundar a compreensão dos mecanismos de mudança

associados às intervenções psicodramáticas e explorar a sua aplicação em diferentes contextos institucionais.

Apesar destas limitações, o estudo contribui para a valorização de abordagens terapêuticas grupais na intervenção com adolescentes, sublinhando o potencial do psicodrama psicanalítico como dispositivo inovador na promoção da saúde mental juvenil.

5. Referências Bibliográficas

Anzieu, D. (1990). *O grupo e o inconsciente: O imaginário grupal*. Casa do Psicólogo.

Bion, W. R. (1961). *Experiências com grupos: Os fundamentos da psicoterapia de grupo*. Imago.

Bion, W. R. (1962). *Aprender com a experiência*. Imago.

Blos, P. (1996). *Adolescência: Uma interpretação psicanalítica.* Martins Fontes.

Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Zack, S. E., Baker, S., Boutselis, M., Hemmelstein, N., Jackson, J., Morford, M., Ragusea, S., Roper, J., Spayd, C., Weiszer, T., Borkovec, T., & Holtforth, M. (2010). Helpful and hindering events in psychotherapy: A practice research network study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47*, 327–344.

Castro, A., & Almeida, V. (2017). O psicodrama de grupo e a ressignificação de sentimentos: O adolescente no palco. *Revista Brasileira de Psicodrama, 25*(1), 101–107. https://doi.org/10.15329/2318-0498.20170012

Daemi, F., & Vasegh Rahimparvar, S. F. (2018). The effects of psychodrama on the health of adolescent girls: A systematic review. *Journal of Client-Centered Nursing Care, 4*(1), 13–20. https://doi.org/10.32598/jccnc.4.1.13

Dogan, T. (2010). The effects of psychodrama on young adults' attachment styles. *The Arts in Psychotherapy, 37*(2), 112–119. https://doi.org/10.1016/j.aip.2010.02.001

Elliott, R. (1998). *Helpful Aspects of Experiential Therapy Content Analysis System (HAETCAS): Rating manual [Unpublished manuscript]*. University of Toledo.

Elliott, R. (2012). Qualitative methods for studying psychotherapy change processes. In D. Harper & A. R. Thompson (Eds.), *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy* (pp. 69–81). Wiley-Blackwell.

Fávero, M., Sousa, R., Budal-Oliveira, L., & Sousa-Gomes, V. (2024). Psychodrama: Revisão abrangente da eficácia do psicodrama no trauma de abuso sexual. *European Psychologist.* Advance online publication. https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000517

Fernandes, V. A., Cenci, C. M. B., & Gaspodini, I. B. (2021). Intervenções em psicodrama: Uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Psicodrama, 29*(1), 4–15. https://doi.org/10.15329/2318-0498.21992

Ferreira, I. B. (2010). Dicas a um jovem terapeuta psicodramatista de adolescentes. *Revista Brasileira de Psicodrama, 18*(2), 67–72.

Fontoura, M., Vieira, F. M., & Alves, D. R. P. (2020). Eu gosto do verão: Psicodrama com adolescentes nas férias de verão. *Revista Brasileira de Psicodrama, 28*(1), 41–53. https://doi.org/10.15329/2318-0498.19676

Gonzalez, A.-J., Martins, P., & de Lima, M. P. (2018). Studying the efficacy of psychodrama with the hermeneutic single-case efficacy design. *Frontiers in Psychology, 9*, Article 1662. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01662

Llewelyn, S. (1988). Terapia psicológica vista por clientes e terapeutas. *Br. J. Clin. Psychol.* 27, 223–238.

Marcelli, D., & Braconnier, A. (2005). *Adolescence et psychopathologie* (6e éd.). Masson.

Moreno, J. L. (1997). *Psicodrama*. Cultrix.

Nóbrega, J. (2019). *(Des)Mascarando a persona: Máscaras num grupo de psicodrama com adolescentes* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto].

Parente, A., & Alonso, G. (2007). Outros pensamentos, outras técnicas: Psicodrama psicanalítico de grupo. *Interacções, 13*, 119–134.

Rojas-Bermudez, J. (2016). *Introdução ao psicodrama* (J. M. D'Alessandro, Trad.). Ágora.

Sales, C., & Alves, P. (2016). Avaliação centrada no paciente em psicoterapia: Uma revisão de ferramentas individualizadas. *Clin. Psychol. Sci. Pract*. 23, 265–283.

Sales, C. M., Elliott, R., Alves, P. C., & Strauss, B. (2007). *Entrevista de Mudança do Cliente (EMC): Versão portuguesa*. Universidade Autónoma de Lisboa / University of Strathclyde.

Sales, C. M., Gonçalves, S., Silva, I. F., Duarte, J., Sousa, D., Fernandes, E., Sousa, Z., & Elliott, R. (2007). *Formulário – Aspetos úteis da terapia (HAT).* Universidade Autónoma de Lisboa.

Santos, A. P. S., Silva, M. P., Dias, M. E., & Jager, M. E. (2023). Psicodrama: Uma ferramenta no combate ao bullying escolar na adolescência. In *XXVII Simpósio de Ensino, Pesquisa e Extensão*. Universidade Franciscana. https://doi.org/10.48195/sepe2023.27333

Silva, F. S., Rolim, A. B. D. F., Oliveira, R. B., & Quidute, A. R. (2025). O sociodrama como ferramenta para o trabalho com adolescentes. *Revista Brasileira de Psicodrama, 33*(1), 1–7. https://doi.org/10.1590/psicodrama.v33.699

Valladares, A., Avanci, R., Abrão, A., Pedrão, L. J., Luiz, M., & Soares, F. (2005). Reflexão teórica sobre a utilização da dança e da máscara no sociodrama moreniano com adolescentes em situação de crise. *Revista Eletrônica de Enfermagem, 7*(1), 105–112. https://doi.org/10.5216/ree.v7i1.848

Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. Tavistock.

Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). Basic Books.

Mediação cultural e inovação em psicoterapia psicanalítica: contributos do trabalho com migrantes

Ana Isabel Pereira[1], José de Abreu-Afonso[2], Catarina Lopes Praça[3], Mariana Vaz Martins [4]

[1] AppsyCI, Ispa, Portugal
[2] AppsyCI, Ispa, Portugal
[3] Ispa, Portugal
[4] Ispa, Portugal

Autor Correspondente: Ana Isabel Pereira **E-mail:** anaipereira@ispa.pt

Resumo: Os movimentos migratórios configuram uma das marcas do mundo contemporâneo, produzindo transformações coletivas e individuais, sociopolíticas e subjetivas, que convocam desafios específicos à clínica psicológica. A experiência migratória, seja motivada por razões económicas ou por deslocações forçadas, implica frequentemente processos de perda, descontinuidade e reorganização identitária, associados a sofrimento psíquico significativo. No campo da saúde mental, as populações migrantes enfrentam persistentes obstáculos de acesso aos serviços, relacionados com barreiras linguísticas, diferenças nas representações culturais face ao sofrimento, à saúde e ao adoecer, bem como restrições no exercício da cidadania. Para além destas barreiras, a literatura sublinha dificuldades na construção da aliança terapêutica, maior incidência de erros diagnósticos e de psicopatologização excessiva, bem como elevadas taxas de abandono precoce dos processos terapêuticos. Estes dados colocam em evidência a necessidade de inovação nos dispositivos clínicos e de desenvolvimento da técnica psicoterapêutica, ampliando a sensibilidade e a competência cultural dos profissionais e dos serviços de saúde mental. O presente trabalho apresenta resultados preliminares de um estudo qualitativo que investiga as transformações da técnica em psicoterapia psicanalítica no trabalho com populações migrantes. O estudo inscreve-se num paradigma qualitativo de orientação interpretativa, respeitando a convergência entre fenómeno e método estudado, sustentado por uma epistemologia construtivista-hermenêutica que destaca a produção de conhecimento co-construída entre investigador e entrevistados. O estudo parte de uma matriz psicanalítica e psicossocial, recorrendo ao método das Entrevistas Narrativas de Associação Livre, recolhidas junto de psicoterapeutas e mediadores culturais clínicos. Foi utilizada uma estratégia de

amostragem não probabilística, de conveniência e intencional de natureza criterial, recrutando profissionais acessíveis à investigadora, com experiência direta em psicoterapia transcultural com mediação cultural clínica. Os dados são analisados através de uma abordagem temática e interpretativa que visa identificar padrões narrativos, núcleos de significado conscientes e inconscientes e configurações relacionais associadas. Os resultados preliminares sugerem que (1) o processo de tradução é um processo ativo que funciona como um terceiro clínico elicitando significados culturais, afetivos e institucionais, (2) a triangulação do setting implica a alteração nas funções terapêuticas tradicionais, alterando os limites e a neutralidade, (3) a dinâmica do campo analítico inclui dimensões metatransferenciais nas quais diferenças culturais, pertenças identitárias e assimetrias socio políticas exigem trabalho analítico, (4) a descentração cultural e profissional dos psicoterapeutas assume-se como exigência da técnica, através da revisão crítica de pressupostos eurocêntricos e (5) circunscrevem-se necessidades específicas de contenção da sobrecarga emocional dos psicoterapeutas e mediadores culturais clínicos.

Palavras-chave: Etnopsicanálise, Transcultural, Mediação Cultural Clínica, Migrantes

1. Introdução

A integração da mediação cultural em contextos de psicoterapia com populações migrantes inscreve-se no campo mais amplo das abordagens etnopsicanalíticas e transculturais, que procuram articular a compreensão do sofrimento psíquico com os seus contextos culturais, históricos, políticos e sociais, organizando dimensões individuais e coletivas da experiência subjetiva. Estas perspetivas emergem do trabalho fundador de Georges Devereux, que propõe o princípio do *complementarismo* como base para uma leitura pluridisciplinar do sofrimento, integrando contributos da psicanálise e da antropologia. Neste enquadramento, o sofrimento psíquico é entendido como inseparável dos sistemas simbólicos nos quais se constitui, implicando uma articulação entre dimensões intrapsíquicas e culturais, o que suscita, simultaneamente, reformulações da técnica clínica que incluem uma descentração e reflexividade epistemológica por parte do psicoterapeuta (Devereux, 1967).

Desenvolvimentos posteriores da etnopsicanálise, nomeadamente com Nathan e de Moro, contribuíram para a consolidação de dispositivos clínicos que integram cosmologias locais e rituais, promovem espaços de encontro e elaboração de universos culturais e simbólicos

distintos e problematizam os impactos psíquicos e identitários da experiência de migração e deslocamento (Nathan & Stengers, 2004; Moro & Radjack, 2023; Jelloun, 2008).

A partir desta matriz teórica, a clínica transcultural contemporânea tem vindo a integrar perspetivas críticas decoloniais que sublinham a discussão em torno das relações de poder, da história colonial e das desigualdades epistemológicas na compreensão do sofrimento psíquico e no encontro psicoterapêutico. Neste contexto, o pensamento de Fanon constitui uma referência central ao evidenciar os efeitos psicológicos do colonialismo na constituição de subjetividades racializadas e na produção de sofrimento individual e transgeracional (Fanon, 2020). Atualmente, a escola etnoclínica italiana, particularmente através dos trabalhos de Beneduce, tem continuado a contribuir para o desenvolvimento da teoria crítica, debatendo os efeitos das relações de poder na relação terapêutica e na produção de conhecimento, os efeitos da violência estrutural na produção de sofrimento e o esmagamento imposto pelas categorias diagnósticas biomédicas (Beneduce, 2014).

É neste campo teórico que se inscrevem os dispositivos psicoterapêuticos com mediação cultural, amplamente desenvolvidos em diferentes contextos europeus e norte-americanos. Estes dispositivos são plurais, não sendo possível unificar um modelo de intervenção: cada contexto nacional desenvolve a sua clínica transcultural, marcada pela sua história política, colonial e migratória que impregna a própria prática clínica.

Em termos globais, a literatura identifica que estes dispositivos introduzem uma reconfiguração do setting clínico, passando de um modelo diádico (terapeuta–paciente) para uma configuração triádica que inclui o mediador cultural clínico, sendo comumente indicado que o mediador não desempenha apenas uma função linguística, mas assume um papel ativo na construção de significados partilhados e na articulação entre sistemas culturais distintos (Boivin et al., 2011; Kouassi, 2001).

A literatura sugere que esta mediação pode facilitar a expressão do sofrimento na língua materna, reforçar a aliança terapêutica e melhorar a compreensão clínica de experiências culturalmente situadas, contribuindo para reduzir o risco de interpretações descontextualizadas ou patologizantes (Fennig & Denov, 2021; Grau et al., 2020).

Para além dos benefícios, a literatura aponta vários desafios técnicos e éticos que se colocam ao trabalho transcultural. A presença de um terceiro elemento modifica inevitavelmente as dinâmicas transferenciais, alterando o campo projetivo e aumentando a

probabilidade de emergirem alianças, exclusões ou clivagens entre os diferentes participantes. Estas reorganizações relacionais podem, por exemplo, manifestar-se através de aproximações privilegiadas entre paciente e mediador ou através d*e enactements* que podem ameaçar a neutralidade (Boivin et al, 2011).

Acresce a evidência de que os próprios mediadores culturais se encontram frequentemente expostos a exigências emocionais significativas. Muitos partilham experiências migratórias, histórias de violência ou trajetórias biográficas semelhantes às dos pacientes, circunstância que os torna particularmente vulneráveis a processos de traumatização secundária, desgaste emocional e burnout (Boivin et al, 2011; Fennig & Denov, 2021).

Concomitantemente, o trabalho de elaboração do psicoterapeuta é amplamente destacado como um desafio, sugerindo a literatura que o terapeuta é convocado a integrar a sua contratransferência cultural, implicando o reconhecimento de pressupostos etnocêntricos, preconceitos implícitos e processos de essencialização cultural do outro (Beneduce, 2014; Crawford, 2017; Tummala-Narra, 2015).

Por último, é indicado que a eficácia destes dispositivos depende da existência de estruturas institucionais consolidadas, incluindo supervisão clínica, momentos de preparação pré-sessão e de elaboração pós-sessão, que permitam integrar a complexidade emocional e cultural do material clínico emergente (Boivin et al., 2011; Fennig & Denov, 2021).

Assim, apesar da crescente consolidação teórica e institucional destes dispositivos, estas práticas são ainda muito circunscritas e a investigação continua a ser limitada no que respeita à compreensão das suas implicações clínicas concretas, particularmente no que se refere à forma como a mediação cultural transforma a técnica psicoterapêutica de matriz psicanalítica. Persistem lacunas importantes na compreensão dos efeitos deste dispositivo ao nível da organização do setting clínico, da produção de significado, das dinâmicas relacionais e das implicações éticas e epistemológicas da prática clínica.

No caso específico do contexto português, esta problemática assume particular relevância, uma vez que o desenvolvimento de práticas psicoterapêuticas transculturais é relativamente recente e fortemente marcado por uma história colonial ainda pouco elaborada no campo da saúde mental, o que produz mecanismos estruturais de invisibilização e silenciamento (Kilomba, 2019).

A emergência do primeiro serviço especializado em saúde mental de migrantes apenas em 2004, bem como o desenvolvimento de projetos académicos e clínicos dedicados a estas populações, evidencia um campo em consolidação, mas ainda marginal no contexto da formação e prática psicoterapêutica (Pussetti, 2010; Pussetti et al., 2012; Dickinson et al., 2023; Pereira et al., 2023).

No contexto da investigação propriamente dita, a parca literatura existente organiza-se em dois eixos principais: (1) os processos de reorganização identitária e vulnerabilidade associados à experiência migratória; e (2) as transformações introduzidas na técnica clínica em contextos transculturais, com particular destaque para a introdução de mediadores culturais no dispositivo terapêutico.

Apesar dos desenvolvimentos descritos, permanece pouco explorado o modo como os dispositivos com mediação cultural são efetivamente implementados, não havendo sistematização sobre a evolução destes dispositivos no contexto clínico português.

Face a estas lacunas, o presente estudo tem como objetivo analisar as práticas psicoterapêuticas com mediação cultural no contexto português, explorando de que modo a integração de mediadores culturais clínicos transforma o dispositivo psicoterapêutico de matriz psicanalítica com populações migrantes.

De forma mais específica, pretende-se:

(i) compreender as reconfigurações do setting clínico decorrentes da introdução de um modelo triádico;
(ii) analisar os efeitos da mediação cultural nos processos de tradução, associação livre e construção de significado clínico;
(iii) explorar as transformações nas dinâmicas transferenciais e contratransferenciais;
(iv) examinar as implicações éticas, clínicas e epistemológicas associadas a estas práticas no contexto nacional.

Face a estes objetivos, o estudo é orientado pelas seguintes questões de investigação:

(1) Como são operacionalizados os dispositivos de mediação cultural em psicoterapia psicanalítica no contexto português?

(2) De que modo a mediação cultural transforma os processos de produção de significado clínico em situação transcultural?

(3) Como se reconfiguram as dinâmicas transferenciais e contratransferenciais num setting terapêutico triádico?

(4) Que desafios clínicos, éticos e epistemológicos emergem da implementação destes dispositivos em Portugal?

Os dados apresentados neste artigo correspondem a uma fase preliminar de um estudo mais amplo. O presente estudo refere-se à recolha de dados junto de psicoterapeutas de orientação psicanalítica que integram mediadores culturais no seu trabalho clínico com populações migrantes em Portugal. O projeto global inclui ainda a recolha de dados junto de mediadores culturais clínicos e de jovens estrangeiros não acompanhados, integrando contributos sobre as transformações psíquicas impostas pela migração forçada na adolescência e contributos sobre as reformulações da técnica.

2. Métodos

2.1. Caracterização da Investigação

O estudo aqui apresentado inscreve-se num paradigma qualitativo, sustentado por uma epistemologia construtivista-hermenêutica que destaca a produção de conhecimento co-construída entre investigador e entrevistados, num enquadramento intersubjetivo que privilegia a compreensão contextualizada da experiência humana (Willig & Stainton-Rogers, 2017).

O estudo adota uma matriz psicossocial, recorrendo ao método das Entrevistas Narrativas de Associação Livre (Free Association Narrative Interview Method – FANI), desenvolvido por Hollway e colaboradores (Hollway, 2010; Hollway & Jefferson, 2008). Esta abordagem metodológica parte do pressuposto de que o sujeito de investigação não constitui uma entidade inteiramente racional, coerente ou transparente a si própria, assumindo antes que a experiência subjetiva é mediada por processos defensivos, emocionais e inconscientes que afetam a forma como as experiências são vividas, recordadas e narradas, o que produz impactos na linguagem. Desta forma, é assumido que os relatos são mediações da realidade influenciadas por motivações emocionais e processos intersubjetivos inconscientes. (Hollway & Jefferson, 2008).

Consequentemente, o conhecimento produzido é conceptualizado como emergente da relação investigador-participante, deslocando o foco metodológico da identificação de factos objetivos para a compreensão dos processos relacionais, emocionais e intersubjetivos que estruturam a produção narrativa (Hollway, 2010). Esta perspetiva sustenta-se também no princípio da Gestalt, herdado da tradição biográfico-interpretativa alemã, segundo o qual o significado de qualquer fragmento narrativo apenas pode ser compreendido em articulação com a configuração global da narrativa e com o contexto sociocultural em que esta se inscreve (Hollway & Jefferson, 2008).

Acresce que o estudo se inscreve no quadro da teoria psicanalítica que orienta os processos de recolha, análise e de interpretação dos dados, contextualizando-os na relação com os seus construtos próprios.

2.2. Participantes e estratégia de amostragem

Foi utilizada uma estratégia de amostragem não probabilística, intencional e criterial, e de conveniência (Patton, 2015). Foram recrutados psicoterapeutas de orientação psicanalítica com experiência clínica em contextos transculturais e prática profissional envolvendo mediação cultural clínica.

Os dados apresentados correspondem a uma fase inicial do estudo, ainda em curso, incluindo quatro psicoterapeutas que cumpriam os critérios de inclusão definidos. A seleção dos participantes privilegiou a experiência direta com o fenómeno em estudo e a acessibilidade à investigadora.

Os participantes tinham idades compreendidas entre os 30 e os 43 anos, 1 homem e 3 mulheres, 7 a 20 anos de prática clínica e experiência direta em dispositivos transculturais de 2 a 20 anos. Duas das participantes tinham formação em psicoterapia ministrada por sociedade científica reconhecida nacionalmente. Todos estavam em processo psicoterapêutico pessoal de orientação psicanalítica e todos faziam supervisão clínica de casos com psicanalistas ou psicoterapeutas psicanalíticos. Relativamente às suas origens e pertenças, uma das participantes é racializada sem experiência pessoal migratória, outra das participantes é caucasiana, europeia e com experiência pessoal migratória e os restantes participantes são caucasianos, europeus, sem experiência migratória prévia.

2.3. Procedimentos de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada através de Entrevistas Narrativas de Associação Livre (FANI), metodologia concebida para minimizar a imposição do investigador sobre o discurso do participante, aproximando-se do princípio psicanalítico da associação livre (Hollway & Jefferson, 2008).

As entrevistas foram conduzidas a partir de uma questão única e aberta, permitindo que cada participante estabelecesse o seu próprio quadro de significados e a partir dele se expressasse narrativamente. A questão inicial utilizada foi: *"Gostava que me contasse sobre a sua experiência de trabalho psicoterapêutico com mediadores culturais clínicos, destacando o que lhe for mais significativo."*

A condução das entrevistas preconiza a elicitação de narrativas centradas em acontecimentos e experiências específicas, procurando reduzir processos de racionalização e facilitar o acesso aos aspetos emocionalmente investidos ou defensivamente organizados da experiência (Hollway & Jefferson, 2008).

De acordo com os princípios do método, evitou-se o recurso ao questionamento direto, particularmente perguntas explicativas do tipo "porquê?", mantendo-se o seguimento das associações produzidas pelo entrevistado, através de reformulações, eco narrativo e respeito pela temporalidade da emergência dos conteúdos (Hollway & Jefferson, 2008).

Antes da realização da entrevista, os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e a sua aprovação pela Comissão de Ética do Ispa, tendo assinado um consentimento informado. Cada participante foi entrevistado individualmente uma única vez por um dos elementos do grupo de especialistas constituído. No final da entrevista foram recolhidas informações contextuais sobre o psicoterapeuta, nomeadamente, idade, anos de prática clínica, anos de prática clínica com migrantes, formação teórico-clínica, pertenças culturais, étnicas e/ou raciais, entre outros. Paralelamente à realização das entrevistas, foi mantido um Diário de Campo Reflexivo, inspirado na tradição etnográfica, no qual foram registadas observações contextuais, impressões clínicas, reações emocionais e elementos contratransferenciais emergentes durante o processo de investigação. As entrevistas foram gravadas em registo áudio e posteriormente transcritas para a análise de dados.

Assim, o *corpus* de dados integrou não apenas as transcrições das entrevistas, mas também notas de campo e memórias do investigador, permitindo triangular dados de natureza diferentes que vão informar a constituição das hipóteses interpretativas (Hollway & Jefferson, 2008).

2.4. Procedimentos de análise de dados

A análise dos dados seguiu os princípios interpretativos do método FANI, através de leituras sucessivas realizadas em grupo de especialistas, responsáveis pela construção consensual de hipóteses interpretativas. O grupo de investigação foi composto por sete especialistas, psicólogos clínicos de orientação psicanalítica, psicanalistas e estudantes de mestrado, todos com experiência prévia em investigação. As reuniões do grupo ocorreram mensalmente, com uma duração média de 3 horas.

No primeiro procedimento de análise de dados, foi realizada uma leitura integral da transcrição da entrevista pelo entrevistador, acompanhada pela leitura dos registos de observação e Diário de Campo Reflexivo. O grupo de investigação foi orientado a associar livremente sobre o material, sendo o registo das associações realizado pelo investigador principal que as reúne e sistematiza em categorias compreensivas, os *grandes temas*. Estas categorias emergem do material, não sendo previamente estabelecidas e embora o procedimento inclua componentes temáticas, afasta-se de abordagens convencionais de codificação fragmentada (*code and retrieve*), uma vez que assume que a fragmentação textual compromete a integridade do significado narrativo, em consonância com o princípio da *gestalt* (Hollway & Jefferson, 2008).

Num segundo momento, são apresentados os *grandes temas* ao grupo de especialistas e é realizada uma segunda leitura integral da transcrição com o objetivo de delimitar as hipóteses interpretativas, validando e afinando ou rejeitando os *grandes temas*.

Num terceiro momento, é realizada uma análise sistemática de todo o material, incluindo aquele produzido pelo grupo de especialistas.

A análise pressupõe uma perspetiva holística, privilegiando a identificação de padrões narrativos, núcleos de significado conscientes e inconscientes e configurações relacionais recorrentes. Assim, o processo analítico das transcrições incidiu sobre múltiplos níveis de análise, incluindo: (a) ligações associativas presentes nas narrativas; (b) incoerências, silêncios e contradições discursivas; (c) elementos da subjetividade do investigador; (d) dinâmicas

intersubjetivas emergentes durante a entrevista; e (e) referenciais conceptuais psicanalíticos utilizados enquanto ferramentas interpretativas.

2.5. Limitações metodológicas

O método FANI apresenta limitações metodológicas específicas associadas à natureza relacional, interpretativa e intersubjetiva da produção de conhecimento.

Em primeiro lugar, a qualidade e aprofundamento das narrativas dependem das capacidades narrativas dos participantes, existindo grande variabilidade individual na capacidade de construir relatos (Hollway & Jefferson, 2008).

Em segundo lugar, o método impõe exigências elevadas ao investigador que é igualmente conceptualizado como um sujeito defendido. Neste sentido, reconhece-se que a sua subjetividade constitui simultaneamente um recurso epistemológico e uma potencial fonte de distorção interpretativa, exigindo processos contínuos de reflexividade, de triangulação de dados e de constituição de consensos (Hollway & Jefferson, 2008).

Adicionalmente, o método assume explicitamente que os relatos constituem mediações subjetivas da experiência, sendo influenciados por processos mnésicos, emocionais, defensivos e relacionais. Consequentemente, os resultados produzidos devem ser compreendidos como construções interpretativas contextualizadas e não como representações transparentes da realidade, o que problematiza o problema da verdade (objetividade, validade, fiabilidade, padronização, generalização, replicação…), divergindo epistemologicamente dos paradigmas maioritários (Hollway & Jefferson, 2008).

3. Resultados

Nesta secção iremos apresentar os resultados preliminares da análise das narrativas. A apresentação aqui realizada é parcial e diz respeito a um tratamento de dados ainda em curso. Até à data, esta análise realizou-se em dois momentos: (1) análise individual do discurso e das sequências associativas de cada participante e (2) análise comparativa das narrativas com vista à constituição dos *grandes temas* transversais. No presente artigo, iremos apenas apresentar a sistematização da análise comparativa das entrevistas, referente ao segundo momento de análise dos dados.

Assim, através da relação dos dados das entrevistas com os construtos psicanalíticos, constituímos os seguintes grandes temas:

(i) Rivalidade:

"(...) porque nós valorizamos, (...) mas por outro lado… Depois também nos sentimos um bocadinho melindrados, se calhar, como psicólogos. Porque depois aquilo começa a sobrepor um bocadinho... também ao nosso papel, não é?" (Participante 1, 31 anos).

"(...) isso era muito irritante, a certa altura.... (riso) é muito irritante... E a verdade é que... eu ia ouvindo tudo o que ele tinha a dizer, a certa altura ele não tinha nada mais para me ensinar, ou não tinha mesmo nada… Não eram assim tantas coisas que ele tinha para me ensinar, sabe? Ou seja, era... Dei muito tempo e depois... (pausa) e depois aquilo saturava-me imenso" (Participante 1, 31 anos).

Este tema reporta à alteração das dinâmicas relacionais e intersubjetivas que a presença do mediador cultural convoca através de tensões e negociações de poder, de saber, de identificações. Os nossos dados destacam que a presença do mediador e a passagem a uma relação terapêutica triádica, apesar de ser reconhecida por todos os entrevistados como uma mudança potencial no plano teórico-conceptual, parece convocar sentimentos intensos de hostilidade nos psicoterapeutas, ancorados a perceções de exclusão, de invasão de conteúdos a partir da participação ativa do mediador e de perda de controlo e poder do psicoterapeuta.

(ii) O sujeito suposto saber:

"(...) começou a ser saturante também, foi o mediador que... que precisava sempre muito falar (...) Depois das sessões, não é? Aquele tempinho que podemos falar um bocadinho, ele queria muito, muito, falar muito, não é? (...) Sobre as coisas dele próprio... ou da experiência dele. (...) Ele dizia que era praticamente psicólogo. (...) Eu pensava, bem, não há de ser psicólogo, há de ser uma coisa diferente, mas... (...) Mas ao mesmo tempo também há aquela coisa, tipo, epa ya, claro. É assim, é como também ele dizer o que tu sabes fazer, eu sei fazer também… (...) desqualificando-me um bocadinho, não é?" (Participante 1, 31 anos).

Na psicanálise tradicional, o psicoterapeuta é habitualmente investido como o *sujeito suposto saber* pelo paciente. Os nossos dados destacam que há um deslocamento simbólico deste sujeito para o mediador cultural que conhece a língua e as representações culturais, históricas, políticas, religiosas e simbólicas do contexto de origem do paciente. Este deslocamento parece ser evocado pelos psicoterapeutas no seu investimento utilitário, isto é, o

mediador é representado como elemento que permite ao psicoterapeuta saber mais e melhor, revelando a emergência de fortes ansiedades nos psicoterapeutas que interpelam a sua tolerância à incerteza (capacidade negativa), premissa do trabalho clínico psicodinâmico em contexto tradicional.

(iii) Neutralidade e Abstinência:

"(...)às vezes sentia que... ah... podia, perdia um bocadinho o meu lugar (...) Ahm, ou seja, ahm... estava a pensar, ahm... por exemplo, com um mediador, no início, ele começava a falar com os miúdos e a dar conselhos, portanto, também tinha de haver um trabalho meu com ele de, de ajuste, de como é que isso se faz, o que é que, ah, o que é que nós procuramos, qual é que deve ser o nosso papel" (Participante 3, 30 anos).

Os dados sugerem um reconhecimento convergente de que a tradução não é um processo neutro, ela implica significados, o que convoca uma passagem de uma posição neutra para uma posição crítica e implicada, integrando interpretações do histórico, do político e do social. Para além do posicionamento clínico, as questões em torno da neutralidade e abstinência refletem nos nossos dados preocupações em torno dos limites da intervenção e da gestão da proximidade relacional.

(iv) Identidade e Identificações:

"É difícil.... Eu sinto... para mim é difícil, principalmente estando no lugar de Europeia Privilegiada, tá a ver? Isso para mim é que eu sinto que... é quase como perder alguma moral para falar sobre as coisas..." (Participante 1, 31 anos).

"Não acho que tivesse maldade, mas há ali umas dinâmicas de poder que às vezes se estabelecem entre os mediadores e as pessoas. (...) Eles já fizeram um certo caminho que as pessoas que são mais recém-chegadas ainda não fizeram. (...) E então, às vezes, eles ficam um bocado imbuídos deste espírito de... já sabem o caminho, querem-lhes mostrar. Como se só houvesse um caminho, não é? E fosse aquele o deles e, portanto, isto tem um lado, às vezes, que as pessoas, que as pessoas se agarram muito ... estes processos identificatórios" (Participante 4, 43 anos).

Este tema é evidenciado pela referência a processos fusionais ou processos de rejeição que são mobilizados consoante as pertenças e as origens do psicoterapeuta, intensificando os movimentos projetivos dentro da relação terapêutica. A pertença dos psicoterapeutas a mundos não maioritários (racialização e experiência migratória prévia) intensifica a natureza das

identificações que se constituem na terapia. Ainda referente ao tema das identificações, os participantes destacam também o jogo identificatório que se estabelece entre mediadores e pacientes, oscilando entre a aliança e a assimetria/rivalidade.

(v) Ética e conflito:

"A mediação tem uma questão que é que nem sempre os pacientes querem os mediadores dentro da clínica. Porquê? porque os mediadores fazem parte da própria comunidade, da própria, da diáspora e a diáspora é, pode ser, dura, violenta, ah, como eles dizem fofoqueira. Portanto, aí é um trabalho muito… no qual eu insisto muito com os mediadores com os quais trabalho, sobre a privacidade e a confidencialidade do que é que acontece dentro da clínica. Mas isso não chega porque para as pessoas, muitas vezes, a ideia de ter alguém da própria comunidade não funciona. E aí eu encontro-me num dilema ético grande…" (Participante 2, 40 anos).

Este tema agrega as preocupações expressas pelos psicoterapeutas sobre a manutenção da confidencialidade uma vez que os mediadores são membros ativos das comunidades locais dos pacientes, frequentemente circunscritas populacional e geograficamente. Acresce também o reconhecimento da exposição ao sofrimento psíquico de carácter traumático, por parte dos mediadores que com frequência partilham histórias biográficas com semelhanças. Os dados dão conta também de uma sensibilidade face à repetição de assimetrias, abusos de poder e opressão no seio da relação terapêutica quer na relação psicoterapeuta-paciente (ex.: imposição de referenciais eurocêntricos), quer na relação psicoterapeuta-mediador (ex.: vínculo precário e ocasional dos mediadores no contexto português e instrumentalização do mediador), quer na relação mediador-paciente (ex.: diferenças de classe entre mediador e paciente).

(vi) Definição, indefinição e consolidação em psicoterapia:

"(...) portanto, nós estávamos a trabalhar com miúdos que estavam em instituições e lembro-me de um que estava, estava muito aflito "ok, eu estou agora nesta, nesta casa e depois? Para onde é que eu vou a seguir? Como é que vai ser a minha vida?". Ahm, portanto, do ponto de vista psicoterapêutico, em si, há, havia estas coisas tão prementes, que se sobrepõe a tudo o resto, que às vezes não era possível fazer um trabalho realmente psicoterapêutico" (Participante 3, 30 anos).

As alterações ao setting, a necessidade de flexibilidade, a mudança da posição do psicoterapeuta e a integração da realidade externa (raça, classe social, história, assimetria de

género) no processo de interpretação, apesar de evocadas como potencialidades do método a nível teórico, confrontam os psicoterapeutas com incertezas face ao que deve ser mantido dos settings tradicionais.

4. Discussão

A presente discussão resulta da articulação entre os dados preliminares obtidos e a literatura contemporânea inscrita no quadro da psicanálise, organizando uma leitura interpretativa dos processos envolvidos na situação transcultural.

Os resultados sugerem que a presença do mediador emerge predominantemente associada à necessidade de tradução linguística, frequentemente investida de forma ambivalente pelos psicoterapeutas. Embora a literatura reconheça a tradução como um processo ativo, criativo e produtor de sentido, a nossa análise dos dados sugere que esta função tende ainda a ser percecionada de forma reduzida ou instrumental (o mediador colocado ao serviço do saber do psicoterapeuta). Esta tensão parece mobilizar o que designámos por afetos de rivalidade e hostilidade, que parecem poder contribuir para a produção de *enactments* que diminuem o campo da tríade.

Os participantes reconhecem benefícios claros da presença do mediador na construção da aliança terapêutica, nomeadamente no aumento do sentimento de segurança, validação, possibilidade de expressão na língua materna do paciente e conhecimento do mundo de origem dos pacientes, o que converge com a literatura existente. Contudo, a nossa análise preliminar sugere que a mediação suscita ansiedades narcísicas nos psicoterapeutas. Emergem, assim, de forma saliente, dificuldades associadas a questões éticas e técnicas, como a gestão da confidencialidade, a circulação de afetos transferenciais e contransferenciais negativos e a intervenção espontânea dos mediadores no setting terapêutico, sentida mais como invasiva do que produtora de significados negociados e partilhados.

Os dados sugerem igualmente uma integração ainda incipiente do mediador como sujeito plenamente implicado no encontro terapêutico, isto é, como alguém simultaneamente inscrito no mundo do paciente e no contexto sociocultural de acolhimento. Esta posição intermediária, facilitadora dos processos de transnominação, central na literatura transcultural, parece ser apenas parcialmente reconhecida: o mediador surge associado sobretudo à cultura de origem do paciente e ao seu papel de tradução. Esta limitação parece dificultar a construção de um espaço potencial criador de uma compreensão partilhada entre mundos culturais distintos, onde

se inscrevem os processos de renegociação identitária do paciente descritos na literatura como centrais ao trabalho transcultural.

No plano da reformulação da técnica, a literatura destaca a importância da interpretação pluridimensional — articulando dimensões individuais, culturais, históricas e sociopolíticas — , bem como da análise das relações de poder como ferramentas clínicas fundamentais. Nos dados obtidos, estas dimensões parecem ser reconhecidas pelos psicoterapeutas sobretudo ao nível teórico-conceptual e reflexivo, mas ainda não plenamente integradas na prática clínica, no sentido em que não são relatados exemplos da utilização direta destas ferramentas. Por hipótese, a problematização das relações de poder parece variar em função da posição subjetiva e da pertença sociocultural do próprio psicoterapeuta.

Os resultados evidenciam ainda que, no contexto nacional, o trabalho com mediadores se encontra num estádio de desenvolvimento inicial e pouco institucionalizado. A sua incorporação ocorre de forma ocasional, sem enquadramento consistente em equipas estruturadas ou modelos formativos integrados (formação teórico-técnica, supervisão clínica, processos psicoterapêuticos pessoais). Embora sejam referidas algumas adaptações técnicas, como o prolongamento do tempo das sessões e a introdução de momentos de briefing e debriefing (entre o mediador e o psicoterapeuta, antes e após a sessão), estas medidas são percecionadas como insuficientes face à complexidade transferencial e contratransferencial envolvida, bem como ao impacto emocional potencialmente significativo sobre os mediadores.

Em síntese, os nossos resultados preliminares sugerem uma tensão traduzida na integração ainda parcial do mediador, na emergência de ansiedades e defesas no psicoterapeuta e na persistência de referenciais técnico-clínicos marcados por pressupostos eurocêntricos que dificultam a exigente tarefa de descentração do psicoterapeuta e o recurso efetivo a modalidades de interpretação pluridimensional e à interpretação das relações de poder no encontro terapêutico.

Do ponto de vista teórico, estes dados contribuem para aprofundar a compreensão de que os dispositivos transculturais implicam uma transformação mais em torno da identidade do psicoterapeuta. Em termos práticos, os resultados sublinham a necessidade de desenvolvimento de modelos de trabalho mais integrados, que incluam formação específica, supervisão continuada, psicoterapia pessoal de todos os intervenientes implicados e dispositivos institucionais estáveis, de forma a sustentar duplas terapêuticas coesas.

O estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente a influência do enquadramento institucional na produção dos discursos dos participantes. Adicionalmente, a focalização num contexto nacional em fase ainda emergente de implementação do modelo transcultural deverá ser mais amplamente discutida.

Não obstante, o presente estudo procura contribuir para o desenvolvimento da sensibilidade cultural em saúde mental, num contexto contemporâneo de globalização, favorecendo o acesso de populações migrantes a serviços psicoterapêuticos, mas também promover a integração das perspetivas críticas na expansão da teoria psicanalítica, propondo novas conceções em torno da atitude clínica, da técnica e da relação terapêutica.

Futuras investigações poderão aprofundar estas dinâmicas através, a título de exemplo, de estudos longitudinais sobre os efeitos da integração sistemática de mediadores na prática clínica, incluindo o impacto nos próprios mediadores enquanto sujeitos da intervenção.

5. Agradecimentos

Os autores agradecem ao AppsyCI e ao Ispa – Instituto Universitário pelo apoio institucional que possibilitou a participação nas 5.as Conferências Internacionais em Saúde Mental da Universidade da Beira Interior (UBI). Agradece-se igualmente ao Núcleo de Investigação em Psicanálise Aplicada do Ispa pelos contributos inestimáveis ao longo do processo de investigação, nomeadamente na recolha, transcrição e análise dos dados: Constança Carvalho, Vanda Beja e Filipe Silva. Por fim, um reconhecimento ao grupo de supervisão transcultural coordenado por Roberto Beneduce e Simona Taliani e constituído por Francesca Cancellieri, Beatriz Carvalho e Guiglia Cavallo, pela marca indelével no exigente trabalho de descentração do psicoterapeuta e dos seus saberes. Este artigo é dedicado à memória da Professora Maria Emília Marques, cujo contributo académico permanece uma referência incontornável neste percurso de investigação.

6. Referências Bibliográficas

Beneduce, R. (2014). Una “differenza intrattabile”. Credenze, metafore e politiche della traduzione nella cura degli immigrati. *AM: Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica, 37*, 147–189.

Beritzhoff, L. C. (2021). Psychoanalysis in the meantime. *Psychoanalytic Dialogues, 31*(1), 81–99. https://doi.org/10.1080/10481885.2020.1863075

Boivin, I., Brisset, C., & Leanza, Y. (2011). Interprétation et interprétariat: Chassé-croisé en thérapies analytiques plurilingues. *Filigrane: Écoutes Psychanalytiques, 20*(2), 107–122.

Crawford, D. E. (2017). *Therapists' awareness, identification, and management of culture-based countertransference* (Doctoral dissertation, Miami University).

Darling, L. (2004). Psychoanalytically-informed work with interpreters. *Psychoanalytic Psychotherapy, 18*(3), 255–267.

Devereux, G. (1967). *From anxiety to method in the behavioural sciences*. Mouton.

Dickinson, A., Palma Carvalho, B., Pereira, A. I., Costa, C., Fernandes, C., Ferreira, N., Felino, M., Palha, M., Cancelliere, F., & Marques, M. E. (2023). *Investigação para o acesso à saúde e à educação: Estudo qualitativo co-construído com migrantes e profissionais*. Repositório ISPA – Instituto Universitário.

Fanon, F. (2020). *Pele negra, máscaras brancas* (S. Nascimento & R. Camargo, Trads.). Ubu Editora. (Obra original publicada em 1952)

Fennig, M., & Denov, M. (2021). Interpreters working in mental health settings with refugees: An interdisciplinary scoping review. *American Journal of Orthopsychiatry, 91*(1), 50–65.

Grau, L., Carretier, E., Moro, M.-R., Revah-Levy, A., Sibeoni, J., & Lachal, J. (2020). A qualitative exploration of what works for migrant adolescents in transcultural psychotherapy: Perceptions of adolescents, their parents, and their therapists. *BMC Psychiatry, 20*(1), Article 561. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02970-w

Hollway, W. (2010). Relationality: The intersubjective foundations of identity. In M. Wetherell & C. T. Mohanty (Eds.), *The SAGE handbook of identities* (pp. 216–232). SAGE.

Hollway, W., & Jefferson, T. (2008). Researching defended subjects with the free association narrative interview method. In C. Willig & W. Stainton-Rogers (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research in psychology* (pp. 296–315). SAGE.

Jelloun, T. B. (2008). A abordagem transcultural em psicoterapia. In M. R. Moro & C. Lachal (Eds.), *As psicoterapias: Modelos, métodos e indicações* (pp. 131–149). Editora Vozes.

Kilomba, G. (2019). *Memórias da plantação: Episódios de racismo quotidiano*. Orfeu Negro.

Kouassi, K. (2001). Approche psychothérapique en clinique transculturelle. Triade thérapeute–patient–interprète. *Champ Psychosomatique, 23*, 137–143.

Moro, M. R., & Radjack, R. (2023). Starting from the ground: The transcultural approach. In S. Ponnou & C. Niewiadomski (Eds.), *Critical psychoanalytic social work: Research and case studies for clinical practice* (pp. xx–xx). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003296416-9

Nathan, T., & Stengers, I. (2004). *Médecins et sorciers*. Empêcheurs de Penser en Rond. (Obra original publicada em 1999)

Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice* (4th ed.). SAGE.

Pereira, A. I., Carvalho, B., Felino, M., Fernandes, C., & Marques, M. E. (2023). *Círculo de diálogos e partilha sobre a COVID-19: Relatório de projeto*. Repositório ISPA – Instituto Universitário.

Pussetti, C. (2010). Identidade em crise: Imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal. *Saúde e Sociedade, 19*(1), 94–113.

Pussetti, C., Moleiro, C., Olivença, S., Santinho, C., Santos, J., & Vacchiano, F. (2012). A comparison of health service accessibility for immigrants among European countries in the T-Share project. *Porta Di Massa: Laboratorio Autogestito di Filosofia, Epistemologia e Scienze Politico-Sociali* (Special Issue), 15–20.

Sousa, T., & Santinho, C. (2019). Antropologia da saúde, psiquiatria transcultural e etnopsiquiatria: Considerações teóricas. *Trabalhos de Antropologia e Etnologia, 59*, 79–90.

Sturm, G., Baubet, T., & Moro, M. R. (2010). Culture, trauma, and subjectivity: The French ethnopsychoanalytic approach. *Traumatology, 16*(4), 27–38.

Tummala-Narra, P. (2015). Cultural competence as a core emphasis of psychoanalytic psychotherapy. *Psychoanalytic Psychology, 32*(2), 275–292.

Willig, C., & Stainton-Rogers, W. (Eds.). (2017). *The SAGE handbook of qualitative research in psychology*. SAGE.

Quando o Corpo Responde à Emoção: Caso Clínico de Perturbação Neurológica Funcional na Adolescência

Catarina Ferreira[1], Cláudia Rosa[1], Miriam Homem[1], Rafaela Sanches[1], Neide Urbano[1]

[1]ULS São José – Hospital dona Estefânia, Portugal

Autor Correspondente: Catarina Ferreira. **E-mail:** catarina.ferreira2@ulssjose.min-saude.pt

Resumo

Introdução: A perturbação de sintomas neurológicos funcionais (PSNF) na adolescência associa-se a vulnerabilidade emocional e é influenciada por fatores psicológicos e contextuais. A identificação de precipitantes emocionais é fundamental para a compreensão e abordagem do quadro. **Métodos:** Estudo de caso de adolescente do sexo feminino acompanhada em pedopsiquiatria durante dois anos, com diagnóstico de PSNF e comorbilidade psicopatológica. Avaliação baseada em entrevista clínica longitudinal, observação direta e informação familiar e escolar. **Resultados:** A adolescente apresentava crises motoras funcionais recorrentes, com episódios súbitos de perda de controlo motor e diminuição/perda de tónus muscular, por vezes com incapacidade de fala, com preservação da consciência, sem evidência de alteração neurológica estrutural. Os episódios eram precedidos por ansiedade ou momentos de frustração/contrariedade com impacto no funcionamento social e escolar. Ao longo do seguimento, verificaram-se comportamentos autolesivos e ideação suicida episódica. A intervenção multidisciplinar com psicofarmacologia, psicoterapia e adaptações escolares associou-se a redução da frequência das crises e melhoria funcional. **Discussão:** Este caso evidencia a expressão somática funcional da desregulação emocional, destacando ansiedade e

frustração como precipitantes. Sublinha-se a importância de uma abordagem multidisciplinar integrada e de intervenções dirigidas ao contexto escolar e familiar.

Palavras-chave: Perturbação de Sintomas Neurológicos Funcionais; Adolescência; Regulação Emocional; Abordagem Multidisciplinar; Recuperação Funcional.

Abstract

Introduction: Functional Neurological Symptom Disorder (FNSD) during adolescence is associated with emotional vulnerability and is influenced by psychological and contextual factors. The identification of emotional precipitants is essential for understanding the disorder and guiding its clinical management. Methods: This paper presents the case of a female adolescent diagnosed with Functional Neurological Symptom Disorder and psychiatric comorbidity, followed in a Child and Adolescent Psychiatry outpatient setting for two years. Clinical assessment was based on longitudinal psychiatric interviews, direct clinical observation, and additional information obtained from family and school members. **Results:** The patient presented recurrent functional motor episodes, characterized by sudden loss of motor control and reduced or absent muscle tone, occasionally accompanied by speech arrest, while preserving consciousness and the absence of structural neurological abnormalities. Episodes were consistently preceded by anxiety, frustration, or situations of perceived adversity, resulting in significant impairment in social and academic functioning. During follow-up, episodes of non-suicidal self-injury and intermittent suicidal ideation were also documented. A multidisciplinary intervention, combining psychopharmacological treatment, psychotherapy, and school-based adaptations, was associated with a reduction in the frequency of functional episodes and a progressive improvement in overall functioning. **Discussion:** This case highlights the role of emotional dysregulation in the somatic expression of Functional Neurological Symptom Disorder, with anxiety and frustration emerging as relevant precipitating factors. It further underscores the importance of an integrated multidisciplinary approach, including targeted interventions within the family and school contexts, to promote functional recovery.

Keywords: Functional Neurological Symptom Disorder; Adolescence; Emotional Regulation; Multidisciplinary Approach; Functional Recovery.

1. Introdução

A Perturbação de Sintomas Neurológicos Funcionais (PSNF) caracteriza-se pela presença de sintomas neurológicos incompatíveis com doenças neurológicas conhecidas e que não são explicados por alterações estruturais ou fisiopatológicas identificáveis (Mavroudis et al., 2024). As manifestações clínicas podem incluir alterações motoras, sensitivas, episódios paroxísticos semelhantes a crises epiléticas, alterações da marcha, tremor, fraqueza muscular ou perturbações da fala, constituindo um desafio diagnóstico frequente em contexto pediátrico (Kozlowska et al., 2020). A indicação da incidência e da prevalência desta perturbação é dificultada pela significativa heterogeneidade dos estudos publicados (Finkelstein et al., 2025). A incidência da PSNF foi estimada entre dez a vinte e dois casos por cem mil habitantes (Finkelstein et al., 2025), sendo mais comum em adultos (Perjoc et al., 2023). A incidência estimada de PSNF em idade pediátrica é de um a dezoito casos por cem mil habitantes (Finkelstein et al., 2025), verificando-se um aumento progressivo da sua frequência ao longo da adolescência, sendo mais prevalente no sexo feminino (Yong et al., 2023).

Historicamente, a Perturbação de Sintomas Neurológicos Funcionais foi inicialmente integrada no conceito mais abrangente de histeria, cuja designação remonta à Antiguidade. O termo é frequentemente associado a Hipócrates e aos seus escritos cerca de 400 a.C. (Chapman & Laptook, 2024). Ao longo dos séculos, a terminologia utilizada para descrever estes fenómenos foi sendo progressivamente reformulada, incluindo designações como “paralisia histérica”, “convulsões histéricas”, e “conversão histérica”. Com a evolução dos modelos etiológicos e da compreensão clínica destes quadros, o termo histeria foi substituido por Perturbação de Conversão e, posteriormente, pela atual designação de Perturbação de Sintomas Neurológicos Funcionais, tal como consignado no DSM-5-TR (Freedman, 2022).

Nas últimas décadas, verificou-se uma evolução significativa na compreensão da Perturbação de Sintomas Neurológicos Funcionais, atualmente conceptualizada segundo um modelo biopsicossocial, no qual fatores biológicos, psicológicos e contextuais interagem na génese e manutenção dos sintomas (Mavroudis et al., 2024). Em idade pediátrica, a PSNF associa-se frequentemente a fatores de stress emocional, ansiedade, dificuldades de regulação emocional e adversidades familiares, relacionais ou escolares (Kozlowska et al., 2020; Perjoc et al., 2023). Embora os sintomas não sejam produzidos de forma voluntária, a sua ocorrência encontra-se frequentemente relacionada com sobrecarga emocional, podendo constituir uma manifestação física involuntária do sofrimento psicológico (Kozlowska et al., 2020; Mavroudis

et al., 2024). O impacto funcional pode ser substancial, traduzindo-se em absentismo escolar, limitação da autonomia, dificuldades de integração social e recurso frequente aos cuidados de saúde (Kozlowska et al., 2020; Perjoc et al., 2023). A identificação precoce dos fatores precipitantes e perpetuantes é fundamental para orientar intervenções dirigidas não apenas aos sintomas, mas também aos contextos emocionais e ambientais que contribuem para a sua manutenção (Kozlowska et al., 2020; Mavroudis et al., 2024). O contexto escolar assume frequentemente um papel relevante quando associado a dificuldades académicas, exigências relacionais, conflitos com pares, absentismo e experiências de insucesso, sendo estes fatores frequentemente associados ao agravamento clínico. A compreensão destes fatores é fundamental para uma abordagem terapêutica eficaz, uma vez que a intervenção dirigida exclusivamente aos sintomas tende a revelar-se insuficiente.

A análise detalhada destes casos, por serem pouco frequentes, permite uma melhor compreensão da patofisiologia de uma perturbação que, apesar de apresentar uma reduzida incidência em idade pediátrica, causa um impacto significativo nas atividades de vida diária. O presente trabalho tem como objetivo descrever o caso clínico de uma adolescente com diagnóstico de PSNF, caracterizado por crises motoras funcionais recorrentes associadas a ansiedade, frustração e sobrecarga emocional, discutindo os fatores envolvidos na sua evolução clínica e a importância de uma abordagem multidisciplinar integrada.

2. Métodos

Apresenta-se o caso clínico de uma adolescente do sexo feminino, com 15 anos de idade à data da reavaliação em consulta de pedopsiquiatria, em abril de 2024. A jovem apresentava antecedentes de acompanhamento em pedopsiquiatria e neuropediatria, iniciado no final de 2021 por sintomatologia funcional motora. Após alta da consulta de pedopsiquiatria em 2023, foi novamente referenciada para a especialidade na sequência de observação pelo serviço de urgência em março de 2024 por agravamento psicopatológico, comportamentos autolesivos e ideação suicida, tendo ocorrido mudança de médico assistente.

A avaliação clínica baseou-se numa metodologia qualitativa e longitudinal, incluindo entrevistas clínicas sucessivas com a adolescente e os seus cuidadores, observação direta em contexto de consulta, análise da evolução clínica ao longo do seguimento e recolha de informação proveniente do contexto escolar.

O caso foi discutido em contexto multidisciplinar, envolvendo diferentes profissionais, nomeadamente médicos, enfermeiros, psicólogos e assistente social, tendo sido igualmente realizada articulação com estruturas educativas. A intervenção integrou acompanhamento psicoterapêutico, tratamento psicofarmacológico, participação em Hospital de Dia através de grupos terapêuticos, apoio parental e adaptações escolares ajustadas às necessidades funcionais da adolescente. A intervenção psicofarmacológica foi ajustada de forma progressiva de acordo com a evolução clínica e funcional.

3. Resultados

3.1 Caso Clínico

A utente do sexo feminino, 15 anos, foi encaminhada para consulta de pedopsiquiatria após observação no serviço de urgência em março de 2024, na sequência de ingestão medicamentosa voluntária, após conflito intrafamiliar. Segundo informação colhida, o quadro teve início em 2021, em contexto escolar, com crises funcionais, de apresentação variável, caracterizando-se por perda ou diminuição súbita de tónus muscular, por vezes provocando queda ao solo, associada a incapacidade transitória de movimentos voluntários e de afasia, mantendo-se preservada a consciência e a perceção do meio envolvente. Alguns destes episódios eram acompanhados por adoção de posturas distónicas da mão direita. O seu início era súbito, com duração variável, entre alguns minutos e algumas horas, com recuperação espontânea e ausência de défices neurológicos pós-episódio. Estas crises, com impacto funcional significativo, tinham claramente génese contextual, sendo despoletados por situações de maior carga emocional (ansiedade, frustração e contrariedade) ou por estímulos sensoriais, sobretudo em ambiente escolar. A adolescente descrevia hipersensibilidade sensorial em diversos domínios (auditivo, visual e tátil), com desconforto perante ruídos intensos, luzes fortes, determinadas texturas (por exemplo, ganga, cobertores ásperos) e contacto com água corrente, necessitando de apoio de cuidadores nestes contextos.

Por estes motivos, a utente foi acompanhada em Pedopsiquiatria e Neurologia Pediátrica. A avaliação neuropediátrica não evidenciou patologia neurológica estrutural ou fisiopatológica subjacente. Foram identificados sinais positivos de funcionalidade, incluindo distractibilidade sintomática com reversibilidade parcial das manifestações observadas, inconsistência semiológica e resposta positiva a placebo, compatíveis com o diagnóstico de Perturbação de Sintomas Neurológicos Funcional.

Do ponto de vista psicossocial, a utente refere múltiplos eventos de vida adversos desde 2019, incluindo doença oncológica materna em 2020, doença oncológica em familiar próximo, falecimento de avó materna em 2021, perda de animais de estimação e impacto do contexto pandémico. No que respeita a psicopatologia associada, referia comportamentos autolesivos (escoriações autoinfligidas no tórax, membros superiores e pescoço, e tricotilomania), realizados em contexto de sofrimento emocional como forma autorregulatória. Negava recurso a objetos cortantes. Mantinha ideação passiva de morte, sem plano estruturado. Verificou-se absentismo escolar significativo desde dezembro de 2023, motivado por dificuldade de adaptação da escola às crises funcionais da jovem, e um agravamento sintomático desde essa altura. No ano letivo anterior, tinha sido reportado isolamento progressivo dos pares e das atividades escolares, com elevado impacto funcional, tendo sido posteriormente necessária mudança de estabelecimento de ensino. Em contexto escolar, durante episódios de descompensação, foi frequente o contacto com serviços de emergência médica ou isolamento da jovem numa sala supervisionada. A adolescente refere desconforto marcado com a elevada visibilidade destes episódios, bem como com a perceção de mobilização excessiva da escola, apesar de orientações clínicas em sentido contrário previamente fornecidas. Ao longo do acompanhamento clínico, observou-se um padrão consistente de agravamento sintomático em contextos de elevada carga emocional, particularmente associados ao ambiente escolar e a situações geradoras de ansiedade, frustração ou contrariedade.

3.2 Impacto Funcional

A sintomatologia associou-se a importante comprometimento funcional, com repercussões nos domínios académico, social, familiar e físico. Verificou-se absentismo escolar marcado, culminando em reprovação do 9.º ano de escolaridade por faltas excessivas, num contexto em que o ambiente escolar se constituiu como importante fator precipitante e perpetuante das crises funcionais. Face ao impacto observado, foi implementada adaptação do percurso educativo através da integração em regime de ensino à distância, permitindo a conclusão do 3.º ciclo num contexto menos ansiogénico. Apesar da mudança ter sido globalmente favorável, persistiram inicialmente dificuldades significativas de assiduidade e participação nas atividades letivas, particularmente nas aulas de Educação Física e em situações de maior exposição social.

No contexto familiar, a gestão das crises revelou-se particularmente desafiante, existindo dificuldade na contenção dos episódios e na promoção de estratégias de reabilitação funcional assentes na exposição gradual a situações ansiogénicas. As tentativas de aumento da autonomia

eram frequentemente acompanhadas pelo desencadeamento de sintomatologia funcional e por marcada resistência da adolescente, perpetuando comportamentos de evitamento e dependência. Do ponto de vista social, observou-se isolamento progressivo dos pares e redução significativa da participação em atividades anteriormente apreciadas, em associação com o aumento da frequência das crises e o desconforto sentido perante a sua ocorrência em contexto público. A limitação funcional e a redução acentuada da atividade física associaram-se ainda a sedentarismo marcado e aumento ponderal significativo durante o período de maior gravidade clínica.

3.3 Evolução Clínica

A evolução longitudinal descrita nesta secção, encontra-se sintetizada na Figura 1. O percurso foi caracterizado por uma evolução flutuante, com períodos de agravamento sintomático intercalados por melhorias graduais, traduzindo a complexidade e heterogeneidade inerente à Perturbação de Sintomas Neurológicos Funcionais em idade pediátrica. Apesar desta variabilidade, a trajetória evolutiva foi globalmente favorável, verificando-se uma recuperação gradual da estabilidade clínica e da funcionalidade.

Figura 1
Timeline Clínica Longitudinal



Apesar do acompanhamento prévio especializado em pedopsiquiatria, a nova referenciação para esta consulta, em 2024, decorreu de um período de agravamento clínico, marcado pela elevada frequência de crises funcionais, episódios de desregulação emocional e recurso reiterado ao Serviço de Urgência. Nesta fase, a sintomatologia apresentava um impacto significativo no funcionamento global da adolescente, condicionando a dinâmica familiar, o percurso escolar e a participação social. Perante a persistência e agravamento da sintomatologia, foi implementada uma abordagem terapêutica multidisciplinar, envolvendo acompanhamento regular em consulta de pedopsiquiatria, otimização da terapêutica psicofarmacológica, integração em Hospital de Dia, apoio familiar, estreita articulação com o contexto escolar e foi reforçada a manutenção da intervenção psicológica em contexto particular.

Do ponto de vista psicofarmacológico, foi realizada uma adequação progressiva do esquema terapêutico, dirigida ao controlo da sintomatologia ansiosa e da desregulação emocional associada. O recurso a terapêutica SOS constituiu igualmente uma estratégia importante na abordagem das crises agudas, permitindo uma contenção mais eficaz dos episódios de maior intensidade e contribuindo para a redução do recurso ao Serviço de Urgência. A estabilização clínica alcançada revelou-se determinante para a evolução favorável da adolescente, permitindo aumentar a sua disponibilidade para beneficiar das intervenções psicoterapêuticas e comportamentais. Paralelamente à melhoria clínica e funcional observada ao longo do seguimento, foi possível proceder a uma simplificação gradual do esquema psicofarmacológico.

Em simultâneo, manteve acompanhamento psicológico regular em contexto privado, centrado na identificação dos fatores precipitantes e perpetuantes da sintomatologia, no desenvolvimento de competências de regulação emocional, na aquisição de estratégias adaptativas de coping, favorecendo uma melhor compreensão da interação entre os estados emocionais e a expressão somática.

A integração em Hospital de Dia constituiu um marco importante na evolução clínica. A adolescente participou em grupos terapêuticos presenciais de frequência semanal, compostos por quatro a seis adolescentes entre os treze e dezassete anos, dinamizados por dois coterapeutas, num ambiente estruturado e previsível. A intervenção grupal privilegiou o desenvolvimento de competências emocionais, relacionais e sociais, promovendo a validação

emocional, a partilha de experiências, o treino de competências interpessoais e a exposição gradual a situações geradoras de ansiedade, num contexto terapêutico seguro. As atividades estruturadas permitiram reforçar a autonomia, a tolerância à frustração e a capacidade de permanência em contextos potencialmente desencadeantes, reduzindo progressivamente os comportamentos de evitamento. Face à melhoria clínica progressiva e à recuperação funcional sustentada, a adolescente teve alta do Hospital de Dia após cerca de dois anos de acompanhamento.

A intervenção junto da família e a articulação com a escola constituíram igualmente componentes fundamentais do plano terapêutico, procurando uniformizar estratégias de atuação perante as crises, promover a autonomia da adolescente e favorecer a manutenção da participação nas atividades académicas e sociais.

Ao longo do seguimento observou-se uma redução progressiva da frequência e intensidade das crises funcionais, acompanhada por melhoria da regulação emocional e recuperação gradual do funcionamento global. A conclusão do 3.º ciclo permitiu a integração no ensino secundário, através da frequência do Curso Profissional de Interpretação, área compatível com os interesses pessoais da adolescente e que pressupõe uma participação ativa em atividades de expressão corporal e interação interpessoal. A adaptação ao novo contexto escolar revelou-se francamente positiva, observando-se uma melhoria significativa nos domínios académico, social e emocional. Apesar da persistência ocasional de crises funcionais perante situações de contrariedade ou de maior carga emocional, a adolescente adquiriu progressivamente capacidade para permanecer nesses contextos, mobilizando estratégias de autorregulação e retomando a atividade em curso, sem necessidade de evitamento ou interrupção prolongada, traduzindo uma melhoria significativa da autonomia e do funcionamento global.

4. Discussão

A PSNF constitui uma condição clínica complexa e potencialmente incapacitante na adolescência. O presente caso destaca a importância da identificação de fatores emocionais precipitantes, particularmente ansiedade, frustração e sobrecarga emocional, bem como o papel central da avaliação funcional. O presente caso ilustra a complexidade clínica da PSNF na adolescência e a estreita relação entre vulnerabilidade emocional e expressão somática funcional.

Embora a literatura descreva frequentemente a associação entre PSNF e ansiedade, o caso apresentado evidencia particularmente o papel da sobrecarga emocional, da frustração ou contrariedade e da dificuldade em lidar com situações potencialmente exigentes. De forma consistente ao longo do seguimento, as crises ocorreram predominantemente em contextos de elevada ativação emocional, sugerindo uma associação entre dificuldades de regulação emocional e manifestação dos sintomas funcionais.

O contexto escolar assumiu um papel central na evolução clínica, funcionando simultaneamente como fator precipitante e espaço privilegiado de intervenção. O impacto observado no desempenho académico, frequência escolar e relações interpessoais reforça a importância de avaliar o efeito global da PSNF nestes adolescentes para além da simples frequência dos sintomas.

A evolução favorável observada após implementação de uma abordagem multidisciplinar encontra-se alinhada com a evidência disponível, que recomenda intervenções integradas envolvendo adolescente, família, escola e equipa clínica. A articulação entre estratégias psicoterapêuticas, psicofarmacológicas e contextuais parece ter contribuído para a redução da sintomatologia e melhoria do funcionamento global.

O presente caso ilustra que, na PSNF em idade pediátrica, o objetivo terapêutico não se centra exclusivamente na remissão dos sintomas, mas sobretudo na recuperação progressiva da funcionalidade, da autonomia e da participação nos diferentes contextos de vida. Neste sentido, os resultados observados reforçam a importância de uma intervenção precoce, integrada e multidisciplinar, capaz de promover a redução da frequência e intensidade das crises e, sobretudo, do impacto que estas produzem. O caso clínico apresentado, não podendo, naturalmente, ser generalizado, poderá contribuir para uma melhor compreensão dos fatores emocionais e contextuais frequentemente envolvidos na PSNF durante a adolescência.

5. Referências Bibliográficas

Chapman, H., & Laptook, R. (2024). Introduction: Functional neurological disorder in children and adolescents: A medical chameleon. *Rhode Island Medical Journal (2013)*, *107*, 7–9.

Finkelstein, S. A., Diamond, C., Carson, A., & Stone, J. (2025). Incidence and prevalence of functional neurological disorder: A systematic review. *Journal of Neurology,*

Neurosurgery and Psychiatry, *96*(4), 383–395. https://doi.org/10.1136/jnnp-2024-334767

Freedman, D. (2022). Functional neurological disorders in children – A historical perspective. *Seminars in Pediatric Neurology*, *41*(November), 7–9. https://doi.org/10.1016/j.spen.2021.100950

Mavroudis, I., Kazis, D., Kamal, F. Z., Gurzu, I. L., Ciobica, A., Pădurariu, M., Novac, B., & Iordache, A. (2024). Understanding functional neurological disorder: Recent insights and diagnostic challenges. *International Journal of Molecular Sciences*, *25*(8), 1–22. https://doi.org/10.3390/ijms25084470

Perjoc, R. S., Roza, E., Vladacenco, O. A., Teleanu, D. M., Neacsu, R., & Teleanu, R. I. (2023). Functional neurological Disorder–Old problem new perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(2). https://doi.org/10.3390/ijerph20021099

Yong, K., Chin, R. F. M., Shetty, J., Hogg, K., Burgess, K., Lindsay, M., McLellan, A., Stone, J., KamathTallur, K., Baxter, A., McWilliam, K., & Pilley, E. (2023). Functional neurological disorder in children and young people: Incidence, clinical features, and prognosis. *Developmental Medicine and Child Neurology*, *65*(9), 1238–1246. https://doi.org/10.1111/dmcn.15538

CAPÍTULO 9: Psicometria

Adapting the Symptom Checklist 90 (SCL-90) for Portugal: Beyond Translation Towards Construct Equivalence

Miguel Trigo[1,2,3], Sandra Brito[1,3], David Neto[1,2], Afonso Paixão[3], Isabel Ganhão[3], Olga Tomás[3], Joana Duarte Pereira[3], Elsa Gaspar[3] & Rosa Novo[4]

[1]ISPA – Instituto Universitário, Portugal

[2]Applied Psychology Research Center Capabilities & Inclusion (APPsyCI), Portugal

3Unidade Local de Saúde de São José, Portugal

[4]Retired Professor from Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, Portugal

Autor Correspondente: Miguel Trigo. **E-mail:** mtrigo@ispa.pt

Abstract: The 90-Item Symptom Checklist (SCL-90) is widely used to screen for psychopathology, assess psychological complaints, integrate assessment batteries, monitor interventions, and in research. In Portugal, its use among the adult population requires linguistic and cultural adaptation, which is the objective of this study. **Method.** Following the guidelines of the International Test Commission, the translation of the original American version was performed by two bilingual Portuguese translators and harmonized by three experts, comparing it with the original and the Spanish version. The linguistic-cultural review included three focus groups ($N = 23$), whose participants were selected by convenience: clinical psychology seniors ($n = 7$), mental health professionals ($n = 7$), and end-users from the target population ($n = 10$). The groups analysed the wording, comprehensibility, and face validity of the items. The back-translation was performed by a bilingual American translator. **Results.** Strong consistency was observed among the focus groups, and the SCL-90 translation was well accepted linguistically and culturally. Difficulties were identified in some items due to linguistic nuances, and adjustments were made to ensure clarity and semantic equivalence. The

back-translation showed high correspondence with the original. **Discussion.** The European Portuguese version of the SCL-90 demonstrates linguistic and cultural appropriateness. Psychometric validation studies are currently underway, involving samples representative of the general population and participants with psychopathological complaints.

Keywords: Symptom Checklist-90 (SCL-90); psychological assessment; psychopathology; European Portuguese; focus group.

1. Introduction

The Symptom Checklist-90 - SCL-90 (Derogatis, 1977, 1994) is a 90-item self-report instrument measuring nine psychopathological dimensions: somatisation, obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation, and psychoticism. Alongside, it assesses three global distress indices: the Global Severity Index (GSI), the Positive Symptom Total (PST), and the Positive Symptom Distress Index (PSDI). Administered from the age of 13 and completable in approximately 15 minutes, it is among the most widely used measures in research and clinical settings globally (Derogatis & Unger, 2010).

Cross-cultural validity has been established in numerous countries including Argentina (Bonicatto et al., 1997), Brazil (Laloni, 2001), Italy (Prunas et al., 2012), and Spain (Rivera, 2002). In Portugal, however, existing data, primarily drawn from Baptista's (1993) Ph.D. investigation of panic disorder, were not collected as a dedicated validation study, and their normative basis is of limited generalisability. A national survey confirmed the absence of a standardised Portuguese adaptation as a persistent gap (Almeida et al., 2013). The present study addresses this gap by documenting the linguistic and cultural adaptation phase of a broader validation programme.

2. Methods

2.1. Adaptation Procedure

The adaptation followed the ITC (2017) guidelines and comprised five sequential phases: (1) authorisation and ethics approval (CHPL/09/2023/CES), (2) independent forward translation by two bilingual Portuguese translators, (3) expert triangulation by a panel of three mental health professionals comparing translations, the original (Derogatis, 1994), and the Spanish version (Rivera, 2002), (4) iterative focus group review, and (5) back-translation into English, by a bilingual American translator blind to the source instrument.

2.2. Focus Groups

Four focus groups (N = 32) were organised in order of increasing proximity to clinical practice: (i) FG1 - master's-level clinical psychology finalists (n = 7), (ii) FG2 - mental health specialists (n = 6), (iii) FG3 - end-users (n = 11), and (iv) FG4 - master's-level clinical psychology finalists (n = 8). This last focus group revisited items identified as linguistically challenging in earlier groups. Each 120-minute session followed a semi-structured protocol with three anchor questions: (i) "What does this question mean to you?", (ii) "Can this question be interpreted in different ways?", (iii) "What is the usual way of saying this?" Specialist groups additionally addressed (iv) "What psychopathological dimension is being assessed?" Reformulations were adopted by consensus, and unresolved cases were adjudicated by the senior researcher.

2.3. Translation and Face Validity Quality Questionnaire (TFVQQ)

The Translation and Face Validity Quality Questionnaire (TFVQQ), developed in accordance with ITC (2017) principles, comprised five items rated on a 0-4 Likert scale (0 = "Not at all"; 4 = "Extremely") covering wording clarity, colloquial adequacy, personal applicability, symptom familiarity, and construct recognisability. It was administered to FG1 and FG2 immediately after completing the SCL-90. Results were interpreted descriptively, with a mean item score ≤ 2 designated as indicative of poor translation quality.

2.4. Back-Translation Analysis

The expert panel classified each of the 90 back-translated items into one of three correspondence levels: (i) very high match - minimal or no lexical variation, full conceptual equivalence, (ii) high match - minor lexical or syntactic variation without semantic drift, (iii) moderate match - intentional, theoretically justified departures enhancing cultural adequacy, clarity, or inclusivity.

2.5. Participants

The focus group sample ($N = 32$; $M_{age} = 43.5$ years, $SD = 13.8$) was predominantly female (65.6%) and university-educated (87.5%), with 87.5% residing in the Lisbon metropolitan area (see Table 1).

Table 1

Representative Examples of Back-Translation Match Levels (N = 90 Items).

Match level	Original (English)	Portuguese adaptation	Back-translation
Very high (n = 72; 80%)	Item 1: "Headaches."	*"Dores de cabeça."*	"Headaches."
High (n = 15; 16.7%)	Item 24: "Temper outbursts that you could not control."	*"Ataques de fúria que não consegue controlar."*	"Outbursts of anger that you cannot control."
Moderate (n = 3; 3.3%)	Item 21: "Feeling shy or uneasy with the opposite sex."	*"Sentir timidez ou pouco à vontade na presença de alguém por quem me possa sentir atraído/a."*	"Feeling shy or uncomfortable in the presence of someone to whom I might feel attracted."

Note. Moderate-match items reflect deliberate, theoretically justified departures from the original wording to enhance cultural adequacy and inclusivity. Items 21, 22, and 68 constitute the three moderate-match cases.

3. Results

3.1. Focus Group Revisions

Across the four focus groups, a total of 19 items required reformulation: 10 in FG1 (items 6, 7, 23, 24, 36, 49, 51, 68, 76, 78), 3 in FG2 (items 21, 25, 85), none in FG3, and 6 in FG4 (items 6, 10, 21, 22, 35, 68). Revisions were organised along five qualitative dimensions: (i) *experiential anchorage*, strengthening the first-person, phenomenological character of items (e.g., adding "Sentir que" to item 6), (ii) *lexical register*, replacing clinical or erudite terms with colloquial equivalents (e.g., "afrontamentos" → "calores súbitos", item 49), (iii) *syntactic simplification*, converting complex constructions to active, direct formulations (e.g., item 7), (iv) *clinical precision*, disambiguating semantically overloaded terms (e.g., "critical" in item 6; "trapped" in item 22), and (iv) *conceptual inclusivity*, updating items to reflect contemporary social diversity and broaden ecological validity (e.g., items 21 and 85).

3.2. Back-Translation

Of the 90 items, 72 (80.0%) achieved very high correspondence, 15 (16.7%) high correspondence, and 3 (3.3%) moderate correspondence. The three moderate-match items (21, 22, and 68) involved deliberate departures from the source wording. Item 21 was reformulated to reflect sexual attraction rather than binary sex categories. Item 22 replaced "trapped or caught" with "blocked or unable to find solutions" for greater Portuguese contextual clarity. Item 68 was reworded from a generalised belief framing to a first-person colloquial expression. All three were adjudicated as conceptually sound and culturally warranted by the expert panel.

3.3. Translation and Face Validity Quality Questionnaire (TFVQQ)

Mean item score across both groups was 3.1 (*SD* = 0.4), and the mean total score was 15.5 (*SD* = 2.2), both substantially above the ≤ 2 poor-quality threshold. FG1 (*M* = 3.0, *SD* = 0.5) scored marginally lower than FG2 (*M* = 3.2, *SD* = 0.4), a pattern consistent with the specialists' greater familiarity with the constructs assessed. Given the exploratory nature of the TFVQQ and the small group sizes, no inferential statistics were computed. The descriptive pattern nonetheless supports broad acceptance of the translation's clarity and face validity.

4. Discussion

The results demonstrate that the adapted European Portuguese version of the SCL-90 achieves the dual objectives of conceptual fidelity to the source instrument and cultural resonance with the target population. The iterative four-group design (Morgan, 1997) enabled progressive refinement, with each focus group contributing complementary perspectives: academic-critical (FG1, FG4), clinical-terminological (FG2), and experiential-lay (FG3).

The finding that 96.7% of items reached high or very high back-translation correspondence, with the three moderate-match cases reflecting principled rather than inadvertent departures, aligns with established cross-cultural adaptation frameworks (Beaton et al., 2000; Guillemin et al., 1993). It also illustrates the conceptual relevance of *idioms of distress* (Kohrt & Hruschka, 2010; Nichter, 1981). The expression and communication of psychological suffering are culturally mediated, and the instrument must resonate at experiential and linguistic levels to achieve ecological validity.

Item 36 provides a paradigmatic case. The technical term "empathy" was replaced by the more direct "understanding" or "not caring about me", reducing response bias attributable to differential health literacy, whilst preserving the construct's interpersonal sensitivity dimension. Analogously, the inclusive reformulation of item 21, removing the binary opposite-sex reference, reflects contemporary understandings of interpersonal attraction and broadens the instrument's applicability across the sociodemographic diversity of the Portuguese population.

These adaptations carry direct psychometric implications. Enhanced item clarity reduces construct-irrelevant variance, a consideration of particular consequence for the GSI, which aggregates all 90 item scores and is widely regarded as the most sensitive single indicator of

current psychological distress (Derogatis, 1994). When respondents interpret items in alignment with their intended construct, observed score variance more faithfully reflects genuine symptom severity, supporting the instrument's construct validity.

The sample's homogeneity, predominantly female, university-educated, and Lisbon-based, represents a limitation in terms of representativeness, though it is consistent with the purpose of qualitative focus group composition, which prioritises breadth of professional and experiential perspectives, over demographic proportionality. Lower-literacy, rural, and clinically diverse groups would enrich the adaptation in future iterations.

The present study produced a rigorously adapted European Portuguese version of the SCL-90, grounded in systematic translation, expert triangulation, iterative stakeholder review, and independent back-translation in accordance with ITC guidelines (2017). With 96.7% of items achieving high or very high conceptual correspondence, the adaptation demonstrates fidelity to the source instrument, whilst accommodating the linguistic and cultural specificities of the Portuguese context. The resulting instrument is now available, for the first time in a culturally grounded European Portuguese form, to clinicians, researchers, and health professionals. Psychometric validation studies are currently underway, encompassing Exploratory and Confirmatory Factor Analyses, assessment of measurement invariance, and the development of age-, sex-, and clinical-population-stratified norms for Portugal. These will complete the evidence base required for the SCL-90's full clinical and research applicability in Portuguese-speaking European settings.

5. Acknowledgments

The authors are deeply grateful to Professor Rosa Novo, from University of Lisbon, Portugal, for her mentorship and scholarly support. We also thank to the bilingual translators Diogo Pitta, Jonathan Sharp and Rute Brito, whose essential contributions to the forward and back-translations made this adaptation process possible. Furthermore, we extend our gratitude to all focus group participants for their time and valuable input, which were fundamental to ensuring the cultural resonance of the instrument. Finally, the authors acknowledge the Ethics Committee of the Unidade Local de Saúde de São José for the approval of the study protocol (File CHPL/09/2023/CES), and the institution for hosting the data collection.

6. References

Almeida, L. S., Araújo, A. M., & Diniz, A. M. (2013). Avaliação psicológica e o uso dos testes em Portugal. PSIENCIA. *Revista Latinoamericana de Ciência Psicológica, 5*(2), 144–149. https://doi.org/10.5872/psiencia/5.2.76

Baptista, A. (1993). *A génese da perturbação de pânico* [Unpublished doctoral thesis]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine, 25*(24), 3186–3191. https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014

Bonicatto, S., Dew, M. A., Soria, J. J., & Seghezzo, M. E. (1997). Validity and reliability of Symptom Checklist '90 (SCL90) in an Argentine population sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 32*(6), 332–338. https://doi.org/10.1007/BF00805438

Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual for the revised version of the SCL-90*. Johns Hopkins University Press.

Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R. Symptom Checklist-90-R. Administration, scoring, and procedures manual*. NCS Pearson.

Derogatis, L. R., & Unger, R. (2010). *Symptom Checklist-90-Revised. In The Corsini encyclopedia of psychology*. John Wiley & Sons. https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0970

Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures. *Journal of Clinical Epidemiology, 46*(12), 1417–1432. https://doi.org/10.1016/0895-4356(93)90142-n

International Test Commission. (2017). *ITC guidelines for translating and adapting tests* (2nd ed.). https://www.intestcom.org/files/guideline_test_adaptation_2ed.pdf

Kohrt, B. A., & Hruschka, D. J. (2010). Nepali concepts of psychological trauma. *Culture, Medicine and Psychiatry, 34*(2), 322–352. https://doi.org/10.1007/s11013-010-9170-2

Laloni, D. T. (2001). *Escala de avaliação de sintomas – 90-R. SCL-90-R: Adaptação, precisão e validade* [Unpublished doctoral thesis]. Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research* (2nd ed.). Sage Publications. https://doi.org/10.4135/9781412984287

Nichter, M. (1981). Idioms of distress: Alternatives in the expression of psychosocial distress. *Culture, Medicine and Psychiatry, 5*(4), 379–408. https://doi.org/10.1007/BF00054782

Prunas, A., Sarno, I., Preti, E., Madeddu, F., & Perugini, M. (2012). Psychometric properties of the Italian version of the SCL-90-R. *European Psychiatry, 27*(8), 591–597. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.12.006

Rivera, J. L. G. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 Síntomas*. Publicaciones de Psicología Aplicada, TEA Ediciones.

Atitudes face à IA: Revisão de um instrumento e proposta de validação

Marília Gurgel de Castro[1], Ana Paula Relvas[1,2] (1,2) & Luciana Sotero[1,2]

[1] Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCEUC), Portugal
[2] Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra (CES), Portugal

Autor Correspondente: Marília Gurgel de Castro. **E-mail:** mdcastro@student.uc.pt

Resumo: A crescente integração da inteligência artificial (IA) no quotidiano torna fundamental compreender como as pessoas a percecionam e avaliam. As atitudes face à IA têm sido associadas a fatores como confiança, aceitação e bem-estar, constituindo um foco relevante de investigação. Todavia, a sua avaliação levanta desafios, nomeadamente na definição do construto e na robustez dos instrumentos disponíveis. Este trabalho apresenta uma revisão dos

instrumentos utilizados para avaliar atitudes face à IA, emergindo a *General Attitudes towards Artificial Intelligence Scale* (GAAIS) como um dos mais usados. Os estudos sugerem que a GAAIS apresenta adequada consistência interna; contudo, observa-se variabilidade na estrutura fatorial reportada, sugerindo que o construto pode não ser estável entre contextos culturais e reforçando a necessidade de estudos adicionais. Com base nesta revisão, é proposta a adaptação e validação da GAAIS para a população portuguesa, incluindo procedimentos de tradução e adaptação cultural e um desenho metodológico centrado na análise das suas propriedades psicométricas. Espera-se que a versão portuguesa apresente uma estrutura fatorial consistente com estudos prévios, adequada consistência interna e evidência de validade convergente. Em conjunto, os resultados preliminares reforçam a necessidade de instrumentos conceptualmente claros e psicometricamente robustos, contribuindo para uma avaliação rigorosa das atitudes face à IA no contexto português.

Palavras-chave: Propriedades Psicométricas; Validação; GAAIS; Inteligência Artificial; Revisão Sistemática.

Abstract: The increasing integration of artificial intelligence (AI) into daily life makes it fundamental to understand how people perceive and evaluate it. Attitudes towards AI have been associated with factors such as trust, acceptance, and well-being, constituting a relevant research focus. However, its evaluation raises challenges, namely in the definition of the construct and the robustness of available instruments. This paper presents a review of the instruments used to evaluate attitudes towards AI, with the General Attitudes towards Artificial Intelligence Scale (GAAIS) emerging as one of the most widely used. Studies suggest that the GAAIS displays adequate internal consistency; however, variability is observed in the reported factor structure, suggesting that the construct may not be stable across cultural contexts and reinforcing the need for additional studies. Based on this review, the adaptation and validation of the GAAIS for the Portuguese population is proposed, including translation and cultural adaptation procedures and a methodological design centred on the analysis of its psychometric properties. It is expected that the Portuguese version will present a factor structure consistent with previous studies, adequate internal consistency, and evidence of convergent validity. Together, the preliminary results reinforce the need for conceptually clear and psychometrically robust instruments, contributing to a rigorous evaluation of attitudes towards AI within the Portuguese context.

Key-Words: Psychometric Properties; Validation; GAAIS; Artificial Intelligence; Systematic Review.

1. Introdução

Amplamente reconhecida como a tecnologia-chave da Quarta Revolução Industrial e um dos avanços mais significativos do século XXI, a inteligência artificial (IA) atua como um elemento catalisador de inovações contemporâneas, provocando transformações profundas em múltiplos setores societais, económicos, científicos e políticos (Al-Shumrani, 2025; Arees et al., 2025; Azman et al., 2025; Huang et al., 2025; Kaya et al., 2024). Atualmente, a IA integra, de forma generalizada, os dispositivos e sistemas tecnológicos do quotidiano, otimizando a eficiência, a automação e os processos de tomada de decisão (Al-Shumrani, 2025; Cicero et al., 2025). Com o objetivo de simplificar operações e melhorar a experiência do utilizador através da personalização de conteúdos, a sua aplicação prática estende-se desde ferramentas de uso corrente, como agentes conversacionais inteligentes (ACI), incluindo assistentes virtuais (e.g., *Siri* ou *Alexa*) e *chatbots* (e.g., *Gemini* ou *ChatGPT*), e robôs sociais, até domínios complexos que abrangem a condução automatizada, o diagnóstico médico, a gestão de recursos humanos, os processos judiciais e a mitigação de riscos ambientais e laborais (Arees et al., 2025; Azman et al., 2025; Kasinidou et al., 2025; Kaya et al., 2024).

Apesar da ausência de uma definição universalmente consensual na literatura, a IA pode ser descrita como um conjunto de sistemas e programas informáticos concebidos para mimetizar e, ocasionalmente, exceder a capacidade cognitiva humana (Rózsa et al., 2025). Como por exemplo, competências de raciocínio, como a aprendizagem, a adaptação, a tomada de decisão ou a resolução de problemas complexos (Alfeir, 2024). De um modo geral, estas tecnologias inteligentes caracterizam-se pelo seu elevado grau de autonomia face a outras ferramentas, bem como pela aptidão para processar e analisar grandes volumes de dados (Alfeir, 2024; Stein et al., 2024). Esta conceptualização tem vindo a ser expandida para lá dos planos estritamente cognitivo ou operativo, passando a integrar uma perspetiva mais abrangente que envolve dimensões afetivas, como a capacidade de analisar e reagir a interações e emoções humanas (Huang & Rust, 2021).

As atitudes face à IA correspondem a avaliações cognitivas e afetivas que podem expressar aceitação ou rejeição, sendo moldadas por crenças, valores, experiências prévias e percepções

de benefícios ou riscos associados à tecnologia (Al-Shumrani, 2025). Na literatura, estas atitudes assumem-se como um preditor relevante do comportamento e da intenção de uso, com fatores como otimismo tecnológico, confiança e percepção de controlo a favorecerem posições mais positivas, enquanto emoções negativas e preocupações éticas ou ocupacionais tendem a dificultar a aceitação da IA (Al-Shumrani, 2025; Cicero et al., 2025). Embora a IA seja frequentemente apresentada como uma inovação com potencial para aumentar a produtividade, a eficiência, a criatividade e a resolução de problemas, a sua aceitação mantém-se ambivalente. Em grande parte, devido a receios relacionados com privacidade, desemprego, vigilância, justiça social, autonomia decisional, substituição do trabalho humano, uso indevido de dados, falhas de segurança e enviesamentos discriminatórios, os quais podem comprometer a confiança pública e institucional (Arees et al., 2025; Azman et al., 2025; Cicero et al., 2025; Huang et al., 2025; Kaya et al., 2024). Assim, compreender as atitudes face à IA é essencial para explicar a adoção destas tecnologias e enquadrar o seu uso de forma social e eticamente informada (Cicero et al., 2025).

Relativamente aos instrumentos de avaliação atitudinal, Stein et al. (2024) reviram diversas medidas para avaliar as atitudes face à IA. Estas incluem a *Attitude Towards Artificial Intelligence* (ATAI; Sindermann et al., 2021), a *AI Attitude Scale* (AIAS; Wang & Wang, 2022), a *Threats of Artificial Intelligence* (TAI; Kieslich et al., 2021) e o *Concerns About* Autonomous *Technology questionnaire* (Stein et al., 2019). Adicionalmente, no âmbito de uma meta-análise desenvolvida por Şahin e Yıldırım (2024), constatou-se que a escala de atitudes mais citada na literatura foi a *General Attitudes Towards Artificial Intelligence Scale* (GAAIS). A GAAIS, desenvolvida originalmente por Schepman e Rodway (2020, 2023), surge para responder à necessidade de uma medida padronizada, fiável e abrangente que avalie as atitudes da população face à IA. Oferece um enquadramento equilibrado que capta simultaneamente as perceções positivas e negativas, permitindo observar de que modo os indivíduos ponderam estas duas tendências na formação da sua postura global e na subsequente intenção de uso desta tecnologia (Azman et al., 2025; Cicero et al., 2025). Considerando que esta área de investigação ainda se encontra numa fase emergente e que as propriedades psicométricas dos instrumentos podem variar entre diferentes contextos culturais (Cicero et al., 2025; Huang et al., 2025), torna-se fundamental realizar uma revisão sistemática das propriedades da GAAIS. Este mapeamento metodológico é essencial para examinar a consistência fatorial, a fidelidade e a validade transcultural do instrumento, constituindo um passo metodológico necessário para

assegurar a sua aplicabilidade e desenvolver subsequentemente uma proposta de adaptação e validação da GAAIS para a população portuguesa.

1.1. Propriedades psicométricas da versão original da General Attitudes Towards Artificial Intelligence Scale (GAAIS)

Através de uma Análise Fatorial Exploratória (EFA), os autores da GAAIS identificaram uma estrutura bidimensional composta por duas dimensões, com um Alfa de *Cronbach* de .88 para a dimensão positiva e de .83 para a dimensão negativa, além de evidências satisfatórias de validade convergente e discriminante face a medidas pré-existentes (Arees et al., 2025; Kasinidou et al., 2025). O instrumento consolidou-se internacionalmente como uma estrutura bidimensional clara, de ampla aplicabilidade e ideal para a realização de comparações transculturais entre diferentes regiões (Al-Shumrani, 2025; Huang et al., 2025). Estruturalmente, o instrumento é constituído por 20 itens avaliados através de uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, cujas opções de resposta variam de 1 ("discordo totalmente") a 5 ("concordo totalmente"), permitindo que as pontuações oscilem entre os 20 e os 100 pontos (Al-Shumrani, 2025; Huang et al., 2025).

A dimensão positiva da GAAIS compreende 12 itens focados na avaliação do entusiasmo, das vantagens sociais e pessoais, da utilidade percebida e das oportunidades económicas ou comunitárias associadas à IA (Cicero et al., 2025; Huang et al., 2025). Por sua vez, a dimensão negativa é composta por 8 itens destinados à avaliação de medos, riscos, desconfiança, implicações éticas, ameaças e desconforto associados à IA (Azman et al., 2025; Cicero et al., 2025; Huang et al., 2025). Para salvaguardar a fiabilidade dos dados recolhidos, a literatura descreve ainda a inclusão de um item de controlo de atenção integrado, concebido para identificar e excluir participantes que tenham incorrido em preenchimentos aleatórios (Arees et al., 2025). Os itens pertencentes à dimensão negativa exigem uma inversão de pontuação para assegurar a coerência interpretativa; deste modo, valores mais elevados nesta subescala passam a refletir uma postura mais tolerante ou benevolente face às desvantagens da IA, convergindo para que pontuações mais elevadas em ambas as dimensões denotem sempre uma atitude geral mais positiva (Huang et al., 2025; Kasinidou et al., 2025). Os autores originais recomendam o cálculo da pontuação média de cada subescala ou dimensão em separado como indicador de cada tendência atitudinal, desaconselhando explicitamente a combinação das métricas para a criação de uma pontuação total única para toda a escala (Schepman & Rodway,

2020, 2023). Para uma compreensão clara da configuração metodológica da escala e da formulação textual de cada uma das subescalas mencionadas, apresenta-se a Figura 1:

Figura 1

Itens e estrutura da General Attitudes towards Artificial Intelligence Scale (GAAIS) (Schepman & Rodway, 2020, 2023)

Subscale (not for display)	Number (not for display)	Item
Positive	P1	For routine transactions, I would rather interact with an artificially intelligent system than with a human.
Positive	P2	Artificial Intelligence can provide new economic opportunities for this country.
Negative	N3	Organisations use Artificial Intelligence unethically.
Positive	P4	Artificially intelligent systems can help people feel happier.
Positive	P5	I am impressed by what Artificial Intelligence can do.
Negative	N6	I think artificially intelligent systems make many errors.
Positive	P7	I am interested in using artificially intelligent systems in my daily life.
Negative	N8	I find Artificial Intelligence sinister.
Negative	N9	Artificial Intelligence might take control of people.
Negative	N10	I think Artificial Intelligence is dangerous.
Positive	P11	Artificial Intelligence can have positive impacts on people's wellbeing.
Positive	P12	Artificial Intelligence is exciting.
Positive	P13	An artificially intelligent agent would be better than an employee in many routine jobs.
Positive	P14	There are many beneficial applications of Artificial Intelligence.
Negative	N15	I shiver with discomfort when I think about future uses of Artificial Intelligence.
Positive	P16	Artificially intelligent systems can perform better than humans.
Positive	P17	Much of society will benefit from a future full of Artificial Intelligence
Positive	P18	I would like to use Artificial Intelligence in my own job.
Negative	N19	People like me will suffer if Artificial Intelligence is used more and more.
Negative	N20	Artificial Intelligence is used to spy on people

O objetivo deste trabalho consistiu em identificar e sintetizar as adaptações transculturais e validações atualmente existentes da GAAIS, servindo de base para fundamentar a proposta de adaptação e validação deste instrumento para a população portuguesa. Através de uma revisão da literatura, este estudo visou (1) mapear as propriedades psicométricas da escala em diferentes idiomas e contextos culturais, em particular as adaptações europeias, asiáticas e latino-americanas; (2) avaliar a estabilidade da estrutura original bifatorial (atitudes positivas e atitudes negativas); (3) sintetizar os indicadores de fidelidade, designadamente o alfa de *Cronbach* e o ómega de *McDonald*, e (4) identificar as evidências de validade convergente e preditiva da escala. Adicionalmente, pretendeu-se comparar o desempenho psicométrico da escala integral (de 20 itens) face às versões abreviadas (diga aqui quais são, ou pelo menos

quantos itens têm) desenvolvidas posteriormente, permitindo, assim, estabelecer as bases metodológicas e psicométricas necessárias para a futura validação da versão portuguesa da escala.

Em consonância com os objetivos delineados, este estudo propõe-se a responder às seguintes questões de investigação:

QI1: Quais são atualmente as versões da GAAIS que foram adaptadas e validadas em diferentes contextos socioculturais?

QI2: Em que medida a estrutura fatorial original da GAAIS, composta pelas dimensões Atitudes Positivas e Atitudes Negativas, é corroborada nas diferentes validações do instrumento?

QI3: Que evidências de fiabilidade e validade têm sido reportadas nas validações da GAAIS?

QI4: Como se compara o desempenho psicométrico da versão original da GAAIS (20 itens) com o das versões abreviadas desenvolvidas posteriormente?

QI5: Que evidências provenientes das validações existentes da GAAIS podem informar uma futura adaptação e validação do instrumento para o contexto português?

2. Métodos

No que concerne ao desenho do estudo e planeamento metodológico, esta revisão das propriedades de medição foi conduzida em conformidade com as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) e orientada pelo protocolo do manual *Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments* (COSMIN) (Elsman et al., 2024), reconhecido como o padrão de excelência internacional para a avaliação da qualidade metodológica de instrumentos de autorrelato. Com o intuito avaliar a pertinência deste estudo, realizou-se uma pesquisa preliminar a 06 de abril de 2026 nas bases de dados *Cochrane, PubMed* e *PROSPERO*, a qual confirmou a inexistência de revisões sistemáticas de propriedades de medição concluídas ou em curso sobre a GAAIS. Adicionalmente, em alinhamento com os princípios de transparência, replicabilidade e boas práticas da Ciência Aberta, o protocolo detalhado desta revisão foi submetido e registado

previamente na plataforma internacional *Open Science Framework* (OSF) a 15 de abril de 2026, encontrando-se disponível através do identificador digital https://doi.org/10.17605/OSF.IO/WZYRT (Castro, 2026).

Com o objetivo de identificar a literatura relevante e assegurar uma ampla cobertura internacional, a pesquisa de dados abrangeu as bases indexadas *PsycINFO, PubMed, Web of Science* e *Scopus*, recorrendo a descritores específicos cruzados por operadores booleanos. A estratégia de pesquisa estruturou-se através da combinação conceptual: ("GAAIS" *OR "General Attitudes Towards Artificial Intelligence Scale") AND ("psychometric" OR "validation" OR "reliability" OR "validity" OR "factor analysis" OR "adaptation" OR "scale*"). A aplicação desta fórmula algorítmica nas respetivas plataformas científicas resultou na identificação de 165 registos iniciais, captados para triagem, os quais foram subsequentemente submetidos aos critérios de elegibilidade definidos no protocolo.

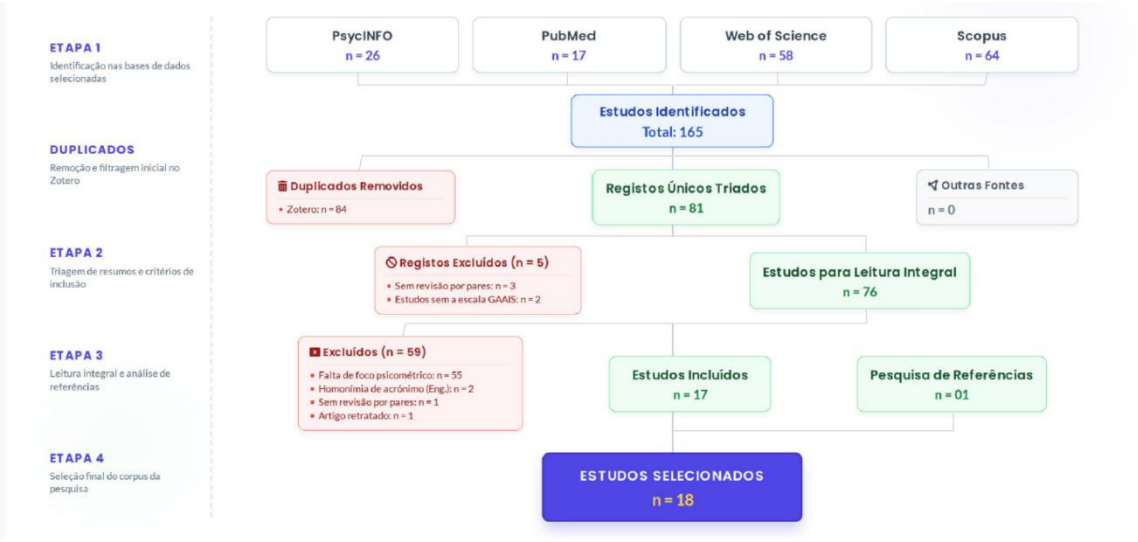
Após a exportação dos 165 registos iniciais para o *software* de gestão de referências *Zotero*, procedeu-se à centralização e ao processamento inicial dos resultados. Na fase de deduplicação, foram identificados 81 artigos únicos, eliminando-se a redundância sistemática entre as bases de dados. Seguidamente, realizou-se a triagem inicial pela análise independente de títulos e resumos dos estudos (n = 81). Esta etapa de seleção e triagem preliminar de dados contou com o suporte das ferramentas de IA *Gemini* e *Perplexity*, utilizadas como assistentes inteligentes de análise. Como resultado deste fluxo de avaliação e filtragem, 76 artigos cumpriram os critérios requeridos e foram formalmente retidos para a fase subsequente de análise de texto integral.

Na fase de elegibilidade, o processo de seleção pautou-se por critérios rigorosos, que determinaram a inclusão de artigos com texto integral disponível, publicados em revistas com revisão por pares, focados na validação ou adaptação transcultural da escala GAAIS e que reportassem dados psicométricos. Dos artigos avaliados, foram excluídos 59, a maioria devido à ausência de foco psicométrico (n = 55), seguida por homonímia do acrónimo na área da engenharia (n = 2), falta de revisão por pares (n = 1) e artigos retratados (n = 1). Este processo resultou na seleção inicial de 17 estudos. Complementarmente, após o contacto com os autores da escala original, foi adicionado um estudo elegível de (Markova & Yordanova, 2025), totalizando 18 investigações incluídas na presente revisão. O mapeamento das etapas deste processo de seleção e exclusão, sistematizado de acordo com as diretrizes internacionais para

a avaliação de Instrumentos de Medida de Resultados (OMIs), encontra-se ilustrado na Figura 2:

Figura 2

Diagrama de fluxo PRISMA-COSMIN para OMIs (revisão de validação da GAAIS)



Posteriormente, os dados dos estudos elegíveis foram organizados e sistematizados numa matriz de extração customizada em formato *Excel*, onde se mapearam variáveis essenciais como o país e a língua da adaptação, a caracterização da população-alvo e dimensão da amostra (*N*), a estrutura fatorial avaliada por análises exploratórias ou confirmatórias (EFA/CFA), a validade convergente ou preditiva, e os respetivos indicadores de fidelidade através do alfa de *Cronbach* e do ómega de *McDonald*.

3. Resultados

Os resultados obtidos evidenciam diversidade geográfica e linguística na disseminação global da GAAIS. O instrumento foi validado e adaptado em 14 países e 13 idiomas distintos, demonstrando robustez transcultural em diversos contextos culturais, sociodemográficos e políticos. No mapeamento geopolítico das publicações, a Europa destaca-se com adaptações no Reino Unido (Schepman & Rodway, 2020, 2023, 2026), Espanha (Arees et al., 2025), Itália (Cicero et al., 2025b; Sacco et al., 2025), Alemanha (Montag & Ali, 2025), Hungria (Rózsa et

al., 2025), Chipre (Kasinidou et al., 2025) e Bulgária (Markova & Yordanova, 2025). Foram ainda identificadas validações na Ásia, designadamente na China (Huang et al., 2025), Japão (Yamaguchi et al., 2025), Coreia do Sul (Seo & Ahn, 2022), Vietname (Tien, 2024) e Malásia (Azman et al., 2025), e também no Médio Oriente, com investigações na Arábia Saudita (Al-Shumrani, 2025b) e Turquia (Kaya et al., 2024; Turan & Cengiz, 2025). Registou-se assim uma liderança na produção de evidência científica concentrada no Reino Unido, Turquia e Itália.

A GAAIS tem revelado uma elevada versatilidade de aplicação prática e eficácia psicométrica em amostras populacionais heterogéneas, abrangendo desde estudantes universitários e docentes, até profissionais de tecnologia e à população geral, com um foco marcadamente proeminente no desenho de estudos direcionados para as áreas da Educação e da Saúde (particularmente no contexto da Enfermagem).

No que concerne à estrutura fatorial do instrumento (i.e. validade de construto), as Análises Fatoriais Confirmatórias (CFA) confirmam o predomínio do modelo original de dois fatores independentes, Atitudes Positivas *vs*. Atitudes Negativas, embora tenham ocorrido adaptações e reduções pontuais na extensão da escala (variando entre 10 e 19 itens) para otimizar os indicadores estatísticos em contextos específicos. De um modo geral, as CFAs reportaram índices de ajustamento satisfatórios na maioria das amostras, com o *Comparative Fit Index* (CFI) a situar-se predominantemente entre .90 e .98 (revelando um ajustamento de aceitável a excelente), o *Tucker-Lewis Index* (TLI) balizado entre .91 e .97 (sugerindo modelos bem ajustados) e o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) compreendido entre .038 e .075, o que indica um ajustamento que varia entre o excelente e o estatisticamente aceitável.

Os valores de Variância Extraída Média (AVE) situaram-se, na sua maioria, acima do limiar recomendado de .40 a .50, atingindo valores máximos de .67 para o fator positivo e de .84 para o fator negativo, demonstrando uma adequada retenção da variância pelos itens. Estes indicadores foram suportados por valores correspondentes de Fiabilidade Composta (CR) consistentemente superiores a .80. No que concerne à validade discriminante, esta foi assegurada ~~com sucesso~~ através do critério de *Fornell-Larcker* e de rácios *Heterotrait-Monotrait* (HTMT) adequados (com valores de referência na ordem dos .472), refletindo uma ~~clara~~ distinção empírica e independência conceptual entre as duas subescalas. Relativamente aos indicadores de consistência interna reportados, os parâmetros demonstraram um desempenho robusto e estável da GAAIS em diversas culturas. Os valores de alfa (α) de *Cronbach* situaram-se geralmente entre .80 e .91, enquanto os índices de ómega (ω) de

McDonald se posicionaram de forma sistemática acima do limiar de .80 para ambas as subescalas, consolidando a precisão e a fidelidade da medição do instrumento. Adicionalmente, a validade nomológica e de critério (concorrente e preditiva) da GAAIS foi sustentada por uma trajetória empírica consistente, caracterizada por correlações de moderada a forte magnitude com outros construtos teóricos afins. As atitudes positivas face à inteligência artificial associaram-se significativamente a variáveis de cariz favorável, destacando-se o *Technology Readiness Index* (TRI), sobretudo nas dimensões de otimismo e inovação, os níveis de literacia digital, a confiança epistémica – ou seja, a predisposição para aceitar a informação de outros como fiável –, a intenção de uso continuado e o uso frequente de ferramentas generativas (como o *ChatGPT*). Inversamente, as atitudes negativas correlacionaram-se com dimensões de resistência, tais como a ansiedade perante a tecnologia, o ceticismo geral, a desconfiança corporativa e um menor conforto tecnológico, consolidando a sensibilidade psicométrica do instrumento na avaliação das atitudes humanas perante a inteligência artificial (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Critérios de qualidade para classificação dos resultados das propriedades de medida (com base no PRISMA-COSMIN 2024).

Estudo	País-língua	Estrutura fatorial	Ajuste do modelo / invariância	Alfa de Cronbach	Omega de McDonald	Validade de constructo / convergente
Schepman e Rodway (2020)	Reino Unido; Inglês	2 fatores	EFA confirmou estrutura bidimensional; RMSEA = 0,057; TLI = 0,94; unidimensionalidade não suportada	0,88; 0,83	Não reportado	Correlações com Technology Readiness Index; relação com conforto em aplicações específicas de IA
Schepman e Rodway (2022)	Reino Unido; Inglês	2 fatores	CFA com excelente ajuste em dois estudos; CFI = 0,987 e 0,998; TLI = 0,986 e 0,998; RMSEA = 0,032 e 0,011	0,88; 0,82; 0,85; 0,82	Não reportado	Correlação significativa com Technology Readiness Index; associações com personalidade, confiança geral e desconfiança corporativa
Schepman e Rodway (2024)	Reino Unido; Inglês	2 fatores	CFA muito bom; CFI = 0,996; TLI = 0,994; RMSEA = 0,030; SRMR = 0,046	0,81 a 0,87; 0,82 a 0,84	Não reportado	Correlações significativas com Technology Readiness Index; sobretudo inovação e otimismo
Al-Shumrani (2025)	Arábia Saudita; Árabe	2 fatores	Invariância configural, métrica, escalar e residual entre sexos; GFI = 0,980; CFI = 0,855; TLI = 0,837; RMSEA = 0,075	0,869; 0,832	0,869; 0,828	AVE = 0,367 e 0,385; correlação entre fatores = 0
Arees et al. (2025)	Espanha; Espanhol	2 fatores	Modelo final de 16 itens; CFI = 0,926; TLI = 0,911; RMSEA = 0,069; SRMR = 0,051; invariância total entre géneros	0,840; 0,808; total = 0,854	0,836; 0,804; total = 0,873	AVE entre 0,413 e 0,472; validade discriminante adequada por Fornell-Larcker e HTMT
Azman et al. (2025)	Malásia; Bahasa Malaysia	2 fatores	CFA confirmou modelo de dois fatores com 14 itens; CFI = 0,936; TLI = 0,947; RMSEA = 0,073	0,898; 0,886	Não reportado	AVE = 0,530 e 0,573; CR = 0,899 e 0,888; discriminação adequada
Cicero et al. (2025)	Itália; Italiano	2 fatores	CFA com bom ajuste; χ2/df = 1,97; CFI = 0,907; RMSEA = 0,064	0,85 a 0,86	0,83 a 0,86	Correlação com atitudes gerais sobre uso de IA; fator positivo previu intenção de uso
Huang et al. (2025)	China; Chinês	2 fatores	CFA com bom ajuste; CFI = 0,965; TLI = 0,959; RMSEA = 0,065; SRMR = 0,048; invariância entre géneros	0,875; 0,833; 0,865	Não reportado	CR = 0,87 a 0,89; AVE = 0,46 a 0,53; correlação com Technology Readiness Index e otimismo/inovação
Kasinidou et al. (2025)	Chipre; Grego	2 fatores	CFA com ótimo ajuste global; CFI = 0,978; TLI = 0,975; RMSEA = 0,101	0,915; 0,809	Não reportado	Correlações com literacia em IA e competências digitais
Kaya et al. (2024)	Turquia; Turco	2 fatores	CFA satisfatória; CFI = 0,974; RMSEA = 0,038; SRMR = 0,066	0,82; 0,84	Não reportado	Correlação positiva com uso de computador e conhecimento de IA; negativa com ansiedade de aprendizagem de IA
Montag e Ali (2025)	Alemanha; Alemão	2 fatores	Relação convergente robusta com ATAI e item único; correlações moderadas a altas	0,90 e 0,92; 0,88 e 0,89	Não reportado	Correlações fortes com ATAI e confiança no ChatGPT
Rózsa et al. (2025)	Hungria; Húngaro	2 fatores	CFA via DWLS confirmou estrutura de dois fatores; CFI = 0,951; TLI = 0,944; RMSEA = 0,058	0,85; 0,81	Não reportado	Correlação positiva com uso frequente de IA; correlação negativa entre subescalas
Sacco et al. (2025)	Itália; Italiano	2 fatores	CFA validou a estrutura original; CFI = 0,954; TLI = 0,947; RMSEA = 0,049	0,893 e 0,839; 0,883 e 0,801	Não reportado	Correlação positiva com conhecimento de IA; relações com confiança epistémica
Seo e Ahn (2022)	Coreia do Sul; Coreano	2 fatores	CFA com bom ajuste; CFI = 0,92; TLI = 0,90; RMSEA = 0,06	0,86; 0,74	Não reportado	AVE = 0,91 e 0,84; validade de grupos conhecidos por sexo
Tien (2023)	Vietname; Vietnamita	2 fatores	KMO = 0,773; Bartlett significativo; estrutura bidimensional mantida	0,748; 0,695; total = 0,705	Não reportado	Consistência satisfatória; diferenças por ano de estudo
Turan e Cengiz (2025)	Turquia; Turco	4 fatores	EFA e CFA suportaram nova estrutura; CFI = 1,00; RMSEA = 0,061; SRMR = 0,057	Total 0,914; 0,911; 0,935; 0,852; 0,890	Não reportado	KMO = 0,918; 72,667 por cento de variância explicada; escala adaptada para enfermagem
Yamaguchi et al. (2026)	Japão; Japonês	2 fatores	CFA aceitável; CFI = 0,943; RMSEA = 0,061; um item removido	0,924	0,937	AVE acima de 0,50 no fator 1 e acima de 0,40 no fator 2; correlação com confiança na IA e uso de IA generativa
Markova e Yordanova (2025)	Bulgária; Búlgaro	2 fatores	Estrutura original mantida em contexto novo; correlações com MAILS; sem anomalias reportadas	0,916; 0,838	Não reportado	Correlações positivas moderadas a fortes com MAILS; ANOVA e regressão significativas por género, educação e idade

O mapeamento no contexto europeu confirma a progressiva expansão e relevância da GAAIS, revelando simultaneamente duas abordagens metodológicas distintas na gestão do instrumento. Por um lado, observa-se uma clara tendência para o desenvolvimento de versões mais curtas, focadas na eliminação de ambiguidades semânticas e na maximização da eficiência psicométrica, sem que se comprometa a bidimensionalidade da versão original. No Reino Unido, por exemplo, foi desenvolvida a validação da *Short* GAAIS-10 (composta por uma estrutura de 5 itens positivos e 5 negativos) otimizada através da Análise de *Rasch*. Em Espanha, por sua vez, foi proposta a GAAIS-16 (Arees et al., 2025), após a eliminação de quatro itens considerados críticos (*i*3, *i*5, *i*6 e *i*13). Por outro lado, regista-se a manutenção integral dos 20 itens originais em múltiplos contextos. Em Itália (Cicero et al., 2025; Sacco et al., 2025), o modelo completo foi preservado mediante o ajuste de índices de modificação, permitindo a correlação de resíduos nos pares *i*3-*i*6 e *i*13-*i*16. De igual modo, na Hungria (Rózsa et al.) optou-se pela conservação de todos os itens em prol da validade de conteúdo, não obstante a presença de cargas fatoriais baixas (< .40) especificamente nos itens *i*3, *i*6 e *i*16. Na Alemanha e no Chipre, por sua vez, verificou-se uma elevada estabilidade na versão completa, suportada por uma consistência interna robusta ($\alpha > .80$). Não obstante esta disseminação da GAAIS na Europa, este mapeamento evidenciou uma lacuna: Portugal ainda não dispõe de uma validação formal, publicada e aferida deste instrumento para a população portuguesa. Este dado justifica a pertinência de um estudo futuro, que permita facultar à comunidade científica lusófona uma ferramenta aferida para monitorizar as atitudes dos portugueses face à IA.

4. Discussão

O presente trabalho teve como objetivo realizar uma revisão da literatura sobre um dos instrumentos mais utilizados internacionalmente para avaliar as atitudes face à inteligência artificial, a *General Attitudes towards Artificial Intelligence Scale* (GAAIS), procurando responder a cinco questões de investigação. Relativamente à primeira questão de investigação, sobre quais são atualmente as versões da GAAIS que foram adaptadas e validadas em diferentes contextos socioculturais, os resultados evidenciaram a ampla disseminação e robustez transcultural da GAAIS, cuja validação foi reportada em 14 países e 13 idiomas, abrangendo contextos europeus, asiáticos e do médio oriente.

Verificou-se ainda que a maioria dos estudos publicados sobre este instrumento teve origem no Reino Unido, na Turquia e em Itália. Adicionalmente, a GAAIS demonstrou versatilidade e solidez psicométrica em amostras diversificadas, incluindo estudantes, docentes, profissionais e população geral, destacando-se a sua aplicação em investigações desenvolvidas nas áreas da Educação e da Saúde.

Relativamente à segunda questão de investigação, que procurou analisar a estabilidade da estrutura original de dois fatores da GAAIS (atitudes positivas e atitudes negativas) em diferentes contextos culturais, os resultados corroboram a robustez deste modelo bidimensional. Embora tenham sido identificadas adaptações e reduções pontuais na extensão da escala, variando entre 10 e 19 itens, com o objetivo de otimizar o seu desempenho psicométrico em amostras específicas, a estrutura conceptual subjacente manteve-se consistente. Esta estabilidade foi sustentada pelos resultados das Análises Fatoriais Confirmatórias (CFA) reportadas nos estudos analisados, que evidenciaram índices de ajustamento satisfatórios. Em conjunto, estes resultados sugerem que, independentemente das adaptações culturais ou do número de itens retidos, a GAAIS preserva a sua estrutura fatorial e apresenta evidências consistentes de validade de construto.

No que concerne à terceira questão, sobre que evidências de fiabilidade e validade têm sido reportadas nas validações da GAAIS, os dados sintetizados evidenciaram propriedades psicométricas globalmente robustas da escala. A consistência interna revelou-se elevada e estável em diferentes contextos culturais. Estes resultados foram acompanhados por evidências consistentes de validade de construto, convergente e discriminante. Adicionalmente, observaram-se evidências de validade nomológica, refletidas em padrões de correlação teoricamente consistentes: as atitudes positivas associaram-se a variáveis favoráveis à adoção da IA (e.g., prontidão tecnológica, literacia digital e uso de IA generativa), enquanto as negativas se relacionaram com dimensões de resistência, como a ansiedade tecnológica e o ceticismo.

A quarta questão de investigação, que comparou a versão integral da GAAIS (20 itens) com as suas versões abreviadas, permitiu identificar duas abordagens na literatura. Por um lado, alguns estudos optaram pela redução do número de itens, com o objetivo de aumentar a eficiência e a parcimónia do instrumento, como observado na *Short GAAIS-*

10 desenvolvida no Reino Unido e na versão de 16 itens validada em Espanha. Por outro lado, várias adaptações mantiveram os 20 itens originais, privilegiando a preservação da abrangência conceptual e da validade de conteúdo da escala, como verificado na Alemanha, Chipre, Hungria e Itália. Independentemente da estratégia adotada, os estudos analisados reportaram indicadores psicométricos satisfatórios, sugerindo que tanto as versões abreviadas como a versão integral constituem alternativas válidas para a avaliação das atitudes face à IA.

Relativamente à quinta questão de investigação, os resultados evidenciaram a inexistência de uma adaptação e validação formal da GAAIS para a população portuguesa. Esta lacuna limita a disponibilidade de instrumentos validados para a avaliação das atitudes face à inteligência artificial em Portugal e dificulta a comparação dos resultados nacionais com os obtidos noutros contextos culturais. Neste sentido, a evidência sintetizada nesta revisão fornece um conjunto de orientações metodológicas e psicométricas relevantes para uma futura adaptação transcultural e validação da GAAIS no contexto português.

Não obstante, o presente estudo apresenta algumas limitações. Em particular, a evidência internacional disponível assenta predominantemente em amostras académicas e de conveniência, o que poderá limitar a generalização dos resultados a grupos populacionais com níveis mais reduzidos de literacia digital ou menor exposição às tecnologias emergentes. Neste sentido, futuras investigações deverão privilegiar a utilização de amostras probabilísticas e mais diversificadas na aplicação da GAAIS, bem como o desenvolvimento de estudos longitudinais que permitam analisar a estabilidade temporal das atitudes face à inteligência artificial e a sua evolução em função das transformações tecnológicas e sociais.

Em conclusão, os resultados desta revisão evidenciam a relevância de uma adaptação e validação da GAAIS para o contexto português, contribuindo para colmatar uma lacuna identificada na literatura. A disponibilização de um instrumento validado para a população portuguesa poderá constituir um recurso importante para a investigação e para a prática da psicologia, particularmente num contexto de crescente integração de soluções baseadas em inteligência artificial, como sistemas de triagem digital e agentes conversacionais. Além disso, permitirá aprofundar o conhecimento sobre fatores

psicológicos associados à adoção destas tecnologias, incluindo atitudes, receios e formas de resistência, contribuindo para uma implementação mais informada, ética e centrada no bem-estar dos utilizadores.

5. Agradecimentos

As autoras expressam o seu sincero agradecimento aos Doutores Astrid Schepman e Paul Rodway pela autorização concedida para a adaptação transcultural da *General Attitudes towards Artificial* Intelligence *Scale* (GAAIS), bem como pela partilha científica de literatura recente que contribuiu de forma significativa para o rigor metodológico desta revisão.

6. Referências Bibliográficas

Alfeir, N. M. (2024). Dimensions of artificial intelligence on family communication. *Frontiers in Artificial Intelligence*, *7*, 01–10. https://doi.org/10.3389/frai.2024.1398960

Al-Shumrani, M. M. (2025). Factorial Structure and Measurement Invariance of the General Atitudes Toward Artificial Intelligence Scale for University Students. *Qubahan Academic Journal*, *5*(2), 34–48. https://doi.org/10.48161/qaj.v5n2a1672

Arees, Z., Guntín, S., Fariña, F., & Novo, M. (2025). Spanish Adaptation and Validation of the General Attitudes Towards Artificial Intelligence Scale (GAAIS). *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, *15*(11), 1–17. https://doi.org/10.3390/ejihpe15110230

Azman, N. A., Rasudin, N. S., Ismail, R., Abdul Ghafar, N., Shohaimi, S., Ahmad, N. S., & Abdul Hamid, N. (2025). Validation of the Bahasa Malaysia Version of the General Attitudes Towards Artificial Intelligence Scale Among Academicians. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, *32*(5), 103–114. https://doi.org/10.21315/mjms-05-2025-336

Cicero, L., Russo, A., Di Stefano, G., & Zammitti, A. (2025). The General Attitudes towards Artificial Intelligence Scale (GAAIS): Validation and psychometric

properties analysis in the Italian context. *BMC Psychology*, *13*(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/s40359-025-02935-2

Elsman, E. B. M., Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Beaton, D., Butcher, N. J., Gagnier, J. J., Tricco, A.C., Aiyegbusi, O. L. A., Berardi, A., Farmer, J., Haywood, K. L., Krause, K. R., Mayo-Wilson, E., Mehdipour, A., Szatmari, P., Touma, Z., Hofstetter, C., Markham, S., Ricketts, J., … Offringa, M. (2024). *PRISMA - COSMIN: Guideline for reporting systematic reviews of outcome measurement instruments: Explanation & elaboration*.

Huang, M.-H., & Rust, R. T. (2021). A strategic framework for artificial intelligence in marketing. *Journal of the Academy of Marketing Science*, *49*(1), 30–50. https://doi.org/10.1007/s11747-020-00749-9

Huang, Y., Jiang, S., & Gong, Z. (2025). Validity and Reliability of the Chinese Version of General Attitudes towards Artificial Intelligence Scale. *International Journal of Human–Computer Interaction*, *41*(20), 12884–12894. https://doi.org/10.1080/10447318.2025.2465868

Kasinidou, M., Kleanthoys, S., & Otterbacher, J. (2025). Cypriot teachers' digital skills and attitudes towards AI. *Discover Education*, *4*(1). https://doi.org/10.1007/s44217-024-00390-6

Kaya, F., Aydin, F., Schepman, A., Rodway, P., Yetişensoy, O., & Demir Kaya, M. (2024). The Roles of Personality Traits, AI Anxiety, and Demographic Factors in Attitudes toward Artificial Intelligence. *International Journal of Human–Computer Interaction*, *40*(2), 497–514. https://doi.org/10.1080/10447318.2022.2151730

Markova, E., & Yordanova, G. (2025). Measuring the general public artificial intelligence attitudes and literacy: Measurement scales validation by national multistage omnibus survey in Bulgaria. *Computers in Human Behavior: Artificial Humans*, *5*, 100193. https://doi.org/10.1016/j.chbah.2025.100193

Montag, C., & Ali, R. (2025). Can We Assess Attitudes Toward AI with Single Items? Associations with Existing Attitudes Toward AI Measures and Trust in ChatGPT.

Journal of Technology in Behavioral Science. Scopus. https://doi.org/10.1007/s41347-025-00481-7

Rózsa, S., Bandi, S., Hartung, I., Török, I. A., Varga, J. É., Somlai, E. H., Herold, R., & Kállai, J. (2025). General Attitudes towards Artificial Intelligence Scale (GAAIS): Hungarian adaptation and links to personality traits. *Frontiers in Psychology*, *16*, 1703750. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1703750

Sacco, F., Manzi, F., Di Dio, C., Schepman, A., Rodway, P., Massaro, D., & Marchetti, A. (2025). Validation of the general attitudes towards Artificial Intelligence Scale in the Italian context and the role of trust. *Computers in Human Behavior Reports*, *19*. Scopus. https://doi.org/10.1016/j.chbr.2025.100751

Şahin, M. G., & Yıldırım, Y. (2024). The general attitudes towards artificial intelligence (GAAIS): A meta-analytic reliability generalization study. *International Journal of Assessment Tools in Education*, *11*(2), 303–319. https://doi.org/10.21449/ijate.1369023

Schepman, A., & Rodway, P. (2020). Initial validation of the general attitudes towards Artificial Intelligence Scale. *Computers in Human Behavior Reports*, *1*, 01–13. https://doi.org/10.1016/j.chbr.2020.100014

Schepman, A., & Rodway, P. (2023). The General Attitudes towards Artificial Intelligence Scale (GAAIS): Confirmatory Validation and Associations with Personality, Corporate Distrust, and General Trust. *International Journal of Human–Computer Interaction*, 01–18. https://doi.org/10.1080/10447318.2022.2085400

Schepman, A., & Rodway, P. (2026). Validation of the Short General Attitudes Towards Artificial Intelligence Scale: The Short GAAIS-10. *International Journal of Human–Computer* Interaction, 1–17. https://doi.org/10.1080/10447318.2025.2610446

Seo, Y. H., & Ahn, J.-W. (2022). The validity and reliability of the Korean version of the General Attitudes towards Artificial Intelligence Scale for nursing students. *The*

Journal of Korean Academic Society of Nursing Education, *28*(4), 357–367. https://doi.org/10.5977/jkasne.2022.28.4.357

Stein, J., Messingschlager, T., Gnambs, T., Hutmacher, F., & Appel, M. (2024). Attitudes towards AI: Measurement and associations with personality. *Scientific Reports*, *14*(1), 01–16. https://doi.org/10.1038/s41598-024-53335-2

Tien, L. M. (2024). Exploring undergraduate students' general attitudes towards Artificial Intelligence: A perspective from Vietnam. *Journal of Language and Cultural Education*, *12*(3), 16–22. https://doi.org/10.2478/jolace-2024-0014

Turan, M., & Cengiz, Z. (2025). Nursing Students' General Attitudes Towards Artificial Intelligence Scale (NGAAIS): A Turkish validity and reliability study. *Nurse Education in Practice*, *88*. Scopus. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2025.104574

Yamaguchi, Y., Hashimoto, C., & Saito, N. (2025). GAAIS-J: Translation and Validation of the Japanese Version of the General Attitudes Toward Artificial Intelligence Scale. *Behavioral Sciences*, *15*(12), 1668. https://doi.org/10.3390/bs15121668

Coping Strategies Questionnaire in Primary Dysmenorrhea: psychometric properties

Matilde Patrone[1], Marta Uva[2], Marta G. Porto[3], Filipa Pimenta[2]

[1] Ispa – Instituto Universitário, Lisbon, Portugal

[2] William James Center for Research, Ispa – Instituto Universitário, Lisbon, Portugal

[3] Universidade Europeia, Lisbon, Portugal

Autor Correspondente: Matilde Patrone. **E-mail:** matildempatrone@gmail.com

Introdução: A Dismenorreia Primária (DP) é a queixa ginecológica mais reportada entre as mulheres. Uma boa avaliação da DP exige uma abordagem biopsicossocial estruturada e sustentada. Apesar da relevância das estratégias de coping cognitivas e comportamentais na experiência da DP, não existe até ao momento nenhum instrumento específico que avalia estas estratégias utilizadas pelas mulheres. Este estudo visou analisar psicometricamente o Coping Strategies Questionnaire in Primary Dysmenorrhea (CoPDy-Q), baseado no Common Sense Model. **Métodos:** Participaram 655 jovens adultas dos 18 aos 25 anos, que reportam dor menstrual. Dividiu-se aleatoriamente a amostra em 2 grupos e realizou-se uma Análise Fatorial Exploratória (n=347) seguida de uma Análise Fatorial Confirmatória (n=308). Aferiu-se a fiabilidade interna através do Alpha de Cronbach e do Ômega McDonald's. **Resultados**: A versão final do CoPDy-Q ficou composta por 17 itens distribuídos por 4 fatores (tendo sido um excluído por fiabilidade inaceitável). Apresentou uma estrutura multidimensional estável, com bons índices de ajustamento (GFI =.96; SRMR =.09; CFI =.94; TLI =.92; RMSEA =.10) e uma aceitável fiabilidade interna (.48 ≤ α ≤ .87; .42 ≤ ω ≤ .82). **Discussão**: O CoPDy-Q com 4 fatores revelou ser uma medida válida e robusta para aferir as estratégias de coping na DP, contribuindo para avaliar a gestão biopsicossocial desta condição e ajudar na prática clínica centrada nas necessidades de cada mulher.

Palavras-chave: Dismenorreia Primária; Coping Cognitivo; Coping Comportamental; Validação Psicométrica; Autorregulação.

Introduction: Primary Dysmenorrhea (PD) is the most frequently reported gynecological complaint among women. A proper assessment of PD requires a structured and sustained biopsychosocial approach. Despite the relevance of cognitive and behavioural coping strategies in the experience of PD, there is currently no specific instrument assessing these strategies used by women. This study aimed to psychometrically analyze the Coping Strategies Questionnaire in Primary Dysmenorrhea (CoPDy-Q), based on the Common Sense Model. **Methods:** A total of 655 young adult women aged 18–25 years who reported menstrual pain participated in the study. The sample was randomly divided into two groups, and an Exploratory Factor Analysis (n = 347) was conducted, followed by a Confirmatory Factor Analysis (n = 308). Internal reliability was assessed using Cronbach's Alpha and McDonald's Omega. **Results:** The final version of the CoPDy-Q consisted of 17 items distributed across 4 factors (one factor was excluded due to

unacceptable reliability). It demonstrated a stable multidimensional structure, with good model fit indices (GFI =.96; SRMR =.09; CFI =.94; TLI =.92; RMSEA =.10) and acceptable internal reliability (.48 ≤ α ≤ .87; .42 ≤ ω ≤ .82). **Discussion:** The CoPDy-Q, comprising 4 factors, proved to be a valid and robust measure for assessing coping strategies in PD, contributing to the evaluation of the biopsychosocial management of this condition and supporting clinical practice centered on each woman's individual needs.

Keywords: Primary Dysmenorrhea; Cognitive Coping; Behavioural Coping; Psychometric Validation; Self-Regulation.

1. Introduction

Primary Dysmenorrhea (PD) is characterized by pelvic pain of uterine origin which occurs immediately before or during menstruation, in the absence of any identifiable pelvic pathology (Bernardi et al., 2017). The pain can last between 8-72 hours and is often accompanied by other symptoms such as nausea, headaches, fatigue, and gastrointestinal symptoms (Chen et al., 2018; Ní Chéileachair et al., 2022).

Primary Dysmenorrhea represents an important public health problem, characterizing itself as one of the most prevalent gynecological conditions among women of reproductive age (Burnett & Lemyre, 2017). Its prevalence varies between 16% and 91% worldwide (Fernandez-Martinez et al., 2019; Jawad et al., 2021; Ní Chéileachair et al., 2022; Tsonis et al., 2021) and is between 62.8% and 88.3% in Portugal (Marques et al., 2022; Rodrigues et al., 2011). Despite this high incidence, its actual prevalence is underestimated, as only a small part of women (11%-40%) seek medical help (Ní Chéileachair et al., 2022; Rodrigues et al., 2011).

Its etiology involves the excessive production of prostaglandins, responsible for intense and disordered uterine contractions, which cause an increase in pain perception (Pulkkinen, 1983). The intensity of PD ranges from mild, moderate, and severe, with one-third to one-half of women reporting moderate and severe symptoms (Burnett & Lemyre, 2017). However, the intensity and expression of pain vary substantially among women, reflecting the interaction of biological, hormonal, psychological, and sociocultural factors (Moraes et al., 2025).

The impact of PD is multidimensional, affecting physical, emotional, social, academic, and economic well-being, including poorer quality of life, higher school and work absenteeism, and symptoms of anxiety, depression, and perceived stress (Drejza et al., 2024; Fernandez-Martinez et al., 2019; Li et al., 2023). Sexual function may also be compromised, with some women reporting dyspareunia (pelvic pain associated with sexual activity) and decreased satisfaction (Hjorth et al., 2021; Reina et al., 2025).

In this sense, given the recurrent nature of pain, women resort to multiple Self-Regulation Strategies to manage symptoms and minimize the impact of PD on their daily lives. These strategies can be functional (e.g., seeking medical help and asking for social support) or dysfunctional (e.g., not seeking medical help when needed, and excessive self-medication) (Fernández-Martínez et al., 2022; Jawad et al., 2021; Ní Chéileachair et al., 2022; Tassyabela et al., 2024). The type of Self-Regulation Strategies used is often associated with individual and contextual factors (Tassyabela et al., 2024).

Despite the relevance of coping strategies in the experience of menstrual pain, there is so far no specific instrument that evaluates Self-Regulation Strategies used by women with primary dysmenorrhea. Existing research has used generic instruments, such as the *Brief COPE* (Carver, 1997), which does not contemplate the biopsychosocial specificities (e.g., mood swings and absenteeism) of PD. This methodological gap limits the understanding of coping strategies and hinders the development of interventions adapted to the female reality. Thus, this study is based on the Common Sense Model of Self-Regulation (CSM), developed by Leventhal et al. (1980; 2003). According to this model, individuals form cognitive and emotional representations of their health conditions, which guide the way they perceive, evaluate and respond to symptoms. These representations directly influence the selection of coping strategies and the subsequent adjustment in a dynamic process of self-regulation. Thus, the way a woman interprets menstrual pain in terms of identity, cause, consequences, duration and controllability, determines the strategies she adopts to deal with pain.

In this sense, the main objective of the present study is to develop and validate an instrument to evaluate coping strategies in PD, theoretically based on the CSM. This instrument aims to capture the cognitive and behavioural dimensions involved in the management of menstrual pain, and, consequently, support the development of clinical

and educational interventions aimed at promoting menstrual health and female well-being.

2. Methods

2.1 Design

This is a methodological, observational, cross-sectional, descriptive, and correlational study, and was conducted in a non-probabilistic sample.

2.2 Participants

The initial sample consisted of 716 young adult women. After applying the inclusion criteria (1) having a female reproductive system and regular menstruation, 2) experiencing menstrual pain affecting the abdominal, lumbar, or pelvic region, and 3) being between 18 and 25 years) and the exclusion criteria (1) being pregnant or having given birth within the past six months and 2) having any pathology or infection of the reproductive organs, e.g., cervical or ovarian cancer, endometriosis, adenomyosis, polycystic ovary syndrome, uterine polyps, uterine fibroids, recurrent candidiasis, bacterial vaginosis, recurrent urinary tract infection, among others), the final sample comprised 655 young adult women (M_{age} = 21.36 years, SD_{age} = 2.24).

2.3 Measures

2 self-report questionnaires were applied.

Sociodemographic and Primary Dysmenorrhea Characterization Questionnaire (SDPDC-Q). The SDPDC-Q comprises 19 items across two sections: 1) Sociodemographic information's and 2) Characterization of health and dysmenorrhea. Its conditional structure allows early termination in cases of pregnancy, gynecological diagnosis, absence of menstrual pain, or menstrual irregularity. The first section covers age, weight, height, nationality and relational status. The second section addresses recent pregnancy or childbirth, physical activity, smoking, alcohol consumption, prior gynecological diagnosis, age at menarche, classified according to clinical intervals for early, normal, and late onset (WHO, 2023), and menstrual flow intensity, assessed semi-quantitatively based on average daily pad/tampon use per the Pictorial Blood Loss Assessment Chart (Higham et al., 1990). Associated concomitant symptoms are also explored (Karout et al., 2012), and pain intensity is measured using the Numeric Rating

Scale (NRS; 0–10). The section concludes with items on menstrual regularity and family history of dysmenorrhea, the latter reflecting the genetic predisposition frequently observed among first-degree relatives (Sundell et al., 1990).

Coping Strategies Questionnaire in Primary Dysmenorrhea (CoPDy-Q). The CoPDy-Q is a self-report instrument and was developed to assess the cognitive, behavioural self-management strategies used by women to cope with primary dysmenorrhea. The instrument was developed from an exhaustive review of national and international scientific literature on coping in PD, integrating the most frequently reported strategies, based on the guidelines of Burnett and Lemyre (2017) and Lefebvre et al. (2005), and grounded in Leventhal's CSM. Items 1-17, 20-22, 24-25 and 27-28 are evaluated on a 5-point Likert scale (1 – Never to 5 – Always), reflecting the frequency with which the participant resorts to each strategy during dysmenorrhea episodes. Items 18-19, 23 and 26 are evaluated on a 5-point Likert scale (1 – Strongly disagree to 5 – Strongly agree), reflecting the degree of agreement with that statement. The total score can be obtained by dimension (average of the items). Higher scores in each subscale indicate greater frequency or agreement with the corresponding strategies or beliefs. Items 1, 18-24, and 26 were reverse-scored to align their directionality with the global construct of the scale, ensuring that higher scores consistently reflect greater frequency or agreement with coping-oriented behaviours. The scale is designed to be self-administered, easy to understand, and suitable for women of reproductive age with a clinical diagnosis or self-perception of primary dysmenorrhea.

2.4 Procedure

Data were collected between November 2025 and February 2026 through online recruitment via social media (Instagram, WhatsApp, and LinkedIn).

The development of the questionnaire followed a three-phase process. In the first phase, questionnaire items were generated based on a review of the literature and existing clinical guidelines related to PD, as described above. This process aimed to ensure comprehensive coverage of the relevant domains and alignment with clinical and scientific evidence. In the second phase, the questionnaire was constructed by organizing and refining the generated items into a coherent instrument. In the third phase, the questionnaire was reviewed by a multidisciplinary team, including two health

psychologists with expertise in beliefs, coping strategies, and behaviour change. This review focused on the relevance, clarity, and conceptual adequacy of the items and the overall structure of the questionnaire.

2.5 Data analysis

All data analyses were conducted with R 4.5.1 statistical software (R Core Team), via RStudio. Descriptive statistics, namely the mean (*M*), standard deviation (*SD*), minimum (*Min*), maximum (*Max*), skewness (*Sk*), and kurtosis (*Ku*), were calculated to examine the distributional characteristics of the CoPDy-Q items, using the multivariate normality (MVN) library (Korkmaz et al., 2014). Severe deviations from normality were assumed when items showed absolute $|Sk| > 3$ and $|Ku| > 7$ (Marôco, 2021).

The total sample (N = 655) was randomly split into two subsamples to ensure the stability and validity of the factor structure. The first subsample (n = 347) was used to perform an Exploratory Factor Analysis (EFA) and the second subsample (n = 308) was reserved for a Confirmatory Factor Analysis (CFA).

To explore evidence of validity based on internal structure (AERA, APA, & NCME, 2014), EFA was performed to identify the latent structure of the CoPDy-Q, using the psych library in R (Revelle, 2023). Sample adequacy was verified through the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure and Bartlett's test of sphericity, with KMO values above .80 considered indicative of very good sampling adequacy (Marôco, 2021). To determine the number of factors to retain, a Scree Plot was conducted, prioritizing these robust methods over the Kaiser criterion, as recommended by Gaskin and Happell (2014). Factor extraction was carried out using Principal Axis Factoring (PAF), followed by an Oblimin rotation to allow for potential correlations between factors (Costello & Osborne, 2005; Marôco, 2021). The factor correlation matrix was inspected to ensure discriminant validity, with correlations between factors expected to be below .85 (Clark & Watson, 1995; Marôco, 2021). This also justified the use of an oblique rotation, as the factors were assumed to be conceptually related and expected to be empirically correlated. Items were retained based on factor loadings (λ) $\geq$.40 (Hair et al., 2019). Items were also evaluated for cross-loadings, with a required minimum difference of .20 between the primary and secondary factor loadings for an item to be retained (Marôco, 2021). Additionally, communalities (h^2) were monitored to ensure that a significant proportion of each item's

variance was explained by the latent structure, with values above .30 considered acceptable (Hair et al., 2019; Marôco, 2021). Finally, the model's quality was assessed by the total explained variance, and the internal consistency of the emerging factors was evaluated using Cronbach's alpha, with values above .70 considered acceptable (Marôco, 2021).

The second subsample (n = 308) was used to conduct a CFA to test the structural model identified in the EFA, using *lavaan* package (Rosseel, 2012). Given the ordinal nature of the data, the Diagonally Weighted Least Squares (DWLS) estimation method was employed, using the lavaan package (Marôco, 2021). Model fit was evaluated using several indices: the Comparative Fit Index (CFI), the Tucker-Lewis Index (TLI), the Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), and the Standardized Root Mean Square Residual (SRMR). Following the criteria of Marôco (2021) and Byrne (2016), values of CFI and TLI ≥.90, and RMSEA and SRMR ≤.08 were considered indicative of an acceptable fit. Potential model refinements were guided by Modification Indices (MI) > 11 ($p < .001$) and theoretical justification for error correlations. To assess convergent validity of the internal structure, the Average Variance Extracted (AVE) was calculated, with values ≥.50 being considered adequate (Fornell & Larcker, 1981). Discriminant validity was confirmed if the AVE for each factor exceeded the squared correlations between factors.

Measurement invariance of the CoPDy-Q model was evaluated using Multigroup Confirmatory Factor Analysis (MGCFA). A series of hierarchically nested models were estimated to test increasingly restrictive levels of measurement invariance, namely, configural, metric, scalar, and strict invariance, across three groups defined by pain intensity: mild, moderate, and severe (Putnick & Bornstein, 2016). All analyses were performed employing the Diagonally Weighted Least Squares estimator (DWLS), as this estimator is recommended for ordinal data (Marôco, 2024). Invariance was assumed when the absolute value of the change in Comparative Fit Index (|ΔCFI|) was less than .010 (Cheung & Rensvold, 2002), and the absolute value of the change in RMSEA (|ΔRMSEA|) was less than .02 (Rutkowski & Svetina, 2014).

Finally, sample size estimation followed the recommendations of Boateng et al. (2018), suggesting 10 participants per item. For the 28 items in the instrument, a minimum

of 280 participants was required. However, the final sample included 655 (347 EFA group; 308 CFA group) participants, exceeding this recommendation, strengthening the analyses.

3. Results

3.1 Clinical sample characterization

Among the 655 women with PD included in this study, the most frequent ages being 18 (15.3%) and 22 (15.3%), and vast majority were of Portuguese nationality (96.9%). Regarding body composition, most participants had a healthy weight (70.7%), though 18.9% were classified as having overweight or obesity. Regarding lifestyle and health behaviours, tobacco consumption was low (9.6%), while alcohol consumption was mostly rare (43.7%) or occasional (32.2%). Remarkably, physical activity levels were varied, with 46.1% of the sample exercising 1 to 2 days per week, while 30.4% reported no physical activity. The sociodemographic characteristics of participants are in table 1.

Table 1

Sociodemographic characteristics of participants

Characteristics	Women with PD (*n*=655)	
	n	%
Age (in years)		
18	100	15.3
19	62	9.5
20	87	13.3
21	88	13.4
22	100	15.3
23	75	11.5
24	78	11.9
25	65	9.9
Body Mass Index		
Underweight	68	10.4
Healthy weight	463	70.7
Overweight	92	14.0

Obesity	32	4.9
Nationality		
Portuguese	635	96.9
Brazilian	8	1.2
Other	12	1.8
Relational status		
In a relationship	313	47.8
Single	342	52.2
Tobacco consumption		
Yes	63	9.6
No	592	90.4
Alcohol consumption		
Never	129	19.7
Rarely	286	43.7
Occasionally	211	32.2
Weekly	29	4.4
Frequency of physical activity or exercise in days per week		
0	199	30.4
1-2	302	46.1
3-4	117	17.9
5-6	29	4.4
7	8	1.2

Note. PD = Primary Dysmenorrhea

In terms of clinical characteristics related to Menstrual-related characteristics (Table 2), more than half of the sample (57.7%) had their menarche between the ages of 12 and 14, and 69% reported a menstrual cycle length of more than 31 days. A significant proportion of the women (57.1%) reported a menstruation duration of 6-7 days, and 66.9% characterized their menstrual flow as abundant. Notably, the experience of pain was predominantly moderate to severe (82.1%) and an history of PD in the family was reported by 63.7% of the participants.

Table 2

Clinical sample characteristics of participants

Characteristics	Women with PD (*n*=655)	
	n	%
Age of menarche in years		
<9	12	1.8
9-11	1	0.2
12-14	378	57.7
15-16	18	2.7
>16	246	37.6
Average menstrual cycle length in days		
<21	46	7.0
21-30	62	9.5
>31	452	69.0
Irregular	95	14.5
Average duration of menstruation		
<2	1	0.2
2-3	24	3.7
4-5	56	8.5
6-7	374	57.1
>7	200	30.5
Menstrual flow (based on the number of pads/tampons per cycle)		
Scarce (1-2)	145	22.1
Normal (3-4)	72	11.0
Abundant (>5)	438	66.9
Pain intensity		
Mild	117	17.9
Moderate	334	51.0
Severe	204	31.1
History of PD in the family		
Yes	417	63.7
No	238	36.3

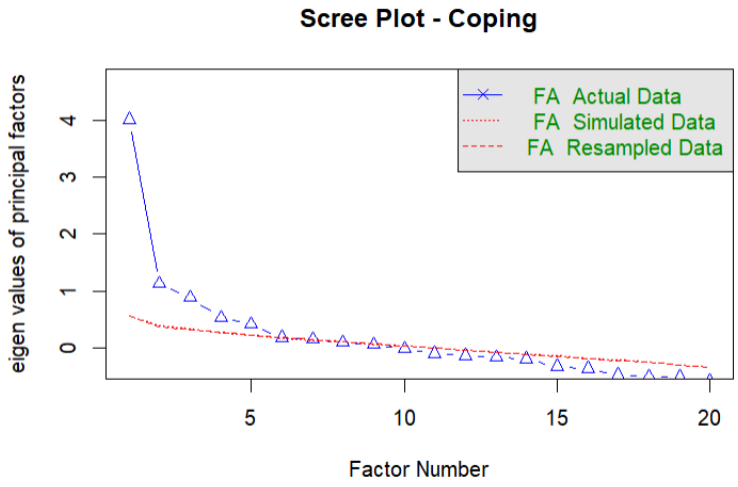
Note. PD = Primary Dysmenorrhea

3.2 Validity evidence based on the internal structure

The Scree Plot (Figure 1) indicated a five-factor solution, with the first five eigenvalues exceeding those generated by actual data.

Figure 1

Scree Plot of the factors of the CoPDy-Q



Factor loadings for the analysed items ranged from .392 to .926. Specifically, CP-1 (.393) and CP-3 (.392) presented loadings very close to the .40 threshold. Communalities (h^2), items CP-1 (.211), CP-3 (.198), CP-4 (.264), and CP-17 (.224) were below .30. Regarding to internal consistency, the scale demonstrated strong internal consistency except Factor 5, with a total Cronbach's alpha of 0.54. However, certain subscales yielded lower coefficients: Factor 2 presented a marginally acceptable value of 0.67, while Factor 5 showed the lowest reliability at 0.54. The total variance explained by the five-factor model was 41.7%. All of these results are shown in Table 3.

Table 3

Factor loadings, communalities, variance, and Cronbach's alpha of the CoPDy-Q

Item	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	h^2	Total
CP-2	.393					.211	

CP-5	.514					.304	
CP-6		.392				.198	
CP-7		.485				.264	
CP-8	.646					.402	
CP-10	.529					.399	
CP-11		.779				.622	
CP-12		.647				.449	
CP-14					.588	.360	
CP-15	.592					.521	
CP-16	.592					.470	
CP-17					.502	.308	
CP-18				.771		.618	
CP-19				.705		.537	
CP-20			.926			.868	
CP-21			.621			.411	
CP-24	.465					.224	
CP-25	.713					.586	
CP-26	.601					.540	
Variance %	15.7	8	7	6.2	4.7		41.7%
Cronbach's α	.82	.67	.75	.72	.54		

3.2.1 Dimensionality

3.2.1.1 Items' distributional properties

Descriptive statistics (Table 4, Appendix A) confirmed normal data distribution, with skewness and kurtosis within acceptable ranges ($-1.15 \leq Sk \leq 1.45$; $-1.34 \leq Ku \leq 1.42$).

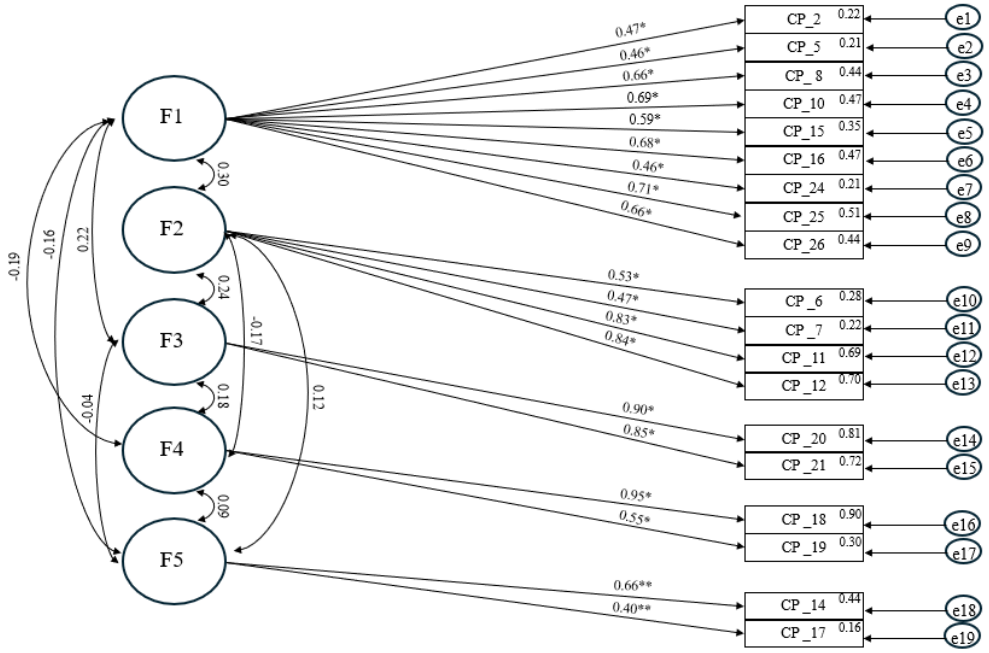
3.2.1.2 Factor related validity evidence

The measurement model for the coping scale is presented in Figure 2. The structural validity of the CoPDy-Q was examined through a CFA. The measurement model demonstrated an overall acceptable fit to the data, with indices meeting the established psychometric thresholds (GFI =.96; SRMR =.09; CFI =.93; TLI =.92; RMSEA =.09, $p < .001$; 90% CI = [.082, .100]). Regarding the factor solution, the all items exhibited

adequate standardized factor loadings (λ≥.40). However, items CP2 (λ= .47), CP5 (λ= .46), CP7 (λ = .47), CP17 (λ= .40) and CP24 (λ= .46), showed loadings above the threshold of .40 (.40 ≥ λ ≥ .47). Despite this, these items were retained to preserve the theoretical breadth of the coping construct. In terms of individual reliability, several items showed values marginally below the ideal reference point (r^2≥.25), CP2 (r^2 =.22), CP5 (r^2 =.21), CP7 (r^2 =.22), CP17 (r^2 =.16) and CP24 (r^2 =.21).

Figure 2

Confirmatory Factor Analysis of the CoPDy-Q



Note. * p<.001 and **p≤.005; F1: Multimodal Reactive Coping, F2: Active Self-Care Coping, F3: Suppression of Pain Expression, F4: Passive Acceptance of Pain and F5: Maintenance of Functioning.

3.2.1.3 Internal consistency reliability

The internal consistency (Table 5) of the Multimodal Reactive Coping, Active Self-Care Coping, Suppression of Pain Expression and Passive Acceptance of Pain was satisfactory (.68 < α < .87; .71 < ω < .82). However, Maintenance of Functioning showed poor internal reliability (α=.48; ω=.42), falling significantly below the .70 threshold.

Table 5 – Internal Consistency of the CoPDy-Q

Factor	F1	F2	F3	F4	F5
Ordinal Cronbach's α	.83	.72	.87	.68	.48
McDonald's ω	.82	.74	.81	.71	.42

3.2.1.4 Convergent validity evidence

Regarding convergent validity, the Average Variance Extracted (AVE) was calculated for all factors. Factors Suppression of Pain Expression (F3; AVE = .767) and Passive Acceptance of Pain (F4; AVE = .607) showed robust convergent validity, exceeding the .50 threshold. While Multimodal Reactive Coping (F1; AVE = .394) and Self-Care Coping (F2; AVE = .475) presented values slightly below this cutoff, their respective composite reliability (omega) was above .70, which supports their retention. However, Maintenance of Functioning (F5; AVE = .316) demonstrated poor convergent validity, suggesting that a significant portion of its variance is attributable to measurement error.

Given the poor internal structure results concerning F5 (Maintenance of Functioning), this sub-scale was excluded from the following analysis.

3.2.1.5 Factor related validity evidence of the refined model

The measurement model for the coping scale is presented in Figure 3 (Appendix B). Evaluation of the measurement model indicated an acceptable overall fit GFI =.97; SRMR =.09; CFI =.93; TLI =.91; RMSEA =.09, $p < .001$; 90% CI = [.080, .100].

3.2.1.6 Measurement invariance of the CoPDy-Q

The measurement invariance of the CoPDy-Q model was assessed using MGCFA across three groups differing in pain intensity (mild, moderate and severe). The results demonstrated configural, metric, scalar, and strict measurement invariance across the three groups (Table 6), indicating that the factor structure of the CoPDy-Q is stable and consistent across different levels of pain intensity. Collectively, these findings provide robust support for the validity evidence based on the internal structure of the scale, while also addressing a limitation identified in previous research regarding the generalizability of the factor structure across groups differing in pain intensity.

Table 6

Measurement invariance of the CoPDy-Q

Model	χ^2	Df	CFI	RMSEA	$\Delta\chi^2$	ΔDf	P[$\Delta\chi^2$>]	ΔCFI	ΔRMSEA
Configural	812.64	339	.920	.080	—	—	—	—	—
Metric	915.54	365	.907	.083	102.898	26	<.001	-.013	.013
Scalar	920.81	427	.916	.073	5.269	62	1.000	.010	-.010
Strict	928.38	429	.915	.073	7.566	2	.023	-.001	.000

Note. Df = degrees of freedom; χ^2 = chi-square value; $\Delta\chi^2$ = difference in chi-square from the previous model; ΔDf = difference in degrees of freedom from the previous model; P[$\Delta\chi^2$>] = p-value for the chi-square difference test.

4. Discussion

This study aimed to develop and verify the psychometric properties of the CoPDy-Q, a new instrument to assess coping strategies specific for Primary Dysmenorrhea (PD). Although the scale captures the multidimensional nature of self-management strategies in PD, the five-factor model (Multimodal Reactive Coping, Active Self-Care Coping, Suppression of Pain Expression, Passive Acceptance of Pain and Maintenance of Functioning) did not reach adequate evidence of validity based on its internal structure, suggesting a need for future revision. In total, eleven items were removed from the scale, resulting in a final version composed of 17 items and four factors (Factor 5 excluded).

While the model demonstrated overall acceptable fit (GFI =.96; SRMR =.09; CFI =.93; TLI =.91; RMSEA =.09), the CFA highlighted that items CP2 (I take painkillers such as ibuprofen or paracetamol, recommended by the doctor, to control menstrual pain.), CP5 (I apply heat, like a hot water bottle, to the abdominal area to relieve menstrual pain.), CP7 (I exercise/ practice physical activity to relieve menstrual pain (ex: running, walking, swimming).), and CP24 (When menstrual pain is severe, I get angry or irritable.) showed individual reliability below the ideal threshold (r^2 < .25). This high response

dispersion across the sample suggests that these strategies may be driven by external or situational factors rather than the latent coping construct itself, reducing their power to discriminate between distinct coping profiles. For instance, the pharmacological use (CP2), heat therapy (CP5), and exercise (CP7), tend to be conventional or lifestyle-driven responses common to most women, regardless of their broader coping style. To address this response dispersion, future research should refine these items by "qualifying" the measurements rather than merely rewriting them. Instead of assessing only frequency (e.g., How often do you use analgesics?), the approach could include perceived efficacy (e.g., I feel that using analgesics is effective in controlling my menstrual pain). Additionally, specifying behavioural intentionality, such as clarifying if exercise is a general habit or a deliberate effort for menstrual pain relief, would reduce noise. These refinements, combined with a person-centred approach like Latent Profile Analysis (LPA), could improve the items ' discriminative power. Unlike variable-centred methods, LPA identifies distinct subgroups of individuals based on similar response patterns, rather than assuming the sample is homogeneous (Howard & Hoffman, 2018). Applied to the CoPDy-Q, this would help capture the heterogeneity of coping profiles among women with dysmenorrhea, going beyond simple mean-level comparisons.

The four-factor structure of the CoPDy-Q reflects the multidimensional nature of coping with PD described in the qualitative literature (Fernández-Martínez et al., 2022; Ní Chéileachair et al., 2022). The first factor (Multimodal Reactive Coping) captures the simultaneous activation of multiple immediate responses to acute pain, including analgesics, heat, postural adjustment, dietary regulation, and emotional reactions. This reflects the dynamic deployment of strategies within the CSM's coping loop (Leventhal et al., 2003). The second factor (Active Self-Care Coping) groups deliberate, health-promoting behaviours adopted proactively to manage menstrual symptoms. This aligns with a planful coping style where prior attempts are evaluated and controlled responses are selected (Leventhal et al., 2003), supporting the use of non-pharmacological interventions in PD (Li et al., 2024; Tsonis et al., 2021). The third factor (Suppression of Pain Expression) reflects the tendency to conceal menstrual pain from others due to fear of social judgment or anticipated dismissal. Clinically, this is crucial: by preventing social feedback that could update illness representations and motivate help-seeking, suppression may perpetuate a cycle of unaddressed pain (Leventhal et al., 2003; Ní Chéileachair et al., 2022). The fourth factor (Passive Acceptance of Pain) captures the cognitive appraisal

of dysmenorrhea as inevitable and unmodifiable. This reflect a self-regulatory loop where prior management attempts were deemed ineffective, leading to withdrawal from active coping and reduced motivation to seek professional support, consistent with the documented underutilization of healthcare services among women with PD (Chen et al., 2017; Leventhal et al., 2003).

Another critical finding is the low internal consistency and poor convergence of Maintenance of Functioning (Factor 5; $\alpha = .49$; $\omega = .42$) and the low Average Variance Extracted (AVE = .316). This indicates that the variance captured by this factor is lower than the variance due to measurement error, meaning Factor 5 requires significant refinement or potential exclusion. This instability suggests that the items do not yet form a cohesive conceptual unit for this Portuguese sample, potentially due to heterogeneous nature of coping behaviour in PD. Based on the CSM, coping with menstrual pain is often a "trial and error" process. A woman's response is highly dynamic: women may strive to "minimize the pain and carry on with tasks" during one cycle, yet find herself unable to "avoid missing work or classes" the next month due to fluctuating symptom intensity. This behavioural inconsistency prevents the items from "move together" consistently, resulting in poor internal reliability despite acceptable individual factor loadings. In this sense, to strengthen the construct and provide a more robust representation of "Maintenance of Functioning," two additional items are proposed to complement the existing ones (I try to minimize menstrual pain and carry on with my tasks and I avoid missing work/classes, even with strong menstrual pain): *"I strive to maintain my academic/professional performance by ignoring menstrual discomfort"* and *"I try not to let menstrual pain change my plans with friends or family."*. By expanding the factor to include these academic and social dimensions, the scale aims to better capture the active effort to maintain biopsychosocial normality despite the pain.

Regarding item directionality, items 24 and 26 were reverse-scored so that higher scores reflect a greater frequency of coping-oriented behaviors. Despite its negative valence, item 25 was retained in its original polarity. Crying in the context of menstrual pain represents an involuntary physiological response rather than a volitional coping strategy, inverting it would distort its clinical meaning (Vingerhoets & Bylsma, 2016). This distinction preserves the scale's psychometric integrity and its clinical precision by

differentiating somatic reactions from volitional coping, aligning with the CoPDy-Q's biopsychosocial framework.

Regarding measurement invariance, the MGCFA results demonstrated full measurement invariance of the CoPDy-Q across groups differing in pain intensity (mild, moderate, and severe; Putnick & Bornstein, 2016). Configural invariance was first established, confirming that the same factor structure holds across the three groups. Metric invariance was subsequently supported, indicating that the items reflect the underlying constructs with the same strength regardless of pain intensity level. Scalar invariance was also confirmed, suggesting that participants across the three groups interpret the response categories in a consistent manner, which is a prerequisite for meaningful latent mean comparisons. Finally, strict invariance was supported, indicating that the measurement error variances are equivalent across groups. Collectively, these findings demonstrate that the CoPDy-Q measures coping with dysmenorrhea in the same way across women with different pain intensity levels, supporting the use of this scale for cross-group comparisons in both research and clinical contexts.

Several limitations should be acknowledged. First, online convenience sampling via social media may have introduced selection bias, limiting the generalizability of the findings. Second, primary dysmenorrhea was self-reported without formal clinical confirmation, which may have inadvertently included cases of undiagnosed secondary dysmenorrhea. Third, the cross-sectional design does not allow for the assessment of coping stability across menstrual cycles. Fourth, self-report measures of coping may be subject to social desirability bias, particularly regarding the suppression of pain expression. Finally, the low reliability indices of Factor 5 limit its clinical interpretability in the current version of the scale, and caution is advised in its use until further validation is conducted.

To conclude, future studies should explore whether the actual four-factor or the revised five-factor model, is confirmed in larger and more diverse samples. Validity based on other variables should also be examined by correlating the CoPDy-Q with established instruments such like the Brief COPE. Latent Profile Analysis (LPA) should be considered to identify subgroups of women with distinct coping patterns, moving beyond a purely dimensional approach. Given that dysmenorrhea intensity fluctuates across

cycles, longitudinal designs are needed to assess the temporal stability of coping strategies and their variation over time. In this context, test-retest reliability across two time points should also be evaluated, using the intraclass correlation coefficient (ICC) with an interval of two to four weeks between administrations, as recommended for patient-reported outcome measures (Koo & Li, 2016; Terwee et al., 2007). Finally, measurement invariance testing across groups differing in age and education level would strengthen the generalizability of the factor structure.

Hence this study contributes with a theory-driven novel instrument to assess coping with DP, entailing different patterns of self-management strategies, with good psychometric characteristics, being a useful contribution for both clinical and research-related settings.

5. Funding

The authors declare that no funds, grants, or other support were received during the preparation of this manuscript.

6. Appendices

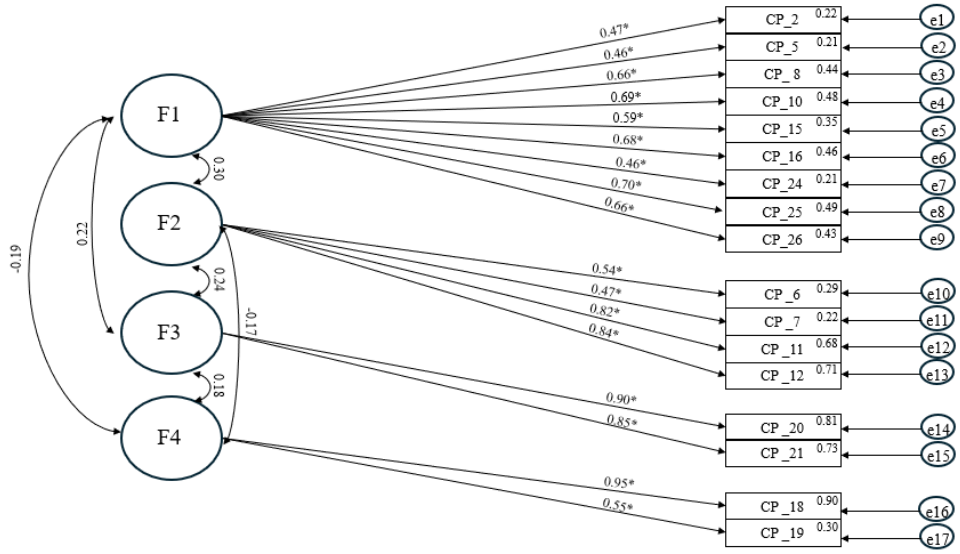
Appendix A – Table 4 – Descriptive Statistics for the CoPDy-Q items

Item	*M*	*SD*	*Sk*	*Ku*	*Min*	*Max*
CP-2	3.18	1.45	-0.17	-1.34	1	5
CP-5	3.19	1.39	-0.19	-1.22	1	5
CP-6	1.81	1.07	1.11	0.25	1	5
CP-7	1.70	0.98	1.45	1.42	1	5
CP-8	4.04	1.00	-1.01	0.71	1	5
CP-10	3.31	1.26	-0.30	-0.89	1	5
CP-11	2.79	1.20	-0.02	-1.01	1	5
CP-12	2.31	1.15	0.62	-0.38	1	5
CP-14	3.80	0.97	-0.45	-0.32	1	5
CP-15	3.32	0.98	-0.04	-0.50	1	5
CP-16	3.71	1.08	-0.75	0.05	1	5
CP-17	4.10	1.13	-1.15	0.39	1	5
CP-18	3.13	1.20	-0.26	-0.95	1	5

CP-19	3.02	1.16	-0.02	-1.07	1	5
CP-20	1.89	1.06	1.09	0.39	1	5
CP-21	2.05	1.21	0.98	-0.06	1	5
CP-24	3.67	1.06	-0.54	-0.28	1	5
CP-25	2.78	1.25	0.20	-0.95	1	5
CP-26	2.96	1.25	-0.07	-1.07	1	5

Note. *M* = Mean; *SD* = Standard Deviation; *Sk* = Skewness; *Ku* = Kurtosis; *Min* = Minimum; *Max* = Maximum

Appendix B – Measurement model oh the refined Coping scale



Note. * $p < .001$; F1: Multimodal Reactive Coping, F2: Active Self-Care Coping, F3: Suppression of Pain Expression and F4: Passive Acceptance of Pain.

Appendix C – Portuguese version of the Coping Strategies Questionnaire in Primary Dysmenorrhea Questionnaire (CoPDy-Q)

Durante os dias em que sente dor menstrual, indique com que frequência utiliza cada uma das seguintes estratégias para lidar com os sintomas da dor menstrual.

1. Costumo tomar medicamentos para aliviar a dor menstrual, que não foram recomendados por um médico. Item excluded from this study.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
5	4	3	2	1

2. Tomo analgésicos como ibuprofeno ou paracetamol, recomendados pelo médico, para controlar a dor menstrual.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

3. Utilizo contracetivos orais para reduzir a intensidade das dores menstruais. Item excluded from this study.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

4. Tomo chás naturais (ex: chá de gengibre, camomila) para aliviar a dor menstrual. Item excluded from this study.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

5. Aplico calor, como uma botija de água quente, na zona abdominal para aliviar a dor menstrual.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

6. Pratico técnicas de relaxamento (ex: meditação, alongamentos, ioga, relaxamento muscular, massagens) para reduzir a dor menstrual.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

7. Pratico exercício/atividade física para aliviar as dores menstruais (ex: corrida, caminhada, nadar).

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

8. Vou adotando posições específicas (como deitar-me de lado) até achar uma que me alivie a dor menstrual.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

9. Faço atividades prazerosas (como ver séries / filmes, ouvir música ou ler) para lidar com a dor menstrual. Item excluded from this study.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre

1	2	3	4	5

10. Testo diferentes formas de aliviar a dor menstrual até descobrir o que funciona melhor.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

11. Tento manter uma alimentação equilibrada (rica em frutas, vegetais e fibras) durante o período menstrual para reduzir a dor.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

12. Evito alimentos ultraprocessados, gordurosos ou muito açucarados quando estou com dores menstruais.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

13. Tomo suplementos durante a menstruação (como o gengibre, vitamina B1, vitamina D, ômega 3 e óleo de peixe) para ajudar a controlar a dor menstrual. Item excluded from this study.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

14. Tento minimizar as dores menstruais e seguir com as minhas tarefas.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

15. Quando tenho dores menstruais, procuro descansar, mexendo-me o menos possível.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

16. Procuro ficar mais tempo em casa quando tenho dor menstrual, por me sentir mais confortável.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

17. Evito faltar ao trabalho/aulas, mesmo com dor menstrual forte.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

18. Considero as dores menstruais uma parte normal de ser mulher.

Discordo totalmente	Discordo	Nem discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente
5	4	3	2	1

19. Acredito que a maior parte das mulheres passam pelo mesmo e que não há muito a fazer.

Discordo totalmente	Discordo	Nem discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente
5	4	3	2	1

20. Prefiro não falar sobre a dor menstrual com ninguém, porque as pessoas não iriam compreender.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
5	4	3	2	1

21. Evito mostrar a dor que sinto durante a menstruação, porque tenho receio do julgamento dos outros.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
5	4	3	2	1

22. Nunca procurei ajuda médica para as dores menstruais. Item excluded from this study.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
5	4	3	2	1

23. Acredito que os médicos não levam a sério as dores menstruais. Item excluded from this study.

Discordo totalmente	Discordo	Nem discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente
5	4	3	2	1

24. Quando a dor menstrual é forte, fico zangada ou irritada.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
5	4	3	2	1

25. Muitas vezes choro por não aguentar as dores menstruais.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

26. Acredito que a minha dor menstrual é insuportável.

Discordo totalmente	Discordo	Nem discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente
5	4	3	2	1

27. Falo com familiares ou amigos sobre as dores menstruais. Item excluded from this study.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

28. Quando tenho dores menstruais, peço ajuda a familiares ou amigos. Item excluded from this study.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

Appendix D – English version of the Coping Strategies Questionnaire in Primary Dysmenorrhea Questionnaire (CoPDy-Q)

During the days when you experience period pain, state how often you use each of the following strategies to cope with period pain symptoms.

1. I often take medications to relieve menstrual pain, which have not been recommended by a doctor. Item excluded from this study.

Never	Rarely	Sometimes	Frequently	Always
1	2	3	4	5

2. I take painkillers such as ibuprofen or paracetamol, recommended by the doctor, to control menstrual pain.

Never	Rarely	Sometimes	Frequently	Always
1	2	3	4	5

3. I use oral contraceptives to reduce the intensity of menstrual pain. Item excluded from this study.

Never	Rarely	Sometimes	Frequently	Always
1	2	3	4	5

4. I take natural teas (e.g. ginger tea, chamomile) to relieve menstrual pain. Item excluded from this study.

Never	Rarely	Sometimes	Frequently	Always

1	2	3	4	5

5. I apply heat, like a hot water bottle, to the abdominal area to relieve menstrual pain.

Never	Rarely	Sometimes	Frequently	Always
1	2	3	4	5

6. I practice relaxation techniques (e.g. meditation, stretching, yoga, muscle relaxation, massages) to reduce menstrual pain.

Never	Rarely	Sometimes	Frequently	Always
1	2	3	4	5

7. I exercise/ practice physical activity to relieve menstrual pain (ex: running, walking, swimming).

Never	Rarely	Sometimes	Frequently	Always
1	2	3	4	5

8. I adopt specific positions (such as lying on my side) until I find one that relieves my menstrual pain.

Never	Rarely	Sometimes	Frequently	Always
1	2	3	4	5

9. I do pleasurable activities (such as watching series/movies, listening to music or reading) to deal with menstrual pain. Item excluded from this study.

Never	Rarely	Sometimes	Frequently	Always
1	2	3	4	5

10. I test different ways to relieve period pain until I find what works best.

Never	Rarely	Sometimes	Frequently	Always
1	2	3	4	5

11. I try to maintain a balanced diet (rich in fruits, vegetables and fiber) during my period to reduce pain.

Never	Rarely	Sometimes	Frequently	Always
1	2	3	4	5

12. I avoid ultra-processed, fatty or very sugary foods when I have period pain.

Never	Rarely	Sometimes	Frequently	Always
1	2	3	4	5

13. I take supplements during my period (such as ginger, vitamin B1, vitamin D, omega 3, and fish oil) to help manage period pain. Item excluded from this study.

Never	Rarely	Sometimes	Frequently	Always
1	2	3	4	5

14. I try to minimize menstrual pain and get on with my tasks.

Never	Rarely	Sometimes	Frequently	Always
1	2	3	4	5

15. When I have period pain, I try to rest, moving as little as possible.

Never	Rarely	Sometimes	Frequently	Always
1	2	3	4	5

16. I try to stay at home longer when I have menstrual pain, because I feel more comfortable.

Never	Rarely	Sometimes	Frequently	Always
1	2	3	4	5

17. I avoid missing work/classes, even with severe menstrual pain.

Never	Rarely	Sometimes	Frequently	Always
1	2	3	4	5

18. I consider period pain a normal part of being a woman.

I totally disagree	Disagree	Neither disagree nor agree	I agree	I totally agree
1	2	3	4	5

19. I believe that most women go through the same thing and that there is not much to do.

I totally disagree	Disagree	Neither disagree nor agree	I agree	I totally agree
1	2	3	4	5

20. I prefer not to talk about menstrual pain with anyone, because people wouldn't understand.

Never	Rarely	Sometimes	Frequently	Always
1	2	3	4	5

21. I avoid showing the pain I feel during menstruation, because I'm afraid of the others judgment.

Never	Rarely	Sometimes	Frequently	Always
1	2	3	4	5

22. I never sought medical help for menstrual pain. Item excluded from this study.

Never	Rarely	Sometimes	Frequently	Always
1	2	3	4	5

23. I believe that doctors do not take menstrual pain seriously. Item excluded from this study.

I totally disagree	Disagree	Neither disagree nor agree	I agree	I totally agree

1	2	3	4	5

24. When menstrual pain is severe, I get angry or irritable.

Never	Rarely	Sometimes	Frequently	Always
1	2	3	4	5

25. I often cry because I can't stand the menstrual pain.

Never	Rarely	Sometimes	Frequently	Always
1	2	3	4	5

26. I believe that my menstrual pain is unbearable.

I totally disagree	Disagree	Neither disagree nor agree	I agree	I totally agree
1	2	3	4	5

27. I talk to family or friends about menstrual pain. Item excluded from this study.

Never	Rarely	Sometimes	Frequently	Always
1	2	3	4	5

28. When I have period pain, I ask family or friends for help. Item excluded from this study.

Never	Rarely	Sometimes	Frequently	Always
1	2	3	4	5

7. References

American Educational Research Association (AERA), American Psychological Association (APA), & National Council on Measurement in Education (NCME). (2014). *Standards for educational and psychological testing*. American Educational Research Association.

Bernardi, M., Lazzeri, L., Perelli, F., Reis, F. M., & Petraglia, F. (2017). Dysmenorrhea and related disorders. F1000 Fac Rev, 6, 1–7. https://doi.org/10.12688/f1000research.11682.1

Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quiñonez, H. R. & Young, S. L. (2018). Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research: A Primer. Front. Public Health 6, 149. https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149

Burnett, M., & Lemyre, M. (2017). No. 345-Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline. J Obstet Gynaecol Can, 39(7), 585–595. https://doi.org/10.1016/j.jogc.2016.12.023

Byrne, B. M. (2016). Structural equation modeling with AMOS (3rd ed). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315757421

Carver, CS (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. Revista internacional de medicina comportamental, 4(1), 92–100.

Chen, C. X., Draucker, C. B., & Carpenter, J. S. (2018). What women say about their dysmenorrhea: a qualitative thematic analysis. BMC Womens Health, 18(1), 47. https://doi.org/10.1186/s12905-018-0538-8

Chen, C. X., Draucker, C. B., & Carpenter, J. S. (2017). Reasons women do not seek health care for dysmenorrhea. Journal of Clinical Nursing, 27(1–2), e301–e308. https://doi.org/10.1111/jocn.13942

Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *9*(2), 233–255. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0902_5

Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. Psychological Assessment, 7(3), 309–319.

Costello, A. B., & Osborne, J. W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. Practical Assessment, Research, and Evaluation, 10(7).

Drejza, M., Rylewicz, K., Majcherek, E., Barwińska, J., Łopiński, G., Mizgier, M., Plagens-Rotman, K., Pisarska-Krawczyk, M., Jarząbek-Bielecka, G., & Kędzia, W. (2024). Dysmenorrhea in Polish Adolescent Girls: Impact on Physical, Mental, and Social Well-Being—Results from POLKA 18 Study. Journal of Clinical Medicine, 13(20), 6286. https://doi.org/10.3390/jcm13206286

Fernández-Martínez, E., Onieva-Zafra, M. D., & Parra-Fernández, M. L. (2019). The Impact of Dysmenorrhea on Quality of Life Among Spanish Female University

Students. Int. J. Environ. Res. Public Health, 16(5), 713. https://doi.org/10.3390/ijerph16050713

Finney, S. J., DiStefano, C., & Kopp, P. (2016). Overview of estimation methods and preconditions for their application with structural equation modeling. In K. Schweizer & C. DiStefano (Eds.), Principles and methods of test construction: Standards and recent advances (pp. 135–165). Hogrefe.

Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. Journal of Marketing Research, 18(1), 39-50.

Gaskin, C. J., & Happell, B. (2014). On exploratory factor analysis: A review of recent evidence, an assessment of current practice, and recommendations for future use. International Journal of Nursing Studies, 51(3), 511–521. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.10.001

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). Multivariate data analysis (8th ed.). Cengage Learning.

Higham, J. M., O'Brien, P. M. S., & Shaw, R. W. (1990). Assessment of menstrual blood loss using a pictorial chart. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 97(8), 734–739. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1990.tb16249.x

Hjorth, S., Rytter, D., Forman, A., Kirkegaard, H., Olsen, J., Nohr, E. A. (2021). Menstrual pain and sexual health in mothers-A cross-sectional study in the Danish National Birth Cohort. Acta Obstet Gynecol Scand, 100(12), 2157-2166. https://doi.org/10.1111/aogs.14272

Howard, M. C., & Hoffman, M. E. (2018). Variable-centered, person-centered, and person-specific approaches: Where theory meets the method. *Organizational Research Methods, 21*(4), 846–876.

Jawad, N. K., Ali, Z., Khail, S. K., Fozia, A., Pervaiz, N., & Rehman, F. (2021). Prevalence and Predictors of Dysmenorrhea, its Effects and Coping Mechanism

among Adolescent. Pakistan Journal of Medical & Health Sciences, 15(8), 2472–2476. https://doi.org/10.53350/pjmhs211582472

Karout, N., Hawai, S. M., & Altuwaijri, S. (2012). Prevalence and pattern of menstrual disorders among Lebanese nursing students. Eastern Mediterranean Health Journal, 18(4), 346–352.

Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine, 15*(2), 155–163.

Korkmaz, S., Göksülük, D., & Zararsız, G. (2014). MVN: An R Package for Assessing Multivariate Normality. The R Journal, 6(2), 151–162. https://doi.org/10.32614/RJ-2014-031

Lefebvre, G., Pinsonneault, O., Antao, V., Black, A., Burnett, M., Feldman, K., Lea, R., & Robert, M. (2005). Primary dysmenorrhea consensus guideline. J Obstet Gynaecol Can, 27(12), 1117-46. English, French. https://doi.org/10.1016/s1701-2163(16)30395-4

Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), The self-regulation of health and illness behaviour (pp. 42–65). Routledge.

Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Medical psychology* (Vol. 2, pp. 7–30). Pergamon Press.

Li, X., Hao, X., Liu, J. H., & Huang, J. P. (2024). Efficacy of non-pharmacological interventions for primary dysmenorrhoea: A systematic review and Bayesian network meta-analysis. BMJ Evidence-Based Medicine, 29(3), 162–170. https://doi.org/10.1136/bmjebm-2023-112434

Marques, P., Madeira, T., & Gama, A. (2022). Menstrual cycle among adolescents: girls' awareness and influence of age at menarche and overweight. Revista Paulista De Pediatria, 40, e2020494. https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2020494

Marôco, J. (2021). Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações [Structural Equation Modeling: Theoretical foundations, software & applications] (3rd ed). ReportNumber

Marôco, J. (2024). Factor analysis of ordinal items: Old questions, modern solutions? Stats, 7(3), 984-1001. https://doi.org/10.3390/stats7030060

Moraes, P. C., Avila, M. A., Firão, C. B., de Sousa, V. P. S., Driusso, P. (2025). Perceived stress is associated with primary dysmenorrhea in Brazilian women: a cross-sectional study. BMC Public Health. 5, 25(1), 1290. https://doi.org/10.1186/s12889-025-21804-6

Ní Chéileachair, F., McGuire, B. E. & Durand, H. (2022). Coping with dysmenorrhea: a qualitative analysis of period pain management among students who menstruate. BMC Women's Health, 22, 407. https://doi.org/10.1186/s12905-022-01988-4

Pulkkinen, M. O. (1983). Prostaglandins and the non-pregnant uterus. The pathophysiology of primary dysmenorrhea. Acta Obstet Gynecol Scand Suppl, 113, 63-7. https://doi.org/10.3109/00016348309155200

Putnick, D. L., & Bornstein, M. H. (2016). Measurement invariance conventions and reporting. Developmental *Review*, *41*, 71–90.

Reina, E. M., Hellman, K. M., Kmiecik, M. J., Terkildsen, M. F., & Tu, F. F. (2025). Associations between menstrual pain and sexual function: the role of visceral hypersensitivity on developing sexual pain, The Journal of Sexual Medicine, 22(1), 98–106, https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdae149

Revelle, W. (2024). psych: Procedures for Psychological, Psychometric, and Personality Research. Northwestern University. R package version 2.4.3.

Rodrigues, A. C., Gala, S., Neves, A., Pinto, C., Meirelles, C., Frutuoso, C. M., & Vítor, E. (2011). Dismenorreia em adolescentes e jovens adultas. Acta Medica Portuguesa, 24(2), 383-392.

Rosseel, Y. (2012). Lavaan: An R package for structural equation modeling. *Journal of Statistical Software, 48*(2), 1–36. https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02

Rutkowski, L., & Svetina, D. (2014). Assessing the hypothesis of measurement invariance in the context of large-scale international surveys. *Educational and Psychological* Measurement*, 74*(1), 31–57. https://doi.org/10.1177/0013164413498257

Sundell, G., Milsom, I., & Andersch, B. (1990). Factors influencing the prevalence and severity of dysmenorrhea in young women. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 97(7), 588–594. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1990.tb16238.x

Tassyabela, F M., Sunarto., Sulikah., & Surtinah, N. (2024). Coping Mechanisms among Women Who Experience Dysmenorrhea in Baleasri Village, Magetan, Indonesia. Health Dinamics, 1(10), 353–360. https://doi.org/10.33846/hdxxxxxx

Terwee, C. B., et al. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology, 60*(1), 34–42.

Tsonis, O., Gkrozou, F., Barmpalia, Z., Makopoulou, A., & Siafaka, V. (2021). Integrating Lifestyle Focused Approaches into the Management of Primary Dysmenorrhea: Impact on Quality of Life. International Journal of Women's Health, 13, 327–336. https://doi.org/10.2147/IJWH.S264023

Vingerhoets, A. J. J. M., & Bylsma, L. M. (2016). The riddle of human emotional crying: A challenge for emotion researchers. *Emotion Review*, *8*(3), 207–217. https://doi.org/10.1177/1754073915586226

World Health Organization. (2023). Menstrual health and hygiene: Progress and challenges. Geneva: WHO.

Estudo das Propriedades Psicométricas da Photo Manipulation Scale

Sara da Costa Pedrosa[1], Ana Rita Nunes [1,2], Ivone Patrão[1,3], Marta Uva [1,2], Patrícia Sobral[1] & Filipa Pimenta [1,2]

[1] ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

[2] WJCR – William James Center for Research, Lisboa, Portugal

[3] APPsyCI – Applied Psychology Research Center Capabilities & Inclusion, Lisboa, Portugal

Autor Correspondente: Sara da Costa Pedrosa. **E-mail:** sarapedrosa2003@gmail.com

Resumo:

Introdução: O comportamento de manipulação fotográfica (CMF) consiste na alteração digital de características físicas em imagens pessoais. Com o crescente uso de redes sociais, compreender a sua relação com preocupações relativas à aparência e saúde mental torna-se cada vez mais relevante. O presente estudo avalia as propriedades psicométricas da Escala de Manipulação de Fotografia e Comportamento Fotográfico de McLean et al. (2015) numa amostra de adolescentes portugueses. **Método:** Participaram 709 adolescentes portugueses (54,6% sexo feminino; M=13,56; *DP*=1,28) recrutados por amostragem não probabilística, que responderam online à escala de McLean et al. (2015) e a um questionário sociodemográfico. Após o modelo original não apresentar bom ajustamento, realizaram-se Análises Fatoriais Exploratória e Confirmatória em duas subamostras independentes. **Resultados:** O modelo apresentou 2 fatores: Manipulação de Imagens de Si Mesmo (MISM) e Investimento e Partilha de Fotografias (IPF), com bom ajustamento (χ^2/df = 3,90; RMSEA = 0,06; SRMR = 0,07; GFI = 0,99; TLI = 0,98). A consistência interna foi boa para MISM (α = 0,88) e aceitável para IPF (α = 0,77). A validade convergente foi boa para MISM (AVE = 0,69), embora IPF tenha apresentado um valor de VEM abaixo do limiar recomendado (0,40). **Discussão:** A escala apresenta boas qualidades psicométricas, sendo útil para investigar a relação entre CMF, autoimagem e bem-estar psicológico de adolescentes no contexto de redes sociais.

Palavras-chave: Photo Manipulation Scale; manipulação fotográfica; redes sociais; adolescentes.

Abstract:

Introduction: Photo manipulation behavior (PMB) refers to the digital alteration of physical appearance features in personal photographs. With the increasing use of social media, understanding its relationship with appearance-related concerns and mental health has become increasingly relevant. This study aimed to evaluate the psychometric properties of the McLean et al. (2015) Photo Manipulation and Photo Investment Scale in a sample of Portuguese adolescents. **Method:** A total of 709 Portuguese adolescents (54.6% female; *M* = 13.56, *SD* = 1.28) were recruited through non-probability sampling and completed the McLean et al. (2015) scale and a sociodemographic questionnaire online. As the original model did not demonstrate an adequate fit, Exploratory Factor Analysis (EFA) and Confirmatory Factor Analysis (CFA) were conducted using two independent subsamples. **Results:** The final model comprised two factors: Self-Image Manipulation (SIM) and Photo Investment and Sharing (PIS), showing good model fit indices (χ^2/df = 3.90; RMSEA = 0.06; SRMR = 0.07; GFI = 0.99; TLI = 0.98). Internal consistency was good for SIM (α = 0.88) and acceptable for PIS (α = 0.77). Convergent validity was satisfactory for SIM (AVE = 0.69), whereas PIS presented an AVE value below the recommended threshold (0.40). **Discussion:** The scale demonstrated good psychometric properties and appears to be a useful instrument for investigating the relationship between photo manipulation behavior, body image, and psychological well-being among adolescents in the context of social media use.

Key-Words: Photo Manipulation Scale; photo manipulation; social media; adolescents.

1. Introdução

Embora os meios de comunicação tradicionais continuem a ser amplamente consumidos, verifica-se atualmente um crescimento significativo da utilização da internet, particularmente das redes sociais. Estas plataformas têm popularizado a publicação de fotografias pessoais, conhecidas como *selfies*, tornando-se um meio comum de expressão individual, especialmente entre os jovens (Tiggemann et al., 2020). As redes sociais assumem, deste modo, um papel central enquanto espaços de

autoexpressão, permitindo aos utilizadores construir e gerir a forma como são percebidos pelos outros (Ismail et al., 2025). Paralelamente, disseminam e reforçam os padrões de beleza, entendidos como conjuntos de ideais socialmente construídos sobre o que é considerado aceitável ou desejável a nível físico e que moldam a perceção que os indivíduos têm de si próprios e dos outros (Paudel et al., 2025). Neste contexto, as plataformas digitais possibilitam a edição e a partilha estratégica de fotografias pessoais frequentemente alinhadas com esses ideais socialmente valorizados (Ismail et al., 2025).

A autoapresentação refere-se à gestão das impressões que os outros formam sobre o indivíduo através de modificações na aparência ou no comportamento (Goffman, 1959). Segundo Chae (2017), a manipulação de fotografias para publicação em redes sociais pode ser considerada uma dessas formas de modificação. Este processo de autoapresentação seletiva permite aos indivíduos aproximarem-se de um ideal de perfeição, refletindo uma gestão consciente da imagem que desejam projetar no espaço público digital (Ismail et al., 2025).

A manipulação de fotografias consiste na alteração digital da aparência de elementos visuais de uma imagem antes da sua partilha online, incluindo características físicas dos indivíduos retratados, como a forma do corpo, os traços faciais ou o tom da pele (McLean et al., 2015). Este processo é frequentemente facilitado por programas de edição de imagem, como o Adobe Photoshop e o GIMP, ou por aplicações para smartphones, como o VSCO e o PicsArt, que disponibilizam uma ampla variedade de recursos, incluindo filtros, remoção de imperfeições, manchas, contornos e afinação dos traços faciais (Chae, 2017; Ismail et al., 2025). Alterações como o aumento do tamanho dos olhos, a definição do queixo e o clareamento da pele são igualmente comuns e tendem a procurar uma maior aproximação a padrões de beleza idealizados (Pham et al., 2022). O fácil acesso a estas aplicações tem permitido, sobretudo aos jovens, modificar características faciais e corporais, influenciando a forma como percecionam e gerem a sua aparência online (Ismail et al., 2025). Comparativamente a procedimentos cirúrgicos, estas intervenções digitais representam uma forma acessível e não invasiva de transformar virtualmente a aparência com o objetivo de otimizar a apresentação online (Chae, 2017).

De acordo com McLean et al. (2015), o comportamento de manipulação de fotografias envolve um elevado investimento na seleção e preparação das imagens antes da sua

publicação, refletindo uma preocupação significativa com a forma como os outros as irão percecionar. Este investimento manifesta-se não apenas na atenção dada à qualidade da fotografia, mas também no tempo e esforço despendidos na escolha da imagem que será partilhada, visando projetar uma autoapresentação favorável (McLean et al., 2015). O objetivo consiste em garantir que a fotografia selecionada represente a versão mais positiva de si próprio, maximizando a aceitação social (Tiggemann et al., 2020).

A literatura tem demonstrado que a adoção ativa de comportamentos de manipulação fotográfica pode estar associada a diversas consequências psicológicas e comportamentais. Segundo Chae (2017), a presença de um público online é central para a autoapresentação, uma vez que a edição de *selfies* sugere a intenção de exibir uma imagem digitalmente melhorada para obter feedback positivo, como gostos e comentários. Contudo, Lamp et al. (2019) indicam que os resultados esperados nem sempre são alcançados, uma vez que os indivíduos podem perceber que a aprovação recebida se baseia numa versão da imagem que não corresponde ao seu verdadeiro eu, concluindo que o comportamento de manipulação de fotografias está associado a sentimentos de desonestidade na autoapresentação**.**

Adicionalmente, indivíduos que editam fotografias com frequência tendem a demonstrar maior insegurança relativamente à sua imagem corporal, utilizando a edição como uma forma de corrigir imperfeições percebidas (Pham et al., 2022). Este comportamento pode coexistir com outras estratégias orientadas para a modificação da aparência, incluindo atividade física, restrições alimentares e procedimentos estéticos, numa tentativa de aproximar a aparência real da imagem idealizada apresentada online (Pham et al., 2022). Em consonância com estes achados, McLean et al. (2015) identificaram associações entre um maior investimento na partilha de fotografias e a sobrevalorização da silhueta e do peso, bem como níveis superiores de insatisfação corporal e comportamentos de restrição alimentar. Adicionalmente, Wick e Keel (2020) verificaram que indivíduos que publicam fotografias editadas apresentam tendências para uma utilização problemática do Instagram, caracterizada pela atenção excessiva a comentários, gostos e comparação social, estando este padrão associado a maior insatisfação corporal, ansiedade e níveis mais elevados de depressão.

Num estudo realizado com estudantes universitárias da Arábia Saudita, Ismail et al. (2025), concluíram que a discrepância entre a imagem digital, frequentemente idealizada e distorcida, e a aparência real pode ter efeitos negativos na autoestima, contribuindo para perturbações da imagem corporal, ansiedade relacionada com a aparência, perturbações alimentares e depressão. Chae (2017) sugere ainda que esta discrepância aumenta à medida que os indivíduos manipulam as fotografias.

Para além dos efeitos associados à produção de conteúdos manipulados, a investigação tem igualmente demonstrado consequências decorrentes da exposição passiva a este tipo de conteúdo. A exposição a conteúdos que objetificam o corpo, enfatizando a aparência enquanto objeto de avaliação e reforçando padrões de beleza idealizados, tem sido associada a uma maior propensão para a edição de fotografias, especialmente entre mulheres (Ismail et al., 2025). McComb et al. (2021) acrescentam que, mesmo quando as fotografias editadas incluem avisos sobre manipulação digital, mulheres jovens continuam a apresentar diminuições na satisfação corporal, no humor e na autoconfiança, sugerindo que a consciencialização acerca da edição não elimina os efeitos da comparação social.

Em contraste, os conteúdos autênticos, isto é, não sujeitos a manipulação digital, parecem constituir um fator protetor. O contacto com este tipo de publicações, quer através da sua criação quer do seu consumo, encontra-se associado a níveis mais elevados de satisfação corporal (de Vaate et al., 2023). Pelo contrário, a exposição ou produção de conteúdos editados tende a correlacionar-se com níveis mais baixos de satisfação corporal (de Vaate et al., 2023). Assim, independentemente de o indivíduo assumir um papel mais ativo ou mais passivo nas redes sociais, a interação com conteúdos não manipulados parece favorecer perceções corporais mais positivas (de Vaate et al., 2023). De forma consistente, Tiggemann e Zinoviev (2019) verificaram que os efeitos da exposição a imagens editadas e não editadas no Instagram sobre a insatisfação facial foram mais acentuados entre mulheres que habitualmente editavam as suas próprias fotografias.

A evidência disponível sugere ainda que a relação entre envolvimento nas redes sociais, manipulação de fotografias e preocupações com a imagem corporal pode ser bidirecional. Segundo McLean et al. (2015), indivíduos mais preocupados com a aparência tendem a envolver-se mais frequentemente em atividades centradas na imagem,

como a edição e partilha de fotografias pessoais, o que, por sua vez, reforça e intensifica essas preocupações. Esta dinâmica bidirecional torna o impacto das redes sociais potencialmente mais poderoso do que o dos meios de comunicação tradicionais, dada a sua natureza personalizada e a facilidade de interação direta (McLean et al., 2015).

Neste sentido, o envolvimento com a manipulação de fotografias pode gerar efeitos distintos consoante o utilizador assuma um papel ativo ou passivo. O uso ativo, que envolve a criação, edição e publicação de *selfies*, promove uma intensa autoanálise e reforça preocupações relacionadas com a aparência de forma mais pronunciada do que o simples consumo de conteúdo (McLean et al., 2015). Consequentemente, a publicação de imagens manipuladas pode funcionar como um fator de manutenção de preocupações relacionadas com a aparência e comportamentos alimentares desajustados (McLean et al., 2015). Por outro lado, a exposição passiva a *selfies* editadas também pode produzir consequências negativas. Tang (2023) refere que a visualização frequente deste tipo de conteúdo está associada a sentimentos de inveja e ao desejo de aproximação a padrões de beleza distorcidos e idealizados, conduzindo a níveis mais baixos de autoestima. Na mesma linha, Chae (2017) observou que a frequência de visualização de fotografias próprias e a comparação com fotografias de outras pessoas se associam a uma utilização mais frequente de manipulação de imagens, sugerindo que o consumo passivo contribui para comportamentos ativos de edição. Assim, tanto o uso ativo como o uso passivo das redes sociais podem influenciar negativamente a imagem corporal, embora através de mecanismos distintos: enquanto o primeiro intensifica a autoanálise e a preocupação com a própria aparência, o segundo promove a comparação social e a internalização de padrões de beleza idealizados, (Chae, 2017).

Face à relevância crescente da manipulação fotográfica nas redes sociais e às suas potenciais implicações para a imagem corporal e o bem-estar psicológico, torna-se necessário dispor de instrumentos que permitam avaliar este comportamento de forma válida e fiável. Com esse propósito, McLean et al. (2015) desenvolveram a *Photo Manipulation Scale* (P-MaS), um instrumento concebido para avaliar o envolvimento dos indivíduos em comportamentos de manipulação fotográfica para publicação de imagens online. A P-MaS avalia diferentes aspetos do envolvimento com a manipulação fotográfica, incluindo a frequência de tirar e partilhar autoimagens, bem como, o investimento na seleção, edição e preparação das fotografias, (McLean et al., 2015).

A adaptação e validação de instrumentos que avaliam comportamentos relacionados com a manipulação de fotografias em diferentes contextos culturais constitui um passo fundamental para o avanço da investigação nesta área, permitindo uma avaliação rigorosa e a comparação de resultados entre populações, uma vez que diferenças culturais podem influenciar a forma como os indivíduos utilizam e percecionam a manipulação de fotografias nas redes sociais. Apesar do crescente interesse por esta temática e da elevada utilização das redes sociais entre os adolescentes portugueses, não existem, tanto quanto é do nosso conhecimento, estudos que analisem as propriedades psicométricas da P-MaS em Portugal. Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo a validação das propriedades psicométricas da P-MaS numa amostra de estudantes portugueses.

2. Método

2.1 Design do Estudo

O presente estudo adotou um delineamento quantitativo, observacional e transversal.

2.2 Participantes

Participaram neste estudo 709 estudantes portugueses predominantemente adolescentes, recrutados através de um processo de amostragem não probabilística, bola de neve. A amostra era constituída por 54,6% de participantes do sexo biológico feminino, com idades compreendidas entre 10 e 20 anos (M = 13,56; DP = 1,28). Relativamente ao nível de escolaridade, 133 participantes frequentavam, à data da recolha de dados, o 3.º Ciclo do Ensino Básico (7.º, 8.º e 9.º anos), 528 frequentavam o Ensino Secundário (10.º, 11.º e 12.º anos) e 48 encontravam-se a frequentar o Ensino Superior. Estabeleceram-se como critérios de inclusão a residência em território português e a integração no sistema de ensino português.

2.3 Material

A recolha de dados incluiu um questionário sociodemográfico destinado à caracterização da amostra, contemplando questões relativas à idade, sexo biológico e escolaridade. O protocolo incluiu ainda questões relacionadas com o acesso e utilização da Internet, riscos online e dados pessoais.

Para avaliar os comportamentos de manipulação fotográfica foi utilizada a P-MaS de McLean et al. (2015), uma medida de autorrelato desenvolvida para avaliar a prática de tirar fotografias e partilhá-las online. A escala é composta por 22 itens distribuídos por quatro dimensões: Frequência de Tirar Selfies (Autoimagens), Partilha de Selfies (Autoimagens), Investimento em Fotografias e Manipulação de Fotografias.

A subescala Frequência de Tirar Selfies (Autoimagens) é composta por dois itens que avaliam a frequência com que os participantes tiram *selfies*, ou seja, fotografias de si próprios: "1- Quantas vezes tiras *selfies*, ou fotografias de ti mesmo?" e *usies*, ou seja, fotografias de si próprios com outras pessoas: "2- Quantas vezes tiras *usies*, ou fotografias de ti mesmo com outros?". Os itens são respondidos numa escala de oito pontos, variando entre 1 (Menos de uma vez por mês) e 8 (Mais de duas vezes por dia). A pontuação da subescala corresponde à média dos itens, sendo que pontuações mais elevadas indicam uma maior frequência de tirar fotografias de si próprios. O coeficiente de Spearman-Brown desta subescala foi de 0,86 (McLean et al., 2015).

A subescala Partilha de Selfies (Autoimagens) avalia a frequência de publicação de fotografias pessoais nas redes sociais. É constituída por dois itens: "3- Partilhas fotos de ti mesmo online ou através de plataformas como Snapchat ou Instagram?" e "4- Evitas partilhar fotografias tuas nas redes sociais?", dos quais o segundo tem cotação invertida. São respondidos numa escala de cinco pontos que varia entre 1 (Nunca) e 5 (Sempre). A pontuação resulta da média dos itens, refletindo valores mais elevados uma maior frequência de partilha de fotografias. O coeficiente de Spearman-Brown desta subescala foi de 0,82 (McLean et al., 2015).

A subescala Investimento em Fotografias avalia o esforço despendido na seleção das fotografias a publicar, bem como a preocupação associada a esse processo. É constituída por oito itens avaliados através de uma escala analógica visual. Embora, na versão original do instrumento, a escala de resposta varie de 0 a 100, na presente aplicação esta foi adaptada para um intervalo de 0 a 10, mantendo-se as âncoras definidas por afirmações opostas. Dos oito itens, três apresentam pontuação invertida (por exemplo, "É fácil escolher uma fotografia" e "É difícil escolher uma fotografia"). A pontuação corresponde à média dos itens, sendo que valores mais elevados indicam maior investimento na

preparação e seleção das fotografias para publicação. O alfa de Cronbach desta subescala foi de 0,85 (McLean et al., 2015).

Por fim, a subescala Manipulação de Fotografias avalia a frequência de edição de fotografias pessoais antes da sua partilha online. É composta por 10 itens que descrevem diferentes formas de edição da imagem pessoal, como por exemplo: "1- Remover os olhos vermelhos.". São classificados numa escala de resposta de cinco pontos, variando entre 1 (Nunca) e 5 (Sempre). A pontuação total é obtida através da soma das respostas aos itens, podendo variar entre 10 e 50 pontos, sendo que valores mais elevados refletem uma maior frequência de manipulação fotográfica. O alfa de Cronbach desta subescala foi de 0,85 (McLean et al., 2015).

2.4 Recolha de Dados

A recolha de dados foi realizada em contexto escolar entre maio de 2022 e maio de 2024. Os participantes responderam a um questionário online. A participação foi voluntária e os dados foram recolhidos de forma anónima em contexto de sala de aula. Para estudantes menores de idade, as escolas pediram aos pais o consentimento informado.

2.5 Análise de Dados

A análise dos dados teve como objetivo examinar as propriedades psicométricas da versão portuguesa da P-MaS, tendo sido utilizado o software R (versão 4.5.2) para a realização das análises estatísticas. Para a avaliação das evidências de validade de construto foram realizadas análises fatoriais exploratória e confirmatória, bem como o cálculo da Variância Média Extraída (VME). A adequação dos modelos fatoriais foi avaliada através dos índices de ajustamento razão entre o qui-quadrado e os graus de liberdade (χ^2/df), o Índice de Tucker-Lewis (TLI), o Índice de Qualidade do Ajustamento (GFI), a Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação (RMSEA) e a Raiz Quadrática Média Residual Padronizada (SRMR). De acordo com Marôco (2021), valores de $\chi^2/df \geq 5$ indicam um ajustamento mau, valores entre 2 e 5 um ajustamento aceitável e valores próximos de 1 um ajustamento muito bom. Relativamente aos índices TLI e GFI, valores inferiores a 0,90 indicam um ajustamento mau, valores compreendidos entre 0,90 e 0,95 indicam um bom ajustamento e valores superiores a 0,95 correspondem a um ajustamento muito bom. Por sua vez, valores de RMSEA superiores a 0,10 indicam um ajustamento

inaceitável, valores entre 0,05 e 0,10 um ajustamento sofrível, valores entre 0,01 e 0,05 um bom ajustamento e valores inferiores a 0,01 um ajustamento muito bom. Relativamente ao SRMR, valores inferiores a 0,08 indicam um bom ajustamento e valores inferiores a 0,05 um ajustamento muito bom (Marôco, 2021).A consistência interna das dimensões foi analisada através do coeficiente alfa de Cronbach, considerando-se valores ≥ 0,90 como indicadores de consistência interna muito boa, valores entre 0,80 e 0,89 como bons, valores entre 0,70 e 0,79 como aceitáveis, valores entre 0,60 e 0,69 como questionáveis e valores inferiores a 0,60 como inaceitáveis, sendo geralmente desejáveis valores iguais ou superiores a 0,70 (Marôco, 2021). A sensibilidade dos itens foi examinada por meio da análise dos valores de assimetria (Sk) e curtose (Ku), considerando-se que valores absolutos de $|Sk| > 3$ e $|Ku| > 7$ constituem indicadores de potenciais problemas de sensibilidade dos dados (Marôco, 2021). Adicionalmente, os pesos fatoriais foram analisados, considerando-se valores iguais ou superiores a 0,40 como aceitáveis para a retenção dos itens nos fatores (Hair et al., 2010).

3. Resultados

Numa primeira fase, a amostra total foi dividida aleatoriamente em duas subamostras de dimensão aproximadamente equivalente (cerca de 50% cada), com o objetivo de realizar, de forma independente, a Análise Fatorial Exploratória (AFE) e a Análise Fatorial Confirmatória (AFC). A adequação da matriz de correlações à análise fatorial foi previamente avaliada, tendo o índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) global apresentado um valor de 0,86, indicando uma boa adequação da amostra à realização da análise fatorial. Procedeu-se, assim, à avaliação da estrutura fatorial original da Photo Manipulation Scale (P-MaS), proposta por McLean et al. (2015), através de uma AFC realizada numa das subamostras. Embora os índices de ajustamento obtidos tenham revelado valores globalmente adequados, a estrutura original da escala não foi integralmente corroborada na presente amostra. Em particular, a avaliação da fiabilidade dos fatores revelou limitações, uma vez que um dos coeficientes estimados apresentou um valor negativo, inviabilizando a sua interpretação e comprometendo a avaliação da consistência interna da estrutura proposta.

Face a estes resultados, optou-se por proceder a uma AFE, com o objetivo de identificar uma estrutura fatorial mais adequada à presente amostra. Não foi previamente

fixado um número específico de fatores a extrair, tendo sido retidos os fatores que apresentaram valores próprios (eigenvalues) superiores a 1, de acordo com o critério de Kaiser. A solução fatorial obtida foi sujeita a rotação ortogonal Varimax, de forma a facilitar a interpretabilidade dos fatores. Consequentemente, foi retida uma estrutura composta por dois fatores: Manipulação de Imagens de Si Mesmo (MISM) e Investimento e Partilha de Fotografias (IPF). A Tabela 1 apresenta os itens do instrumento, bem como os respetivos pesos fatoriais e comunalidades. Com o objetivo de confirmar esta nova estrutura fatorial, procedeu-se posteriormente à realização de uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC).

Tabela 1
Pesos Fatoriais, Coeficientes de Determinação e Comunalidades dos itens.

Item	Enunciado	λ	R^2	h^2
FA2	Quantas vezes tiras "*usies*", ou fotografias de ti com outros?	0,590	0,197	0,369
PA1	Partilhas fotografias de ti mesmo online através de plataformas como "Snapchat" ou "Instagram"?	0,596	0,238	0,373
PA2	Evitas partilhar fotografias tuas nas redes sociais?			0,046
IF1	É fácil escolher uma foto. – É difícil escolher uma foto.	0,584	0,478	0,349
IF2	Levo muito tempo para escolher uma foto. – Facilmente escolho uma foto.			0,015
IF3	Sinto-me muito ansioso ou preocupado com as fotos que partilho/publico. – Estou muito confortável com as fotos que partilho/publico.			0,089
IF4	Partilho/publico qualquer foto que esteja disponível. – Tiro fotos com o único propósito de ser partilhado/publicado.	0,427	0,216	0,189

IF5	Não me interessa o que os outros vão pensar sobre a minha aparência. – Importo-me com o que os outros vão pensar sobre a minha aparência.	0,497	0,598	0,294
IF6	Não me interessa que fotos partilho. – Seleciono cuidadosamente a melhor foto para partilhar/publicar.	0,559	0,423	0,317
IF7	Preocupo-me se as pessoas deixam um "*Like*" nas minhas fotos. – Não me importo se deixam "*Like*" nas minhas fotos.			0,054
IF8	Não reparo ou presto atenção ao número de "gostos" que as minhas fotos recebem. – Reparo no número de "gostos" que as minhas fotos recebem.	0,504	0,407	0,278
MF1	Remover os olhos vermelhos.	0,485	0,474	0,238
MF2	Fazer-se parecer maior.	0,581	0,621	0,339
MF3	Destacar características faciais, por exemplo, maçãs do rosto ou cor dos olhos/clareza.	0,701	0,702	0,498
MF4	Usar um filtro para alterar o aspeto geral da foto, por exemplo, transformando-a em preto e branco, desfocá-la ou suavizar imagens.	0,536	0,558	0,358
MF5	Fazer-se parecer mais magro.	0,750	0,774	0,563
MF6	Ajustar o contraste da foto.	0,596	0,580	0,380
MF7	Editar para esconder manchas de pele como borbulhas.	0,740	0,764	0,558
MF8	Branquear os dentes.	0,772	0,750	0,596

MF9	Fazer com que certas partes do seu corpo pareçam maiores ou menores.	0,816	0,882	0,668
MF10	Editar ou usar aplicativos para equilibrar a sua pele.	0,803	0,814	0,645

A estrutura final apresentou indicadores de ajustamento global adequados, evidenciados pelos valores de $\chi^2/df = 3,90$, RMSEA = 0,06, SRMR = 0,07, GFI = 0,99 e TLI = 0,98. Durante o processo de análise, foram excluídos quatro itens por apresentarem pesos fatoriais inferiores ao critério estabelecido ($\lambda < 0,40$), nomeadamente os itens PA2, IF2, IF3 e IF7 (Hair et al., 2010). Os pesos fatoriais dos itens retidos variaram entre 0,43 e 0,82, indicando associações adequadas entre os itens e os respetivos fatores.

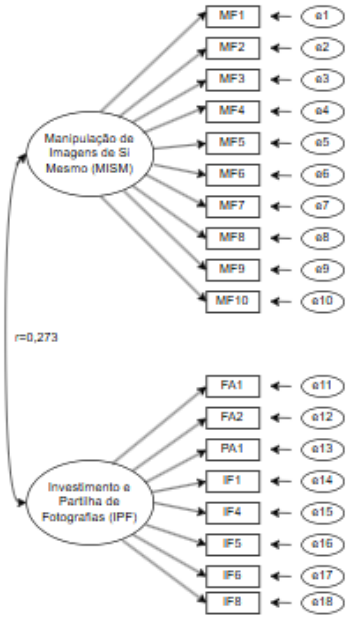
A consistência interna das dimensões foi avaliada através do coeficiente alfa de Cronbach. Os resultados revelaram níveis satisfatórios de consistência interna para ambas as dimensões identificadas. O fator Manipulação de Imagens de Si Mesmo apresentou um valor de $\alpha = 0,88$, indicando uma elevada consistência interna, enquanto o fator Investimento e Partilha de Fotografias apresentou um valor de $\alpha = 0,77$, considerado aceitável.

A evidência de validade foi analisada através da Variância Média Extraída (VEM). O fator Manipulação de Imagens de Si Mesmo apresentou um valor de VEM = 0,69, evidenciando uma adequada validade convergente. Por sua vez, o fator Investimento e Partilha de Fotografias apresentou um valor de VEM = 0,40, inferior ao valor de referência habitualmente recomendado (0,50), sugerindo evidências de fragilidade de validade convergente para esta dimensão (Marôco, 2021).

De modo geral, os resultados suportam uma estrutura bidimensional da versão portuguesa da P-MaS, composta pelas dimensões Manipulação de Imagens de Si Mesmo e Investimento e Partilha de Fotografias, apresentando indicadores globalmente satisfatórios de ajustamento e consistência interna, como representado na Figura 1.

Figura 1

Análise Fatorial Confirmatória da Photo Manipulation Scale (P-MaS)



Nota. MF – Manipulação de Fotografias; IF – Investimento em Fotografias; FA –Frequência de tirar selfies (Autoimagens); PA – Partilha de Selfies (Autoimagens), de acordo com as subescalas de McLean et al (2015).

4. Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo analisar as propriedades psicométricas da versão portuguesa da Photo Manipulation Scale (P-MaS) numa amostra de estudantes portugueses. De um modo geral, os resultados obtidos fornecem evidências favoráveis relativamente à adequação do instrumento para avaliar comportamentos relacionados com a manipulação e partilha de fotografias nas redes sociais, contribuindo para colmatar uma lacuna existente na investigação nacional nesta área.

Contrariamente ao esperado, a estrutura fatorial original proposta por McLean et al. (2015) não foi confirmada na presente amostra. Este resultado sugere que a organização dos comportamentos associados à manipulação fotográfica poderá diferir em função das características socioculturais da população em estudo. Esta hipótese é consistente com a literatura que destaca a influência do contexto cultural na gestão da autoapresentação online, (Kim & Papacharissi, 2003).

A AFE permitiu identificar uma estrutura alternativa composta por duas dimensões: Manipulação de Imagens de Si Mesmo (MISM) e Investimento e Partilha de Fotografias (IPF). Esta reorganização parece refletir duas componentes centrais do fenómeno da manipulação fotográfica para as redes sociais: por um lado, os comportamentos

diretamente relacionados com a alteração digital da própria imagem e, por outro, o investimento associado à seleção e preparação das fotografias. Os índices de ajustamento obtidos indicaram uma adequação global satisfatória do modelo, apoiando a sua utilização na população adolescente portuguesa.

Relativamente à consistência interna, ambas as dimensões apresentaram valores adequados, particularmente o fator MISM, que revelou um nível elevado de fiabilidade. Estes resultados sugerem que os itens que compõem cada dimensão avaliam de forma consistente os respetivos construtos.

No que concerne à validade convergente, a dimensão MISM apresentou indicadores satisfatórios. Por outro lado, a dimensão IPF revelou um valor de VEM inferior ao recomendado na literatura. Este resultado pode ser interpretado à luz da elevada heterogeneidade dos itens que compõem este fator, os quais parecem captar aspetos relativamente distintos do investimento e da partilha de fotografias, o que poderá ter contribuído para a menor convergência entre os mesmos. Deste modo embora os resultados sustentem a utilidade da escala, estudos futuros deverão continuar a explorar a estrutura deste fator e a sua estabilidade em diferentes amostras de adolescentes portugueses.

Os resultados deste estudo assumem particular relevância tendo em consideração o papel crescente das redes sociais na vida quotidiana dos estudantes portugueses, (Matos et al., 2019). Como referido anteriormente, a literatura tem demonstrado que a manipulação fotográfica se encontra associada a diversas variáveis psicológicas, incluindo insatisfação corporal, preocupações com a aparência, autoestima reduzida, sintomas depressivos e comportamentos alimentares desajustados, (McLean et al., 2015; Ismail et al., 2025). Assim sendo, a disponibilização de um instrumento válido para a avaliação destes comportamentos constitui uma ferramenta importante para a investigação e prática profissional.

Do ponto de vista da Psicologia Clínica e da Psicologia da Saúde, a versão portuguesa da P-MaS poderá contribuir para a identificação de adolescentes e jovens que apresentam níveis elevados de investimento na autoapresentação digital e de manipulação da própria imagem, comportamentos que podem constituir indicadores de vulnerabilidade psicológica, (Tiggemann et al., 2020). A sua utilização poderá facilitar a deteção de

fatores de risco associados à imagem corporal e ao bem-estar psicológico, permitindo o desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção mais ajustadas às necessidades desta população. Neste âmbito, como referido anteriormente, a literatura sugere que a promoção da criação e do consumo de conteúdos autênticos, não sujeitos a manipulação fotográfica, poderá constituir um importante fator de proteção, uma vez que estes conteúdos tendem a estar associados a perceções mais realistas da aparência e a níveis mais elevados de bem-estar corporal (Vaate et al., 2023). Adicionalmente, o desenvolvimento do pensamento crítico poderá representar uma estratégia de intervenção particularmente relevante, dado que níveis mais elevados desta competência se associam a uma menor interiorização dos ideais de aparência promovidos pelos media e a uma menor tendência para realizar comparações ascendentes de aparência, contribuindo para uma maior satisfação corporal (McLean et al., 2016).

Apesar dos contributos deste estudo, importa reconhecer algumas limitações. Em primeiro lugar, o recurso a uma amostra não probabilística restringe a possibilidade de generalizar os resultados à população estudantil portuguesa. Além disso, a dimensão da amostra poderá não refletir adequadamente a diversidade dessa população. Por outro lado, a inexistência de estudos que tenham identificado a mesma estrutura para a escala utilizada dificulta a comparação e validação dos resultados obtidos. Neste sentido, recomenda-se a realização de investigações futuras com amostras portuguesas mais amplas e diversificadas, de modo a reforçar a validade dos achados.

Em síntese, este estudo contribui para a investigação sobre a manipulação fotográfica em estudantes portugueses, fornecendo evidências iniciais de validade e fiabilidade da versão portuguesa da P-MaS. Os resultados apoiam a sua utilização em contextos de investigação e avaliação psicológica. Estudos futuros deverão explorar a estrutura proposta aprofundando a análise da estrutura fatorial identificada, contribuindo para uma melhor compreensão do impacto da manipulação fotográfica na saúde psicológica dos estudantes.

5. Referências Bibliográficas

Chae, J. (2017). Virtual makeover: Selfie-taking and social media use increase selfie-editing frequency through social comparison. *Computers in Human Behavior, 66*, 370–376. https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.10.007

de Vaate, N. A. B., Veldhuis, J., & Konijn, E. A. (2023). The impact of seeing and posting photos on mental health and body satisfaction: A panel study among Dutch and Japanese adolescents. *Computers in Human Behavior, 148*, 107906. https://doi.org/10.1016/j.chb.2023.107906

Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. Bantam Doubleday Dell Publishing Group.

Hair, J. F., Jr., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.). Pearson.

Ismail, A. F., Al-Saliti, R. A. M. N., Thakir, R. S. H., & Elmorsy, G. N. (2025). Social media platforms as tools for enhancing perceived self-image among female university students: Photo editing practices for mental health sustainability in the context of Sustainable Development Goals (SDG). *Journal of Lifestyle and SDGs Review, 5*(2), e03172. https://doi.org/10.47172/2965-730X.SDGsReview.v5.n02.pe03172

Kim, H., & Papacharissi, Z. (2003). Cross-cultural differences in online self-presentation: A content analysis of personal Korean and US home pages. *Asian Journal of Communication, 13*(1), 100–119. https://doi.org/10.1080/01292980309364833

Lamp, S. J., Cugle, A., Silverman, A. L., Thomas, M. T., Liss, M., & Erchull, M. J. (2019). Picture perfect: The relationship between selfie behaviors, self-objectification, and depressive symptoms. *Sex Roles, 81*(11), 704–712. https://doi.org/10.1007/s11199-019-01025-z?urlappend=%3Futm_source%3Dresearchgate.net%26utm_medium%3Darticle

Marôco, J. (2021). Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software e aplicações (3ª ed.). ReportNumber.

Matos, M. G. D., Gaspar, T., Guedes, F. B., Tomé, G., & Branquinho, C. S. D. S. (2019). Os adolescentes portugueses, a internet e as dependências tecnológicas. *Child and Adolescent Psychology/Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente, 10*(1), 173–185.

McComb, S. E., Gobin, K. C., & Mills, J. S. (2021). The effects of self-disclaimer Instagram captions on young women's mood and body image: The moderating effect of participants' own photo manipulation practices. *Body Image, 38*, 251–261. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.04.011

McLean, S. A., Paxton, S. J., & Wertheim, E. H. (2016). Does media literacy mitigate risk for reduced body satisfaction following exposure to thin-ideal media? *Journal of Youth and Adolescence, 45*(8), 1678–1695. https://doi.org/10.1007/s10964-016-0440-3

McLean, S. A., Paxton, S. J., Wertheim, E. H., & Masters, J. (2015). Photoshopping the selfie: Self photo editing and photo investment are associated with body dissatisfaction in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders, 48*(8), 1132–1140. https://doi.org/10.1002/eat.22449

Paudel, S., Chalise, A., Tamrakar, S., & Khatri, D. (2025). Unpacking beauty norms and body image: Development and validation of the perceptions of beauty standards scale. *SAGE Open Medicine, 13*, 20503121251324085. https://doi.org/10.1177/20503121251324085?urlappend=%3Futm_source%3Dresearchgate.net%26utm_medium%3Darticle

Pham, H. C., Nguyen, L., Vu, T. A., & Tran, P. (2022). Body image esteem and photo manipulation among social media users. *Acta Informatica Pragensia, 11*(1), 62–79. https://doi.org/10.18267/j.aip.166

Tang, S. (2023). The correlation between editability and self-esteem. *Journal of Education, Humanities and Social Sciences, 22*, 328–334. https://doi.org/10.54097/ehss.v22i.12458

Tiggemann, M., & Zinoviev, K. (2019). The effect of enhancement-free Instagram images and hashtags on women's body image. *Body Image, 31*, 131–138. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.09.004

Tiggemann, M., Anderberg, I., & Brown, Z. (2020). Uploading your best self: Selfie editing and body dissatisfaction. *Body Image, 33*, 175–182. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.03.002

Wick, M. R., & Keel, P. K. (2020). Posting edited photos of the self: Increasing eating disorder risk or harmless behavior? *International Journal of Eating Disorders, 53*(6), 864–872. https://doi.org/10.1002/eat.23263

Green Eating Behaviours: Psychometric properties in a representative sample of Portuguese adults

Marta Uva[1], Inês Queiroz-Garcia[1], Mafalda Leitão[2], Rui Miguel Costa[2], & Filipa Pimenta[1]

[1] William James Center for Research, Ispa – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

[2] Health Sciences Faculty, Universidade Europeia, Lisboa, Portugal

Autor Correspondente: Filipa Pimenta. **E-mail:** filipa_pimenta@ispa.pt

Introdução: As consequências das alterações climáticas já se fazem sentir. Os sistemas alimentares podem otimizar tanto a saúde pública como a sustentabilidade ambiental. É fundamental promover a adoção de padrões alimentares que alimentem a população mundial em crescimento e que deem igual importância à saúde ambiental e à saúde humana. O presente estudo teve como objetivo explorar as propriedades psicométricas da *Green Eating Behaviours Scale* (GEBS) numa amostra de adultos portugueses. **Método:** Este estudo transversal incluiu uma amostra representativa de 3,132 adultos portugueses com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos (M = 42,4; DP = 11,52), que preencheram um questionário sociodemográfico, um questionário sobre saúde, estilo de

vida e alimentação e o GEBS com 3 dimensões (Estadio de Mudança – 1 item, Comportamento Alimentar Sustentável – 6 itens, Balanço Decisional – 10 itens, 5 prós e 5 contras do GEB). **Resultados:** Foi realizada uma análise fatorial confirmatória. O modelo apresentou um bom ajustamento (SRMR = 0,056; GFI = 0,989; CFI = 0,982; TLI = 0,978; RMSEA = 0,074, p < 0,001; IC 90% =]0,071, 0,076[). Além disso, a escala apresentou uma boa consistência interna nas suas três dimensões (α ≥ 0,80). **Discussão:** A GEBS (escala utilizada no projeto CLIMACTION) é um instrumento robusto que pode ser utilizado para avaliar comportamentos alimentares ecológicos entre adultos portugueses, incluindo a sua perceção das vantagens e desvantagens da adoção de tais comportamentos, contribuindo assim de forma significativa para o domínio da sustentabilidade, especificamente no que diz respeito à avaliação de comportamentos alimentares sustentáveis.

Palavras-chave: Green Eating Behaviours Scale; Adultos Portugueses; Amostra Representativa; Validação Psicométrica; Sustentabilidade.

Background: The consequences of climate change are already being experienced. Food systems can optimise both public health and environmental sustainability. It is crucial to promote the adoption of dietary patterns that nourish the world's increasing population and place equal emphasis on environmental and human health. This study aimed to explore the psychometric properties of the Green Eating Behaviours Scale (GEBS) in a sample of Portuguese adults. **Methods:** This cross-sectional study included a representative sample of 3,132 Portuguese adults aged between 18-65 years (*M*=42.4; *SD*=11.52), who completed a sociodemographic questionnaire, a health, lifestyle and diet questionnaire and the GEBS with 3 dimensions (State of Change-1 item, Green Eating Behaviour-6 items, Decisional Balance-10 items, 5 pros and 5 cons of GEB). **Findings:** A confirmatory factor analysis was performed. The model exhibited a good fit (*SRMR*= 0.056; *GFI*= 0.989; *CFI*= 0.982; *TLI*= 0.978; *RMSEA*= 0.074, *p*<.001; 90% *CI*=].071, .076[). Additionally, the scale presented a good internal consistency across its three dimensions (α ≥ .80). **Discussion:** The GEBS (scaled used in the CLIMACTION project) is a robust instrument that can be used to assess green eating behaviours among Portuguese adults, including their perception of the pros and cons of adopting such

behaviours, thereby making a significant contribution to the sustainability field, specifically, regarding the assessment of sustainable eating behaviours.

Keywords: Green Eating Behaviours Scale; Portuguese Adults; Representative Sample; Psychometric Validation; Sustainability.

1. Introduction

The consequences of climate change are already being witnessed today. Extreme weather events such as heat waves, torrential rains, droughts and floods are becoming more common and severe (Masson-Delmonte et al., 2018). These extreme weather events jeopardise infrastructure, water supply, human health and food. Today's children will inherit a planet that is severely degraded and where a significant portion of the population will suffer from avoidable diseases and malnutrition (Willett et al., 2019). Thus, sustainability has emerged as a crucial issue in reshaping global development paths (Cluver & Walker, 2023).

Food is one of the key determinants of public health and plays a central role in environmental sustainability (FAO & WHO, 2019). However, food systems are currently threatening human health and environmental sustainability (Rockström et al., 2025). This happens because, food production is using up to 70% of freshwater resources, more than 40% of land, and is accountable for 30% of anthropogenic greenhouse gas emissions (FAO & WHO, 2019; Rockström et al., 2025; Willett et al., 2019). In 2021, around 11.9% (mostly aged 18-34) Portuguese opted for a vegetarian diet (Lantern, 2021). However, in 2023, only 10.4% had this pattern (Lantern, 2023). This data highlights the necessity of developing food-related programs capable of influencing towards Green Eating (GE) behaviours (Cluver & Walker, 2023; Rockström et al., 2025). GE consists of a set of eating behaviours that are environmentally friendly, such as reducing the amount of processed/fast food, prefer to eat biological, locally produced and seasonal food products, reduce the consumption of meat-based products (Monroe et al., 2015; Weller et al., 2014). Therefore, this sustainable eating pattern implies a gradual transition from animal-based to plant-based foods (Cluver & Walker, 2023; Willett et al., 2019).

Additionally, poor diets constitute a risk factor for the development of obesity (Rosas et al., 2018) and non-communicable diseases (NCDs, e.g., diabetes; Rosas et al., 2018). This constitutes a worldwide public health problem, and it is reinforced by people's daily food choices, as they, nowadays, tend to prefer ultra-processed and to-go meals that are low nutrient and unhealthy due to their fast-paced lifestyles (Ronto et al., 2017; Wolfson et al., 2025). However, this food products derived from an unsustainable food system that overexploit the planet's natural resources (Crippa et al., 2021). Therefore, slowly transitioning from meat-based food products to plant-based food products could not only reduce the environmental footprint (Macassa, 2021), but also the risk of developing NCDs and obesity (Cena & Calder, 2020; Rosas et al., 2018).

Some instruments have been developed to assess green eating behaviours each with its unique characteristics and limitations. The Sustainable and Healthy Eating Behaviours (SHE) scale was developed by Żakowska-Biemans et al. (2019), and it has 34 items and eight factors that evaluate how often people adopt sustainable and healthy eating behaviours (e.g., reducing food waste, consuming seasonal foods). This scale is not supported by a theoretical model of behaviour change. Also, Verain et al. (2021) developed the Sustainable Food Choice Questionnaire (SUS-FCQ), with two factors which focused on the sustainable motives underlying food choices, distinguishing between general sustainability (6 items) and local and seasonal motives (3 items). More recently, Liz Martins et al. (2023), adapted and validated the Sustainable Healthy Diet (SHED) Index for a sample of Portuguese adults aged between 18-65 years. This index has 30 items that assess sustainable and healthy eating patterns.

The Green Eating Behaviours Scale was developed by Weller et al. (2014). This instrument is based on the Transtheoretical Model (TTM) of behaviour change (Prochaska & Velicer, 1997). The TTM conceptualises behaviour change as a process that occurs across five sequential stages, Precontemplation (no intention to change the behaviour in the next six months), Contemplation (change is intended within six months), Preparation (change is planned imminently), Action (change has occurred for less than six months) and Maintenance (change has occurred for more than six months). This framework also integrated two additional constructs namely, Decisional Balance which consists of the individual's reflection regarding the pros and cons of adopting the new behaviour and Self-efficacy, which reflects the level of confidence an individual has in

adopting and maintaining the new behaviour across multiple contexts (Prochaska & Velicer, 1997).

The instruments that are available to assess GE, are exclusively focused on dietary patterns and therefore, do not integrate the psychological constructs underlying the decision to adopt GE, such as motivational readiness, decisional balance (i.e., an evaluation of the factors that facilitate and difficult its adoption) and self-efficacy. This way, and considering both the small number of people who adopt GE in Portugal, and the urgent need to encourage people to adhere to this sustainable and healthier dietary pattern, it is crucial to have a tool validated on a Portuguese sample that assesses the decisional balance (i.e., the pros and cons) underlying the decision to adopt GE behaviours. Thus, this study aimed to explore the psychometric properties of the Green Eating Behaviours Scale in a sample of Portuguese adults.

2. Methods

2.1. *Design*

This is a descriptive, observational, correlational and cross-sectional study.

2.2. Participants

The study sample consisted of 3,132 residents of Portugal. The inclusion criteria were: (1) residing in Portugal for at least 10 years, (2) being aged between 18 and 65 years, (3) being fluent in Portuguese, and (4) having internet access.

The collected sample is as representative as possible of the resident population, adhering to basic quotas based on biological sex, age group (divided into three categories: 18-34 years, 35-49 years, and 50-65 years), and region according to NUTS-II (North, Center, Metropolitan Lisbon Area, Alentejo, Algarve, Madeira, Azores). The cross-distributions were planned to closely approximate the calculated sample, with minor differences (equal to or less than 0.7%).

Participant's sociodemographic characteristics are presented in Table 1.

Table 1

Participants' sociodemographic characteristics.

	n	***%***
Age (M ± SD)	42.4 ± 11.52	
18 – 34	936	29.9
35 – 49	1111	35.5
50 – 65	1085	34.6
Biological sex		
Female	1629	48.1
Male	1503	51.9
Portugal regions		
North	1083	34.6
Center	693	22.1
Lisbon Metropolitan Area	914	29.2
Alentejo	182	5.8
Algarve	132	4.2
Madeira	71	2.3
Azores	57	1.8
Parity		
No children	1112	35.5
1 children	954	30.5
2 children	834	26.6
3 children	171	5.5
4 or more children	61	1.9
Highest education level obtained		
Primary school	3	0.1
Middle school	211	6.7
High school	949	30.3
Technical/professional courses	370	11.8
University degree	1599	51
Professional status		
Full-time employee	2480	79.2
Part-time employee	200	6.4
Unemployed	216	6.9
Retired	82	2.6
Temporarily inactive	54	1.7
Other	100	3.2
Responsible for purchasing food products		
Yes	99	3.2
No	3027	96.6
Physical activity		

Yes	2248	71.8
No	884	28.2

2.3. Measures

Sociodemographic and health characterization questionnaire. Sociodemographic measured included biological sex, age and residential area. Moreover, the health characterization questionnaire included questions regarding the practice of physical activity and dietary habits, and others (see Table 1).

Green Eating Behaviours Scale (GEBS). This scale was originally developed by Weller et al. (2014) to assess the frequency of green eating behaviours and the assessment of the pros and cons of adopting them. Therefore, this scale has four dimensions: State of Change (SOC) with one item (i.e., "Are you currently following a sustainable diet?"), Green Eating Behaviours (GEB) with six items (e.g., "How often do you select meats, poultry, and dairy products that are raised without antibiotics or hormones?"), Decisional Balance (BD) with 10 items – 5 pros (e.g., "By eating green, I can help protect the planet.") and 5 cons (e.g., "Eating green can be too expensive.") and Self-efficacy (SE) with 8 items – 5 assessing school SE (e.g., "When I go out to eat") and 3 assessing home SE ("e.g., "When I am with my family"). The scale is based on the Transtheoretical Model (Prochaska & Velicer, 1997). Thus, in the SOC item, each response corresponds to the various stages of change proposed by the model, namely Precontemplation (i.e., "No, and I do not intend to in the next 6 months"), Contemplation (i.e., "No, but I intend to in the next 6 months"), Preparation (i.e., "No, but I intend to in the next 30 days"), Action (i.e., "Yes, I have been, but for <6 months") and Maintenance (i.e., "Yes, I have been for the past 6 months"). In the GE behaviours subscale, the frequency of these behaviours was assessed with a Likert scale ranging from 1 (barely ever to never) to 5 (almost always). In the DB subscale, items were rated on a Likert scale, ranging from 1 (not at all important) to 5 (extremely important). Lastly, in the SE subscale, items were rated on a Likert scale ranging from 1 (not at all confident) to 5 (extremely confident). On the development of the scale, the GEBS has demonstrated good psychometric properties, with acceptable to good values of internal consistency across all dimensions: GEB (α = .81), DB Pros (α = .76), DB Cons (α = .70), SE School (α = .85), and SE Home (α = .83). In this study, only the SOC, GEB and DB dimensions were used.

2.4. Procedure

This study is part of the CLIMACTION project – "How do we achieve sustainable eating behaviours to face Climate Change?". A professional survey services company was hired to conduct a quantitative survey. The Portuguese firm DOMP, SA was selected to leverage local expertise and ensure comprehensive coverage, meeting quota sampling requirements and securing a representative data set across diverse demographics. The questionnaire, initially designed by the research team, was adapted by DOMP to a Computer Assisted Web Interview (CAWI) system. After the adaptation, the survey underwent pre-testing, with an initial 20 interviews analysed regarding completion time and potential participant difficulties. No issues were identified that would impede its systematic application.

Additionally, adhering to ethical standards was a priority. Therefore, informed consent for participation in the study was obtained in alignment with the Declaration of Helsinki and the EU General Data Protection Regulation (EU Regulation 2016/679 of 27 April 2016). The CLIMACTION project followed ethical guidelines set by the Portuguese Psychologist Association (Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), 2024) and the American Psychological Association (American Psychological Association (APA), 2017), ensuring that participants retained the right to withdraw from the survey at any time, without consequences. The project received approval from the Ispa – Instituto Universitário Ethical Committee (reference I-150-4-24).

2.5. Data analysis

Regarding data analysis, all analysis were performed using the R software (v.4.5.2), via RStudio (2026.01.1.0), using the packages lavaan and psych. The validity evidence regarding the internal structure was assessed, focusing on dimensionality, and internal consistency. Additionally, convergent and discriminant validity evidences were also explored.

Initially, the descriptive statistics of all items were assessed, including the mean (*M*), standard deviation (*SD*), skewness (*Sk*) and kurtosis (*Ku*), to assess the distributional properties of the GEBS. Items were considered severe violations of normality if the absolute values of Sk > 3 and Ku > 7 (Marôco, 2021). In order to ensure adequate

statistical power, sample size estimation followed Hair et al. (2019) recommendations, which propose a minimum of 5 to 10 participants per manifest variable.

Since the scale had already a theoretical foundation supporting its factor structure, this study aimed to verify the factor structure itself. As such, a Confirmatory Factor Analysis (CFA) was performed. A CFA provides a thorough examination of the proposed factor structure and underlying conceptual framework, allowing for a direct evaluation of the model fit (Bandalos & Finney, 2019). The CFA was performed to evaluate validity evidence based on internal structure, using the diagonally weighted least squares (DWLS) estimation method, specifically designed for ordinal data, using the lavaan package in R (Marôco, 2024). To analyse the quality of the model fit, three quality of fit indices were considered. A good model fit implied several requirements: Goodness of Fit Index (GFI), Comparative Fit Index (CFI) and Tucker-Lewis Index (TLI) ≥ .90; Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) and Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) ≤ .08 (Marôco, 2021). Additionally, it was also used RMSEA's 90% confidence interval and RMSEA's p-value (p ≥ .05; Marôco, 2021).

To assess validity evidence based on internal structure the standardized factor weights and individual reliability of all items were assessed. The threshold for the standardized factor weights was λ ≥. 50, and for the internal reliability was r^2 ≥. 25. Moreover, to analyse evidence of convergent validity, the Average Variance Extracted (AVE) was evaluated. The scale presented convergent evidence if the AVE ≥. 50, according to Fornell-Larcker criterion (Fornell & Larcker, 1981). Furthermore, regarding discriminant validity evidence, the individual AVE of each factor was considered, and its values must be greater than the square of the correlation between factors (Forell & Larcker, 1981).

The internal consistency of the GEBS was assessed through the analysis of the Cronbach's α and the McDonald's ω (measure of composite reliability), which were both considered adequate if α and ω ≥ .70 (Marôco, 2021).

Lastly, to evaluate the structural stability and generalisability of the GEBS across subgroups, measurement invariance was performed using multi-group CFA with the lavaan package. A series of hierarchically nested models were estimated to test increasingly restrictive levels of measurement invariance namely, configural (i.e., same factor structure), metric (i.e., equal factor loadings), and scalar (equal loadings and item

intercepts) across biological sex (i.e., males vs. females) and age groups (i.e., emerging adults: 18-34; early middle-ages: 35-49; and late middle-aged: 50-65). Invariance was assumed when the absolute value of the change in the Comparative Fit Index (ΔCFI) was less than or equal to .01 (Cheung & Rensvold, 2002) and the change in the Root Mean Square Error of Approximation (|ΔRMSEA|) was less than or equal to .02 (Rutkowski & Stevina, 2014), considering the sample size sensitivity of the chi-square difference test.

3. Results

Table 2 presents the participants' stage of change regarding the adoption of GE.

Table 2

Participants' stage of change regarding GE

	n	***%***
Are you currently following a sustainable diet?		
No and I do not intend to have a sustainable diet in the next 6 months	675	21.6
No, but I intend to in the next 6 months	878	28.0
No, but I intend to in the next 30 days	354	11.3
Yes, I have been, but for <6 months	529	16.9
Yes, I have been for the past 6 months	696	22.2

3.1. Validity evidence based on the internal structure

3.1.1. Dimensionality – Items' distributional properties

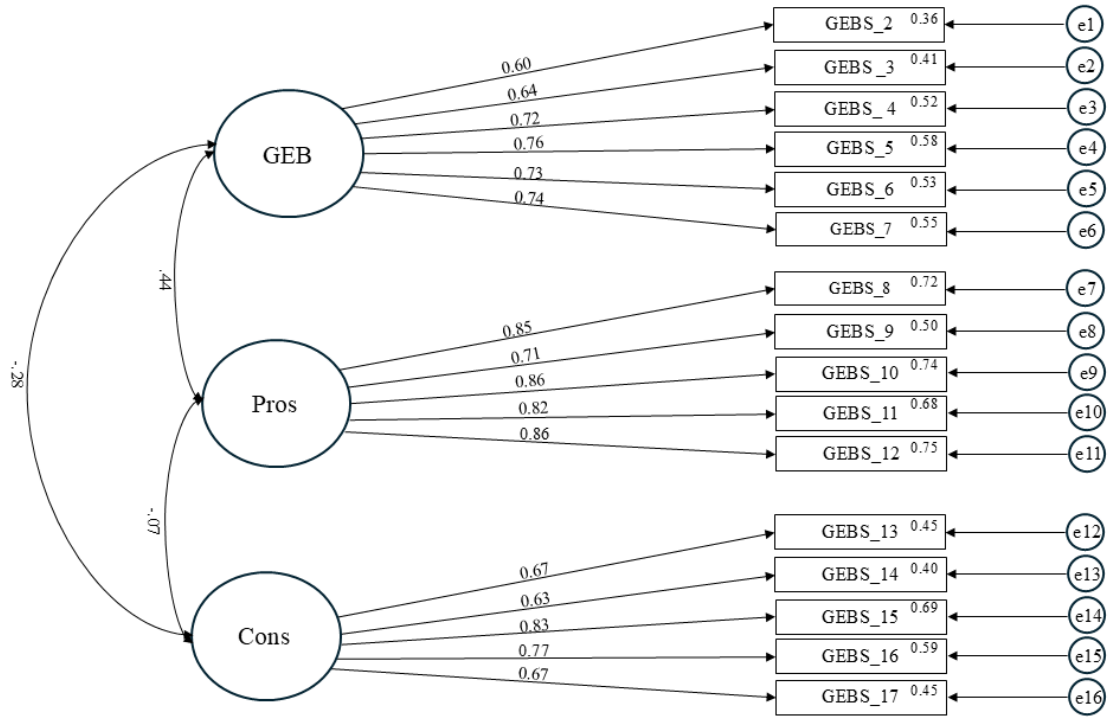
The descriptive statistics of all Green Eating Behaviour Scale (GEBS) items were analysed (Appendix A). No severe violations of normality were found, since all items presented absolute values of skewness and kurtosis under the thresholds, $.03 \leq |Sk| \leq 1.58$ and $.02 \leq .|Ku| \leq 2.56$.

3.1.2. Factor related validity evidence

In order to examine the latent structure of the GEBS, a Confirmatory Factor Analysis (CFA) was performed on the 16 items of the scale. The model (Figure 1) presented a very good fit (SRMR= 0.056; GFI= 0.989; CFI= 0.982; TLI= 0.978; RMSEA= 0.074, p<.001;

90% CI=].071, .076[). All items presented standardized factor loading above the reference value ($\lambda \geq .60$) and good values of individual reliability ($r^2 \geq .36$).

Figure 1 – Factorial structure of the GEBS in a representative sample of Portuguese young adults (n=3,132). Note: the numeric values represent the standardizes factor loadings and individual reliability of each item.



3.1.3. Internal consistency reliability

Internal consistency values were calculated to assess the reliability of the GEBS scale across its three dimensions. The results demonstrated the scale's good internal consistency across all dimensions: Green Eating Behaviour (α = .82, ω = .86), Pros (α = .86, ω = .89), and Cons (α = .80, ω = .89), indicating that the item scores are consistently clustered around the latent variables (i.e., green eating behaviours, pros and cons). Thus, these findings support the robustness of the data collected with the GEBS.

3.1.4. Measurement invariance of the GEBS

The measurement invariance of the GEBS was tested using multigroup CFA across biological sex (i.e., males vs. females) and age groups (i.e., emerging adults: 18-34; early middle-ages: 35-49; and late middle-aged: 50-65). Table 4 presents the results of the invariance analysis.

Table 4

Measurement invariance of the GEBS across biological sex and age groups.

Model	Df	χ^2	$\Delta\chi^2$	ΔDf	P$\|\Delta\chi^2\|$	CFI	RMSEA	ΔCFI	ΔRMSEA
Biological sex									
Configural	202	1966.5				.907	.075	.000	.000
Metric	215	1980.9	14.38	13	.348	.907	.072	-.0001	-.002
Scalar	228	2053.2	72.35	13	<.001	.904	.072	-.003	-.0009
Age groups									
Configural	303	2091.0				.908	.075	.000	.000
Metric	329	2133.3	42.36	26	.023	.907	.072	-.0008	-.0027
Scalar	355	2301.9	168.56	26	<.001	.900	.072	-.0073	.000

Note: Df = degrees of freedom; χ^2 = chi-square value; $\Delta\chi^2$ = difference in chi-square value from the previous model; ΔDf = difference in degrees of freedom from the previous model; P$\|\Delta\chi^2\|$ = p-value for the chi-square difference test.

The GEBS demonstrated configural, metric and scalar invariance across both biological sexes and across all age groups, demonstrating the scale's stability and consistency across subgroups. These findings provide robust support regarding the validity evidence based on the internal structure of the GEBS.

3.2. Convergent validity evidence

The scale presented slight problems regarding the convergent validity evidence, since the dimensions Green Eating Behaviours and Cons presented an Average Variance Extracted (AVE) of .43 and .46, respectively. However, the dimension Pros presented convergent validity (AVE = .57).

3.3. Discriminant validity evidence

The scale demonstrated discriminant validity evidence in all dimensions since the square of the correlations between any two dimensions ($.007 \geq r^2 \geq .186$) is significantly lower than the individual AVE of each dimension ($AVE_{GEB} = .43$; $AVE_{Pros} = .57$;$AVE_{Cons} = .46$). These results highlight the scale's ability to discriminate between distinct constructs.

4. Discussion

This study aimed to explore the psychometric properties of the Green Eating Behaviours Scale (GEBS) in a representative sample of Portuguese adults, aged 18-65 years, focusing on the instruments' construct validity and reliability. This is an important contribution to the fields of sustainability and health psychology, since unsustainable and unhealthy eating patterns are currently jeopardising both human and environmental health (Rockström et al., 2025). Although a preference for ultra-processed foods which are rich in sugar, salt and fat, is associated with the development of obesity and non-communicable diseases (e.g., cardiovascular diseases; Rosas et al., 2018), this preference is also linked with environmental deterioration, soil acidification and biodiversity loss (Anastasiou et al., 2022; Crippa et al., 2021). Thus, considering the power that food has to optimise human health and environmental sustainability (Willett et al., 2019), there is an urgent need to promote the adoption of GE behaviours, as a way of mitigating climate change and promote health across generations.

The GEBS demonstrated a very good model fit (SRMR= 0.056; GFI= 0.989; CFI= 0.982; TLI= 0.978; RMSEA= 0.074, p<.001; 90% CI=].071, .076[) and good values of internal consistency across all the addressed dimensions Green Eating Behaviour (α = .82, ω = .86), Pros (α = .86, ω = .89), and Cons (α = .80, ω = .89), highlighting the scales' structural robustness. All items demonstrated good descriptive statistics, without any violations of normality, and also standardized factor loadings and individual reliabilities above the previously mentioned cutoffs.

Measurement invariance analyses provided further support for the robustness of the GEBS across the addressed demographic subgroups. The analysis of the configural, metric, and scalar invariance demonstrated that the scale can discriminates across the two biological sexes (ΔCFI = .0001 and .003; ΔRMSEA = .002 and .0009, respectively) and the three age groups (ΔCFI = .0008 and .007; ΔRMSEA = .0027 and .000, respectively), indicating that the instrument measures GE and the TTM constructs equivalently across males and females respondents, and also across the three phases of adulthood addressed (i.e., 18-65 years). These findings are aligned with the ones by Weller et al. (2014), who found invariance across biological sex and ethnicity in a sample of American college students in the original scale. Thus, these results support the broader applicability of the instrument beyond its original population.

In what concerns validity, the scale has demonstrated some issues regarding convergent validity evidence as the Green Eating Behaviours (AVE = .43) and Cons (AVE = .46) dimensions presented an Average Variance Extracted (AVE) under the considered cutoff, while the dimension Pros presented convergent validity (AVE = .57). Nevertheless, if the AVE is lower than .50 but the composite reliability is equal to or greater than .70, the construct validity can still be adequate (Fornell & Larcker, 1981; Hair et al., 2019). Thus, since the composite reliability of both Green Eating Behaviours and Cons was .86 and .89 respectively, these good values of composite reliability the construct validity of both dimensions is still considered adequate, as the internal consistency of the items ensures a cohesive latent structure. On the other hand, the scale has demonstrated evidence of discriminant validity, reinforcing the scale's ability to discriminate between different constructs.

The validation of the GEBS in this sample of Portuguese adults has significant implications for both research and practice. In this study, about half of the participants (i.e., 49,5%) were in the Precontemplation and Contemplation phases of the Transtheoretical Model (TTM), suggesting that a substantial part of the population of Portuguese adults have not yet adopted Green Eating (GE) and a significant part of them do not have the motivational readiness to do so. This finding is consistent with the results obtained in Weller et al. (2014)'s study with American college students, despite the fact that this Portuguese sample demonstrated a more balanced stage distribution, with a higher number of participants in the Action and Maintenance phases. Nevertheless, the predominance of participants in the pre-action stages highlights the pertinence of developing theoretically supported interventions targeting motivational readiness rather than solely providing behavioural change guidelines. According to the TTM, individuals in the Precontemplation and Contemplation stages, benefit most from interventions focused on raising awareness regarding the advantages (i.e., pros) of GE and shift their decisional balance in order to perceive more GE pros than cons, rather than action-oriented strategies (Prochaska & DiClemente, 1992). In this way, the availability of a validated, brief, and psychometrically robust instrument in Portuguese makes it possible to develop such interventions addressing the participant's stage of change, frequency of GE behaviours and decisional balance thus, maximising their effectiveness. Beyond intervention development, the GEBS provides a valuable tool for monitoring GE behaviours in epidemiological research, allowing for the assessment of the outcomes of public health programmes and boost national sustainability, aligning with the Sustainable Development Goals for 2030 settled by United Nations.

This study has some limitations. Firstly, only 39,5% of the sample practised GE, and this instrument was based on self-assessment. Additionally, this research team did not include the self-efficacy (SE) dimension, as it exclusively focuses on the participants' self-confidence to maintain these GE behaviours at school and at home. So, in this sample of emerging adults and middle-aged adults, the SE at school would not fit the participant's professional contexts, since a high percentage of them are not at school anymore. Therefore, future studies should include this SE dimension in their validation studies, as a way of ensuring the validation of the whole scale in a sample of Portuguese participants, giving the pertinence of comprehending the level of confidence people have in their ability to maintain GE despite the adversities of daily life (e.g., lack of time to prep a

meal). However, this study also has its strengths namely, it used a representative sample of the Portuguese adult population aged between 18 and 65 years, as well as the fact that it is validating the GEBS in this representative sample of Portuguese adults, thereby reinforcing the study's methodological robustness.

In conclusion, the present study has shown that the GEBS is a reliable, valid and robust tool to assess both the frequency of GE behaviours, and the decisional balance behind the choice of adopting GE, allowing for a profound comprehension of the factors that facilitate and barrier GE. The instrument has demonstrated strong psychometric properties, and it is also theoretically supported, making it a good instrument to use in the sustainability field. By providing an overview of the frequency of GE, and the pros and cons behind that decision, the GEBS can help identifying the barriers to GE in order to overcome them, and highlighting its facilitators, in order to increase GE adherence and therefore, mitigate the consequences of climate change that are already being witnessed.

5. Funding

CLIMACTION (ref. FP23-2B097) was funded by the Social Observatory of the "la Caixa" Foundation, within the framework of the Flash Call to support research on the social impact of Climate Change (LCF/PR/FP23/62020027). This work is funded with national funds from FCT – Fundação para a Ciência e Tecnologia, I.P., in the context of the R&D Unit: UID/04810/2025 – William James Center for Research.

6. Appendices

Appendix A – Descriptive statistics of the GEBS items.

Item	*M*	*SD*	Min	Max	*Sk*	*Ku*
Está atualmente a fazer uma	2.90	1.48	1	5	.18	-1.43

alimentação sustentável?						
Com que frequência consome alimentos cultivados localmente?	3.38	.95	1	5	-.39	.02
Com que frequência faz compras em mercados de agricultores?	2.87	1.10	1	5	-.09	-.69
Com que frequência escolhe alimentos rotulados como biológicos?	2.72	.99	1	5	.04	-.41
Com que frequência opta por carnes, aves e lacticínios de animais que foram criados sem antibióticos ou hormonas?	2.89	1.12	1	5	-.03	-.74
Com que frequência opta por alimentos ou bebidas rotuladas com certificação de comércio	2.56	1.06	1	5	.14	-.68

justo ou solidário ?						
Com que frequência compra carne ou produtos de aves rotulados como “de criação ao ar livre” ou “livre de gaiola”?	3.05	1.10	1	5	-.18	-.56
Ao comer de forma sustentável, posso ajudar a proteger o planeta.	4.04	.93	1	5	-.83	.43
Comer alimentos pouco processados é melhor para a minha saúde.	4.37	.88	1	5	-1.58	2.56
Ao comer de forma sustentável, posso melhorar a qualidade da minha dieta.	4.21	.84	1	5	-.95	.74
Ao comer de forma sustentável, posso apoiar a economia local.	4.13	.87	1	5	-.94	.86

Tenho orgulho em poder ajudar o ambiente, ao comer de forma sustentável.	3.98	.95	1	5	-.77	.31
Comer de forma sustentável não é prático para a minha vida neste momento.	3.10	1.12	1	5	-.12	-.56
Comer de forma sustentável pode ser muito caro.	3.82	.99	1	5	-.67	.15
Comer de forma sustentável seria muito difícil.	3.12	1.06	1	5	-.15	-.39
Alimentos produzidos de forma sustentável não estão disponíveis para mim.	2.92	1.06	1	5	-.03	-.38
Não consigo encontrar alimentos sustentáveis onde faço compras.	2.87	1.09	1	5	.03	-.48

7. References

American Psychological Association (APA). (2017, January 1). *ETHICAL PRINCIPLES OF* PSYCHOLOGISTS *AND CODE OF CONDUCT*. https://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf

Anastasiou, K., Baker, P., Hadjikakou, M., Hendrie, G. A., & Lawrence, M. (2022). A conceptual framework for understanding the environmental impacts of ultra-processed foods and implications for sustainable food systems. *Journal of Cleaner Production*, *368*, 133155. https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2022.133155

Bandalos, D. L., & Finney, S. J. (2019). Factor analysis: Exploratory and confirmatory. In G. R. Hancock, L. M. Stapleton, & R. O. Mueller (Eds.), The reviewer's guide to quantitative methods in the social sciences (2nd ed, pp. 98–122). Routledge/Taylor & Francis Group. https://doi.org/10.4324/9781315755649-8

Cena, H., & Calder, P. C. (2020). Defining a Healthy Diet: Evidence for the Role of Contemporary Dietary Patterns in Health and Disease. *Nutrients*, *12*(2), 334. https://doi.org/10.3390/nu12020334

Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. S*tructural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 9*(2), 233–255. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0902_5

Crippa, M., Solazzo, E., Guizzardi, D., Monforti-Ferrario, F., Tubiello, F. N., & Leip, A. (2021). Food systems are responsible for a third of global anthropogenic GHG emissions. *Nature Food*, *2*(3), 198–209. https://doi.org/10.1038/s43016-021-00225-9

EAT–Lancet Commission 2.0: Securing a just transition to healthy, environmentally sustainable diets for all. (2023). *The Lancet*, *402*(10399), 352–354. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01290-4

FAO, & WHO. (2019). *Sustainable healthy diets – Guiding principles. Rome*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241516648

Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error: Algebra and Statistics. Journal of Marketing Research, 18, 382-388. http://dx.doi.org/10.2307/3150980

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage Learning.

Lantern. (2021). *The Green Revolution Portugal, Edição 2021* (p. 27). https://www.lantern.es/lantern-papers-pt/o-relatorio-de-analise-the-green-revolution-portugal-2021

Lantern. (2023). *The Green Revolution, Edição 2023* (p. 32). https://www.lantern.es/lantern-papers-pt/the-green-revolution-2023-portugal

Liz Martins, M., Tepper, S., Marques, B., & Abreu, S. (2023). The SHED Index: A Validation Study to Assess Sustainable HEalthy Diets in Portugal. *Nutrients*, *15*(24), 5071. https://doi.org/10.3390/nu15245071

Macassa, G. (2021). Can Sustainable Health Behaviour Contribute to Ensure Healthy Lives and Wellbeing for All at All Ages (Sdg 3)? A Viewpoint. *Journal of Public Health Research*, *10*(3), jphr.2021.2051. https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2051

Marôco, J. (2021). Análise *de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações* (3rd edn). ReportNumber.

Marôco, J. (2024). Factor Analysis of Ordinal Items: Old Questions, Modern Solutions? *Stats*, *7*(3), 984–1001. https://doi.org/10.3390/stats7030060

Masson-Delmotte, V., Zhai, P., Pörtner, H.-O., Roberts, D., Skea, J., & Shukla, P. (2018). *Global Warming of 1.5°C: IPCC Special Report on Impacts of Global Warming of 1.5°C above Pre-industrial Levels in Context of Strengthening Response to Climate Change, Sustainable Development, and Efforts to Eradicate Poverty* (1st edn). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781009157940

Monroe, J. T., Lofgren, I. E., Sartini, B. L., & Greene, G. W. (2015). The Green Eating Project: Web-based intervention to promote environmentally conscious eating

behaviours in US university students. *Public Health Nutrition*, *18*(13), 2368–2378. https://doi.org/10.1017/S1368980015002396

Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP). (2024, August 14). *Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP)*. Diário da República. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/caodigo_deontolaogico_regulamento_nao_898_2024.pdf

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*(9), 1102–1114. https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102

Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American journal of health promotion: AJHP*, *12*(1), 38–48. https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38

Rockström, J., Thilsted, S. H., Willett, W. C., Gordon, L. J., Herrero, M., Hicks, C. C., Mason-D'Croz, D., Rao, N., Springmann, M., Wright, E. C., Agustina, R., Bajaj, S., Bunge, A. C., Carducci, B., Conti, C., Covic, N., Fanzo, J., Forouhi, N. G., Gibson, M. F., … DeClerck, F. (2025). The EAT–Lancet Commission on healthy, sustainable, and just food systems. *The Lancet*, *406*(10512), 1625–1700. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01201-2

Rosas, R., Pimenta, F., Leal, I., & Schwarzer, R. (2018). FOODLIT-PRO: Developing Food Literacy. *Psicologia, Saúde & Doença*, *19*(1), 122–128. https://doi.org/10.15309/18psd190118

Ronto, R., Ball, L., Pendergast, D., & Harris, N. (2017). What is the status of food literacy in Australian high schools? Perceptions of home economics teachers. *Appetite, 108*, 326– 334. https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.10.024

Verain, M. C. D., Snoek, H. M., Onwezen, M. C., Reinders, M. J., & Bouwman, E. P. (2021). Sustainable food choice motives: The development and cross-country validation of the Sustainable Food Choice Questionnaire (SUS-FCQ). *Food Quality and Preference*, *93*, 104267. https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2021.104267

Weller, K. E., Greene, G. W., Redding, C. A., Paiva, A. L., Lofgren, I., Nash, J. T., & Kobayashi, H. (2014). Development and Validation of Green Eating Behaviors, Stage of Change, Decisional Balance, and Self-Efficacy Scales in College Students. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, *46*(5), 324–333. https://doi.org/10.1016/j.jneb.2014.01.002

Willett, W., Rockström, J., Loken, B., Springmann, M., Lang, T., Vermeulen, S., Garnett, T., Tilman, D., DeClerck, F., Wood, A., Jonell, M., Clark, M., Gordon, L. J., Fanzo, J., Hawkes, C., Zurayk, R., Rivera, J. A., De Vries, W., Majele Sibanda, L., … Murray, C. J. L. (2019). Food in the Anthropocene: The EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *The Lancet*, *393*(10170), 447–492. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31788-4

Wolfson, J. A., Tucker, A. C., Leung, C. W., Rebholz, C. M., Garcia-Larsen, V., & Martinez-Steele, E. (2025). Trends in Adults' Intake of Un-processed/Minimally Processed, and Ultra-processed foods at Home and Away from Home in the United States from 2003-2018. *The Journal of nutrition*, *155*(1), 280–292. https://doi.org/10.1016/j.tjnut.2024.10.048

Żakowska-Biemans, S., Pieniak, Z., Kostyra, E., & Gutkowska, K. (2019). Searching for a Measure Integrating Sustainable and Healthy Eating Behaviors. *Nutrients*, *11*(1), 95. https://doi.org/10.3390/nu11010095