



Universidade Católica Portuguesa

A Mulher em Múltiplos Papéis e os seus efeitos para o Bem-Estar Psicológico e Satisfação Marital

Dissertação de mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Psicologia: Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Por
Nídia Castro Fortes Lopes Cardoso



Faculdade de Filosofia
Centro Regional de Braga

Novembro de 2011



Universidade Católica Portuguesa

A Mulher em Múltiplos Papéis e os seus efeitos para o Bem-Estar Psicológico e Satisfação Marital

Dissertação de mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Psicologia: Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Por

Nídia Castro Fortes Lopes Cardoso

Sob a Orientação da Prof. Doutora Eleonora Costa



Faculdade de Filosofia
Centro Regional de Braga

Novembro de 2011

AGRADECIMENTOS

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização desta Dissertação de Mestrado, os meus sinceros agradecimentos.

Agradeço particularmente à Professora Doutora Eleonora Costa pela sua colaboração, partilha do saber e pela disposição do seu tempo para me fornecer orientações essenciais o meu crescimento académico e profissional.

Às participantes do estudo, pelo seu tempo, honestidade e pela partilha das suas vidas.

Por último, e não menos importante, não posso deixar de manifestar o meu apreço pelo incentivo, compreensão e apoio incondicional dos meus pais e avô, José, Sílvia e João, da minha irmã Denise e minhas sobrinhas Alícia e Eileen, do meu namorado André e do meu cunhado Zilmar.

A todos o meu profundo reconhecimento.

RESUMO

Este estudo analisa o envolvimento da mulher em múltiplos papéis e as consequências para o Bem-estar Psicológico e a Satisfação Marital, percebendo como ela se estrutura para desempenhar os diversos papéis, mantendo o Bem-Estar Psicológico fundamental para lhe conferir estabilidade emocional e qualidade das respostas às exigências do dia-a-dia.

O estudo foi suportado por um quadro teórico capaz de proporcionar uma compreensão sobre o tema e de sustentar cientificamente os resultados atingidos. Do ponto de vista metodológico, tratou-se de um estudo quantitativo correlacional, com base num questionário sócio-demográfico e nas escalas de Bem-Estar Psicológico, no Índice de Satisfação Marital e nas escalas de Qualidade de Papéis, aplicados a uma amostra de 60 mulheres, sob os critérios: ter um trabalho remunerado, ser mãe e casada.

Os resultados obtidos permitem concluir que quanto maior for nível de satisfação no casamento e as recompensas com o trabalho remunerado maior é o nível de Bem-Estar Psicológico; a multiplicidade de papéis constitui um estímulo positivo e desafiante para a maturação e autonomia da mulher, sendo promotores de Bem-Estar Psicológico e de Satisfação Marital; na relação entre o desempenho de múltiplos e a Satisfação Marital, e as suas consequências para o Bem-Estar Psicológico, os resultados são inconclusivos numa possível correlação entre estes papéis e a Satisfação Marital. As participantes apresentaram elevado índice de Satisfação Marital contribuindo para o seu Bem-Estar Psicológico.

Palavras-chave: Mulher, Bem-estar Psicológico, Saúde Mental, Multiplicidade de Papéis, Satisfação Marital, preocupações e recompensas.

ABSTRACT

The study presented here analyses women's involvement in several roles and its consequences for the Psychological Well-Being and Marital Satisfaction, trying to understand how they manage to carry out the various roles, while keeping the fundamental Psychological Well-Being that provides them emotional stability and allows them to provide quality responses to their daily demands.

The study was supported by a theoretical background concerning the theme and scientifically supporting the results obtained. On the methodological point of view, this is a correlational quantitative study, based on a socio-demographic questionnaire and on the Psychological Well-Being scales, the Marital Satisfaction Index and the Role Quality scales, applied to a sample of 60 women, who meet the criteria: having a remunerated occupation, being a mother and being married.

The results obtained allow one to conclude that the higher the levels of satisfaction in marriage and the rewards of the remunerated occupation are, the higher is the level of Psychological Well-Being; the multiplicity of roles becomes a positive and challenging stimulus for the maturing and autonomy of the women, being promoters of Psychological Well-Being and Marital Satisfaction; in the relation between the multiple role development and Marital Satisfaction and its consequences on Psychological Well-Being, the results are inconclusive in a possible correlation of these roles and Marital Satisfaction. The participants present a high index of Marital Satisfaction, contributing to their Psychological Well-Being.

Key-words: Woman, Psychological Well-Being, Mental Health, Multiplicity of Roles, Marital Satisfaction, concerns and rewards.

ÍNDICE

Agradecimentos	i
Resumo	ii
Abstract	iii
Índice	iv
Índice de Figuras	vi
Índice de Quadros.....	vi
Introdução.....	1
Parte I– CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA.....	3
Capítulo I: CONCEPTUALIZAÇÃO DO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO.....	4
1.1. Conceito de Bem-Estar.....	4
1.2. Modelos de Bem-Estar.....	5
1.3. Modelo de Bem-Estar Psicológico.....	7
1.4. Pressupostos e Referenciais do Modelo de Bem-Estar Psicológico de Ryff	10
Capítulo II: A CONDIÇÃO DE SAÚDE MENTAL NA MULHER.....	24
1.1. Saúde mental: uma questão de equilíbrio biológico, psicológico e social.....	24
1.1.1. Factores Biológicos.....	27
1.1.2. Factores Psicológicos.....	28
1.1.3. Factores Sociais.....	30
1.2. Perturbações Mentais Associados à Mulher.....	31
1.2.1. Perturbações Depressivas.....	32
1.2.2. Perturbações de Ansiedade.....	33
1.2.3. Perturbações Alimentares.....	35
1.2.4. Perturbações Associadas ao Ciclo Reprodutivo.....	36
1.2.5. Perturbações Mentais Associadas à Perimenopausa e à Menopausa.....	38
1.2.6. Factores externos capazes de provocar perturbações mentais na mulher.....	39
Capítulo III: A MULHER NOS MÚLTIPLOS PAPÉIS SOCIAIS.....	42
1.1. Ser mulher – a construção de imagens	43
1.2. Ser mãe – a afirmação da identidade feminina.....	44
1.3. Ser esposa – da submissão à emancipação.....	47
1.4. Ser profissional – autonomia financeira, desafios e emancipação.....	49

Parte II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	55
Capítulo IV: METODOLOGIA	56
1. Objectivos de investigação e sua fundamentação.....	56
2. Hipóteses de estudo.....	57
3. Variáveis de estudo.....	58
4. Procedimento de recolha de dados.....	58
5. Instrumentos de avaliação utilizados.....	59
5.1. Questionário Sócio-Demográfico.....	59
5.2. Escalas de Bem-Estar Psicológico.....	59
5.3. Índice de Satisfação Marital.....	61
5.4. Escalas de Qualidade de Papéis.....	61
6. Procedimento de análise de dados.....	62
Capítulo V: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	64
1. Apresentação de Resultados.....	64
1.1. Caracterização da amostra.....	64
1.2. Resultados do teste de hipóteses.....	65
2. Discussão dos resultados.....	71
CONCLUSÃO.....	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
ANEXOS	

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1: Interação de factores biológicos, psicossociais e sociais no desenvolvimento das perturbações mentais.....	27
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Caracterização sócio-demográfica da amostra.....	64
Quadro 2: Estatística descritiva dos resultados obtidos com o Índice de Satisfação Marital, a Escala de Bem-estar Psicológico e a Escala de Qualidade de Papéis.....	66
Quadro 3: Consistência interna por escala e subescalas.....	67
Quadro 4: Correlação do Bem-estar Psicológico com o Índice de satisfação marital e com as recompensas do papel do trabalho remunerado.....	67
Quadro 5: Análise de regressão linear múltipla para predizer o Bem-estar Psicológico, tomando como preditores a qualidade do papel do trabalho: recompensas e o Índice de Satisfação Marital.....	68
Quadro 6: Correlação do Bem-estar Psicológico com as recompensas do papel do trabalho remunerado e com as recompensas do papel parental.....	68
Quadro 7: Análise de regressão linear múltipla para predizer o Bem-estar Psicológico, tomando como preditores a qualidade do papel do trabalho: recompensas e a qualidade do papel parental: recompensas.....	69
Quadro 8: Correlação do Bem-estar Psicológico com as preocupações do papel do trabalho remunerado e com as preocupações do papel de mãe.....	69
Quadro 9: Análise de regressão linear múltipla para predizer o Bem-estar Psicológico, tomando como preditores a qualidade do papel do trabalho: preocupações e a qualidade do papel parental: preocupações.....	70
Quadro 10: Correlação entre a idade e a qualidade do papel do trabalho e parental....	70
Quadro 11: Análises de regressão linear simples para predizer a qualidade de papéis, tomando a idade como preditor.....	71

INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como principal objectivo, analisar o envolvimento da mulher em múltiplos papéis sociais e os seus efeitos para o Bem-Estar Psicológico e Satisfação Marital.

Diversos autores (Amatea & Fonge , 2006; Possatti & Dias 2002a) chamam a atenção sobre os estudos que têm vindo a ser realizados, nos últimos anos, sobre a complexidade e a multiplicidade de papéis sociais, analisando as consequências do seu exercício para a saúde física e mental tanto para o homem como para a mulher. Defendem que em Portugal não se tem escrito muito sobre a problemática e que os dados conhecidos referem-se a contextos diferentes da sociedade portuguesa, embora seja observável um crescimento significativo da mulher no mercado de trabalho formal português, situação que requer atenção e avaliação dos seus reflexos na saúde física e mental.

Em Portugal, a mulher continua a ter uma posição central no interior da família com tudo o que isso implica de responsabilidades inerentes ao seu agregado familiar, sendo quem toma decisões, organiza e comanda a vida familiar. No seu papel de mãe e esposa, ela vê-se responsabilizada pelo equilíbrio e harmonia social, através do seu desempenho familiar (Araújo, 2007). A centralidade deste papel para a mulher, faz com que ela procure situações profissionais que tanto satisfaçam os interesses financeiros, como preencha as necessidades emocionais de harmonia e de Bem-Estar Psicológico para a sua família (*idem*).

Borsa e Feil (2008) discutem a noção de centração da mulher nos aspectos relacionais, emotivos e familiares, pretendendo que a sua profissão seja um meio de prosperidade económica correlacionada com a harmonia sentimental e familiar, quando o homem, por sua vez, procura o prestígio social, o êxito profissional e social, o estatuto e o salário.

Na realidade, a mulher tem vindo a enfrentar uma grande luta para atingir as condições de igualdade de direitos no acesso e nas condições de emprego, com resultados em vários domínios, aproximando-se da situação reservada ao homem na sociedade. Isto tem-lhe permitido ultrapassar o papel que lhe era reservado, ou seja, o de ser apenas uma boa dona de casa, a quem competia cuidar da família assegurando as condições internas para o seu funcionamento e equilíbrio emocional (Amâncio, 1987, *cit in* Araújo, 2007). Persistem, no entanto, comunidades que seguem uma organização patriarcal e conservam valores sociais discriminatórios da condição da mulher perante o homem, dificultando a igualdade entre os sexos. Facto este que se reflecte na relação laboral (Araújo, 2007).

As limitações laborais com que a mulher se depara vão desde as colocações limitadoras reservadas para ela até o acumular de funções com aquelas que anteriormente desempenhava,

nomeadamente, no seio da família. Esta situação tem vindo a solicitar estudos, surgindo como foco de conflitos e de problemas, embora para alguns, são ganhos para as pessoas envolvidas em vários papéis, em casos que estes lhes são gratificantes conferirem sentido à vida e o reforço da identidade pessoal (Thoits, 1983, *cit in* Possatti & Dias, 2002a).

Com todas as solicitações que advém da assunção, em regime de acumulação com novos papéis sociais pela mulher, torna-se interessante relacionar o conceito de Bem-Estar Psicológico com as responsabilidades e com a importância que ela tem no seio familiar e no enquadramento social. Importa perceber a forma como ela se vê e como se realiza como mãe, esposa e profissional.

Assim, o problema de investigação que propomos, à *priori*, abordar configurou-se na percepção de como a mulher se estrutura para desempenhar os diversos papéis sociais, mantendo o Bem-Estar Psicológico fundamental para lhe conferir estabilidade emocional e qualidade de respostas às exigências do dia-a-dia.

Este trabalho consta de um quadro teórico resultante de uma revisão bibliográfica sobre o tema, num ponto onde são abordados os aspectos metodológicos incluindo os objectivos, questões de investigação e hipóteses, a amostra, os instrumentos e os procedimentos de recolha, a análise de dados e a bibliografia.

PARTE I: CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

CAPÍTULO I: CONCEPTUALIZAÇÃO DO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO

O estudo do envolvimento da mulher em múltiplos papéis e sua relação com o Bem-Estar Psicológico conduz-nos, de imediato, à tentativa de compreensão dos conceitos de bem-estar, nas suas diferentes formas, percepções e conceptualizações desenvolvidas pelos teóricos que se têm dedicado a estudos e que têm desenvolvido trabalhos de relevo neste campo de investigação. Efectivamente, não poderíamos promover o nosso olhar sobre as condições de Bem-Estar Psicológico da mulher esposa, mãe e trabalhadora remunerada, sem antes conhecer o pensamento da comunidade científica sobre esta matéria, o qual resultou nas discussões travadas nas linhas deste capítulo.

1.1. Conceito de Bem-Estar

O estudo do bem-estar humano iniciou-se como uma preocupação no âmbito da filosofia, face à necessidade de perceber os aspectos que determinam as condições de felicidade (Gonçalves, 2008).

Desde a Grécia antiga, filósofos como Demócrito, Sócrates, Platão, Aristóteles e Epicuro dedicaram-se a compreender e a explicar os significados da felicidade e da sua importância na vida do indivíduo. Daí em diante, só no século XIX esta problemática é retomada, no âmbito da psicologia científica, sendo que os estudos mais significativos aconteceram a partir da segunda metade do século XX, com a estruturação do Modelo de Bem-Estar Subjectivo e, posteriormente com o de Bem-Estar Psicológico (Gonçalves, 2008), objecto de estudo neste trabalho de investigação.

O bem-estar é o resultado de uma avaliação subjectiva sobre aspectos cognitivos e emocionais, centrada em valores, necessidades e sentimentos, com base na satisfação com a vida, satisfação profissional, satisfação na relação com os outros, nas vivências do quotidiano e nos aspectos afectivos positivos. Resulta do exercício de um papel activo na sociedade, de interações apropriadas com os outros, da capacidade de ultrapassar dificuldades sem perturbações significativas ou *stress*, em última análise, a capacidade de realização positiva do projecto de vida pessoal, tirando daí satisfação pessoal e bem-estar (Mesquita, 2008; Novo, 2003).

Rodrigues (2010), com base nos estudos de Wilson (1967), discute a análise das variáveis “satisfação” e “bem-estar ” sob duas perspectivas: a primeira, sob o pressuposto de que a satisfação imediata de necessidades produz felicidade, enquanto a persistência de

necessidades causa infelicidade; a segunda, sob o pressuposto de que o grau de satisfação necessário para produzir felicidade depende da adaptação ou do nível de aspiração, que é influenciado pelas experiências vividas, pelas comparações com os outros, pelos valores pessoais e outros factores.

Os estudos realizados contribuíram para a noção de felicidade como o resultado de um equilíbrio entre afectos positivos e negativos, associados à experiência imediata, bem como à percepção da satisfação como processo de auto-avaliação do percurso de vida (Keys *et al.*, 2002, *cit in* Rodrigues, 2010).

No que se refere à relação entre os conceitos de bem-estar e de felicidade, estes podem ter o mesmo significado, pois as pessoas experimentam situações de bem-estar quando se aproximam dos objectivos ou se encontram envolvidas em actividades interessantes, havendo um elemento de estabilidade das condições sob as quais as pessoas vivem (Graziano, 2005).

Este estudo envolvendo a percepção do conceito de Bem-Estar Psicológico na mulher mãe, esposa e profissional requer, por um lado, a compreensão dos constructos que envolvem o conceito de bem-estar e, por outro, a análise associada do conceito de Bem-Estar Psicológico com as condições em que ela exerce funções no seio da família e da sociedade laboral, bem como a construção da imagem que se tem da mulher e que ela tem de si própria.

1.2. Modelos de Bem-Estar

A noção de bem-estar tem vindo a ser desenvolvida em dois domínios fundamentais: o do desenvolvimento do adulto e da saúde mental e o dos aspectos psicossociais, da qualidade e circunstâncias da vida (Novo, 2003). Os estudos realizados até então projectam duas concepções distintas de bem-estar, suportadas por diferentes trabalhos de investigação, realizados fundamentalmente em duas épocas, a saber: a concepção de Bem-Estar Subjectivo e a de Bem-Estar Psicológico.

O Modelo de Bem-Estar Subjectivo surgiu nos anos 1960, sustentado por estudos empíricos, com ênfase nos conceitos de felicidade, satisfação e experiências emocionais. Este modelo tem como motivação a identificação de características sócio-demográficas associadas à qualidade de vida e à satisfação, tendo em vista atingir a felicidade. Encontra a sua fundamentação na avaliação que as pessoas fazem das suas vidas em função dos valores, necessidades e sentimentos, independentemente dos valores universais ou de qualidade do funcionamento psicológico (Rodrigues, 2010; Novo, 2003; Gonçalves, 2008).

Quanto ao Modelo de Bem-Estar Psicológico, trata-se de um modelo orientado para o aprofundamento da compreensão dos processos psicológicos subjacentes ao conceito de bem-estar e foi proposto nos anos 80 por Ryff. Segundo Hall e Lindzey (1984a 1984b) este modelo assenta na caracterização das dimensões básicas de funcionamento positivo e consubstancia-se nas teorias de orientação humanística da psicologia do desenvolvimento de Rogers, em 1961; de Maslow, em 1957; e Jung, em 1933; e nas teorias da saúde mental e da psicologia clínica e nos modelos conceptuais de Allport, em 1955; Neugarten, em 1973; e Jahoda, em 1958. Assim, o modelo integra conceitos básicos da saúde mental, da psicologia do desenvolvimento e da psicologia clínica.

O modelo de Bem-Estar Psicológico, como afirma Mesquita (2008), surge na sequência de várias investigações em Psicologia que procuraram perceber questões como o sofrimento, a infelicidade e outros aspectos que geram sentimentos negativos no indivíduo, sem uma preocupação pelo estudo das condições de felicidade e de bem-estar necessários ao estabelecimento de uma situação psicológica positiva.

Baseando-se em Diener (1984), para quem os factores ligados à personalidade e às circunstâncias ambientais amplas e duradouras podem provocar mudanças substanciais e de longa duração no Bem-Estar Subjectivo, e em Jahoda (1958), Mesquita (2008) assegura que o conceito de Bem-Estar Psicológico surge a partir do conceito Bem-Estar Subjectivo, entendido como a avaliação cognitiva e afectiva que o indivíduo apresenta acerca da sua vida. Efectivamente, o conceito de Bem-Estar Psicológico de Ryff (1989) reinterpreta os conceitos associados ao Bem-Estar Subjectivo, no sentido da procura do ajustamento pessoal que ocorre ligado à motivação na procura de atingir a felicidade, com ênfase no desenvolvimento da personalidade, factor importante para se atingir a auto-realização.

Diener e Scollon e Lucas (2003) afirmam que existe forte influência da personalidade no Bem-Estar Subjectivo, quando são considerados os níveis médios de afecto a longo prazo e as emoções momentâneas são influenciadas por factores situacionais. Apesar disso, reconhece que os acontecimentos imediatos podem ser substanciais, pois as pessoas podem levar muitos anos a adaptarem-se a situações fortemente negativas e que este período de adaptação pode variar de indivíduo para indivíduo, de acordo com os factos vividos, mas também em relação ao próprio indivíduo em diferentes momentos.

No entanto, verifica-se que as emoções negativas exigem mais tempo do que as emoções positivas para que a adaptação aconteça. Naturalmente, o nível de satisfação pode

modelar as emoções, aumentando ou diminuindo as positivas ou negativas, dependendo do que se pensa (Diener, Suh & Oishi, 1998, *cit in* Costa & Pereira, 2007).

Para Mesquita (2008) e Novo (2003) o constructo de Bem-Estar Subjectivo engloba um conjunto de características de natureza cognitiva e afectiva, sendo elas: a avaliação positiva que cada pessoa faz de si própria e da sua vida; o sentimento de contínuo desenvolvimento como pessoa; a crença de que a vida é importante, significativa e de que os objectivos e metas pessoais têm propósitos globais e unificadores do sentido de vida; o envolvimento em relações interpessoais positivas, a capacidade para gerir satisfatoriamente a vida própria, para enfrentar e responder eficazmente às exigências externas; e o sentido de autodeterminação e de independência face a pressões exteriores.

Do ponto de vista comparativo, o conceito de Bem-Estar Subjectivo sustenta-se na noção de felicidade e o conceito de Bem-Estar Psicológico na noção de saúde mental e do funcionamento positivo. Estes modelos têm diferentes referenciais de investigação, sendo que o primeiro fundamenta-se em estudos empíricos e o segundo em estudos teóricos.

Neste trabalho de investigação, interessa aprofundar o constructo de Bem-Estar Psicológico para que se possa compreender os factores que envolvem a discussão sobre o Bem-Estar Psicológico e a Saúde Mental da mulher com responsabilidades laborais e familiares.

1.3. Modelo de Bem-Estar Psicológico

Entende-se por Bem-Estar Psicológico o processo de mudanças maturativas no qual a personalidade se apresenta como factor fundamental na determinação destas mudanças (Novo, 2003).

O Bem-Estar Psicológico representa “a avaliação subjectiva que os indivíduos fazem das suas vidas, incluindo conceitos como a satisfação com a vida, a felicidade, as emoções agradáveis, os sentimentos de realização pessoal e de satisfação com o trabalho e a qualidade de vida, em detrimento de sentimentos negativos e desagradáveis” (Ferreira, 2007, p. 1).

Bem-Estar Psicológico é, então, a percepção sobre o ajustamento pessoal desencadeado no processo de superação dos desafios existenciais onde a inteligência emocional se revela como capacidade de processar e discriminar emoções próprias e de outrem e de utilizar essa informação para orientar pensamentos e acções, expressando-se nas dimensões sociabilidade, empatia, auto-consciência, auto-motivação e auto-valorização.

O constructo de Bem-Estar Psicológico, assim como é desenvolvido por Ryff (1989), assenta sobre dois pressupostos: um que refere que o conhecimento obtido a partir do estudo do sofrimento psicológico e das desordens psicopatológicas, não permitindo realçar as causas e as consequências do funcionamento psicológico positivo; outro, o reconhecimento do esforço de caracterização do funcionamento positivo com base numa concepção redutora do bem-estar, fundamentada na noção de felicidade com base nas emoções positivas e na satisfação.

O primeiro pressuposto, perspectiva o Bem-Estar Psicológico através da presença de recursos psicológicos efectivos e de um funcionamento que não se inscreve no âmbito da saúde mental; o segundo, com um sentido redutor, vê a felicidade como critério para a determinação do bem-estar, deixando de lado a análise de outras dimensões psicológicas importantes na caracterização do funcionamento positivo nas suas propriedades essenciais, impedindo a identificação de aspectos psicológicos centrais nele envolvidos (Novo, 2003).

Esta análise, proposta por Novo, requer uma exploração teórica e empírica do bem-estar com base em três aspectos fundamentais: a integração das características essenciais e comuns dos modelos teóricos da personalidade da psicologia do desenvolvimento e da psicologia clínica; a atenção às dimensões operacionalizáveis e relevantes no plano empírico, entendidas como dimensões caracterizadoras das diferenças inter-individuais face aos valores, crenças e ideais dos adultos a quem se aplicam; a integração do bem-estar no âmbito da saúde mental, entendida numa relação mais ampla e geral de saúde, que permitiu que Ryff (1989) desenhasse o modelo de Bem-Estar Psicológico; a definição do conceito-base e os critérios para a sua implementação.

O constructo de Bem-Estar Psicológico considera a noção de bem-estar numa perspectiva multidimensional, integrando diferentes domínios do funcionamento psicológico positivo na idade adulta, tendo em atenção os aspectos cognitivos e afectivos, particularmente,

“a avaliação positiva que cada pessoa faz de si própria e da sua vida; o sentimento de contínuo desenvolvimento como pessoa; a crença de que a vida é importante, significativa e de que os objectivos e metas pessoais têm propósitos globais e unificadores do sentido de vida; o envolvimento em relações interpessoais positivas; a capacidade para gerir satisfatoriamente a vida própria, para enfrentar e responder eficazmente às exigências externas; o sentido de autodeterminação e de independência face a pressões” (Novo, 2003, p.272).

Gonçalves (2008) analisa o modelo de Bem-Estar Psicológico de Ryff e sustenta tratar-se de um modelo multidimensional que integra diferentes variáveis, como factores de

personalidade e categorias sócio-demográficas, com base no argumento de que este modelo permite descrever as competências cognitivas de um indivíduo, necessárias para resolver os desafios que ocorrem nas diversas situações ao longo da vida. Mais ainda, o Bem-Estar Psicológico determina um pleno funcionamento psicológico do indivíduo associado ao ajustamento emocional, social e de maturidade individual.

Gonçalves (2008), Siqueira e Padovam (2008), Novo (2003), Rodrigues (2010) e Ryff (1989) determinam seis dimensões que englobam as características fundamentais do funcionamento do indivíduo relacionadas com o Bem-Estar Psicológico: a aceitação de si, o crescimento pessoal, os objectivos de vida, as relações positivas com os outros, o domínio do meio e a autonomia:

- 1) A *auto-aceitação* ou a aceitação de si, constitui um elemento fundamental da saúde mental, sendo uma característica que revela um nível elevado de auto-conhecimento, excelente funcionamento e maturidade.
- 2) O *crescimento pessoal* decorre da necessidade permanente de crescimento do indivíduo e da sua evolução pessoal, no sentido do aperfeiçoamento, bem como a pré-disposição para se envolver em novas experiências para ultrapassar desafios ou obstáculos que se apresentam em diferentes fases da sua vida.
- 3) Os *objectivos de vida* constituem a dimensão do Bem-Estar Psicológico que diz respeito às crenças do indivíduo em relação a uma variedade de propósitos de vida. Devem ser entendidos como a manutenção de objectivos, intenções e sentido de direcção perante a vida, mantendo o sentimento de que a vida tem um significado. O indivíduo com propósitos ou objectivos de vida tem maior possibilidade de alcançar uma maior integração emocional, no presente e no futuro.
- 4) O *relacionamento positivo com os outros*, manifesta-se através dos fortes sentimento de empatia e afeição para com os outros, na capacidade de amar profundamente, de manter amizade e de identificação com o outro.
- 5) O *domínio do meio* representa a capacidade do indivíduo de escolher e criar ambientes adequados às suas características psicológicas, de participar de forma

acentuada no meio em que se encontra inserido e a capacidade de controlo e manipulação de ambientes mais complexos.

- 6) A *autonomia* expressa a capacidade do indivíduo para a auto-avaliação, bem como a resistência à aculturação e independência face a aprovações externas, dando-lhe a possibilidade de auto-determinação. Este factor permite ao indivíduo ter maior senso de liberdade em relação às normas vigentes, resistência às pressões pessoais e a revelação da capacidade de se confrontar com os problemas da vida de forma mais positiva, com base em critérios pessoais.

Os componentes de Bem-Estar Psicológico estabelecidas incluem a presença de emoções positivas, a ausência de emoções negativas e a avaliação cognitiva sobre a satisfação com a vida ao longo de todo o ciclo de vida (Mesquita, 2008).

A satisfação com a vida, ao longo da vida, insere-se numa perspectiva desenvolvimentista, figurando como um aspecto relevante para a análise do conceito do Bem-Estar Psicológico, pois permite ao sujeito avaliar tudo aquilo que executou ao longo da sua vida. Esta perspectiva integra a percepção de desenvolvimento ao longo de todo o ciclo de vida do indivíduo, dependendo este da forma como lida com as experiências sociais ao longo desse percurso, as quais influenciam seu ciclo vital (Novo, 2003).

Naturalmente, os indivíduos que se encontram em fases desenvolvimentais mais avançadas, nomeadamente na velhice, poderão apresentar uma visão mais integrada do seu Bem-Estar Psicológico, podendo estes avaliar a sua trajectória de vida, abarcando as transformações de vida pelas quais já passaram. Assim se entende que o desenvolvimento ao longo do ciclo de vida do indivíduo implique a concretização de diferentes tarefas desenvolvimentais que influenciam o seu ajustamento e o Bem-Estar Psicológico, actual (Mesquita, 2008).

1.4. Pressupostos e Referenciais do Modelo de Bem-Estar Psicológico de Ryff

Como vimos acima, Ryff (1989) define a noção do Bem-Estar Psicológico, na idade adulta, a partir de diferentes perspectivas do desenvolvimento do *self*, da personalidade e da saúde mental, concebendo um modelo que integra diferentes contributos empíricos e teóricos de vários autores que a antecederam, de seguida, devidamente identificados nesta dissertação.

Siqueira e Padovam (2008) abordam os contributos que constituem referenciais teóricos para o desenvolvimento do conceito e para o desenho do Modelo de Bem-Estar Psicológico

de Ryff, em 1989, sinalizando os estudos sobre os estádios de desenvolvimento psicossocial de Erickson, em 1959; os estudos sobre a personalidade e as mudanças na vida adulta de Neugarten, em 1973; os estudos sobre as tendências básicas para a realização de Buhter e Maslow, em 1968; os modelos descritivos da saúde mental e as concepções teóricas sobre o funcionamento psicológico de âmbito da psicologia clínica, encontrando elementos importantes nos trabalhos de Rogers, em 1961, sobre o funcionamento integral e a realização pessoal e sobre a teoria do desenvolvimento da personalidade.

Começemos, por perceber os contributos proporcionados pelos estudos de Rogers e, na sequência os demais autores.

a) O contributo da teoria do desenvolvimento de Rogers

A teoria do desenvolvimento da personalidade de Rogers (1980), centra-se no método de terapia centrada no doente, cujo objectivo é ajudar os indivíduos a aceitarem, de forma consciente, as suas próprias características e a interpretar as suas angústias, com vista a ultrapassar o sofrimento. Neste método, interessa perceber como cada indivíduo vive e interpreta a sua própria realidade, assim como as capacidades e responsabilidades que coloca na resolução de situações e problemas, de forma a conduzir a própria vida. Rogers defende categoricamente que o indivíduo tem capacidade para se orientar, progressivamente, com vista a atingir a maturidade e que, as pessoa têm fundamentalmente uma orientação positiva. Trata-se de um posicionamento que o aproxima da perspectiva motivacional de Maslow que abordaremos mais adiante.

Rogers (1980) sustenta que o indivíduo pode tender a desenvolver atitudes destrutivas e anti-sociais, como também pode conseguir orientar-se de forma a desenvolver atitudes positivas e de maturidade. Assim, o apoio terapêutico permite-lhe desenvolver atitudes orientadas positivamente, combatendo os seus medos e inibindo as possibilidades de resposta aos estímulos orientados negativamente.

Este autor defende a necessidade de cada indivíduo manter e desenvolver características e potencialidades, integradas numa tendência de realização que integra factores filológicos e psicológicos de crescimento.

Naturalmente, um contexto psicológico positivo, proporcionado pelo afecto na infância e pela aceitação de si, permite o desenvolvimento de uma personalidade saudável, da noção do valor próprio e do desenvolvimento da auto-estima, enquanto factores essenciais do desenvolvimento integral humano. As condições de Bem-Estar Psicológico na idade adulta,

defendidas por este autor, sustentam-se na perspectiva de que deverão existir condições favoráveis ao desenvolvimento do indivíduo, desde a primeira infância, nomeadamente condições afectivas e emocionais, para que este possa desenvolver uma personalidade saudável e capaz de ter atitudes positivas, na resolução das situações e dos problemas com que se depara ao longo da vida, de forma consciente, revelando maturidade.

O Bem-Estar Psicológico na idade adulta pressupõe a abertura crescente à experiência, a auto-confiança, o auto-conceito, a confiança na relação com o mundo exterior, a capacidade de lutar pelos objectivos, de integrar-se social e culturalmente, de desenvolver experiências positivas e enriquecedoras, entre outras. Com isso pretende a construção própria de liberdade interior pelo indivíduo, capacitando-o para desenvolver um conceito positivo de si próprio e da sua existência (Rogers, 1980).

Tanto de Maslow como de Rogers, Ryff (1989) retoma a noção de funcionamento integral e de realização de si, no desenvolvimento do *self* e a aceitação de si e a maturidade como qualidades que decorrem do processo natural do desenvolvimento, assumindo que estes aspectos configuram o crescimento pessoal, a aceitação de si e a realização dos objectivos de vida. A autora retoma, a noção de transformação do indivíduo a partir da experiência pessoal de Rogers, podendo reorientar o sentido de vida com base nos objectivos, nas metas e valores, no âmbito da sua própria experiência. Neste último aspecto, enfatiza as noções de construção e reconstrução permanente, como um factor positivo na definição de Bem-Estar Psicológico. A ideia de construção do bem-estar apoiada, em Rogers, tem por base a interacção social, o relacionamento interpessoal e o *self* em relação com o mundo físico e social.

b) O contributo da teoria da individuação de Jung

Ryff também encontra referências para o modelo de Bem-Estar Psicológico na teoria da individuação de Jung, que tem a particularidade de ter desenvolvido o seu modelo a partir da auto-análise e da sua experiência como analista, estabelecendo um paralelismo entre si e os seus pacientes.

Assim como é entendido por Jung, o processo de individuação é o processo pelo qual cada pessoa se torna única e distinta das demais. Interferem neste processo os papéis que cada pessoa assume no seio da família e na sociedade, no seu relacionamento com outras pessoa. Trata-se do processo de adaptação pelo qual a pessoa passa, onde da harmonização entre a personalidade individual e a sociedade, o indivíduo se afirma como pessoa, com identidade própria e distinta das demais (Magalhães, 1984).

Segundo o autor, em ambos os casos, considerando cronologicamente o período da meia-idade, Jung concluiu que o processo de individualização e de realização de si é um processo natural de crescimento progressivo da individualidade ao longo da vida, sendo que na fase da maturidade permite alcançar aquilo que é único a cada ser; que o desenvolvimento não é um processo que possa ser encarado, apenas, do ponto de vista científico; que o desenvolvimento ocorre à medida que o homem dá valor ao seu inconsciente e às suas imagens internas, tornando impossível a explicação do desenvolvimento e da realização pessoal através da razão; e que o trabalho de elaboração pessoal é matéria-prima do desenvolvimento.

Jung (1933) defendeu que a personalidade é determinada pelo que fomos e pelo que esperamos ser; que o desenvolvimento do indivíduo é feito em constante evolução de estádios menos completos para estádios mais completos; que a meta do desenvolvimento seria a auto-realização, entendida como uma diferenciação e harmonização de todos os aspectos de uma personalidade (*ibidem*).

Da perspectiva de Jung devem-se distinguir os processos psicológicos operantes na primeira fase da vida, daqueles da segunda fase da vida. A meia-idade é apresentada como uma fase da vida especialmente valorizada no processo de desenvolvimento do indivíduo, marcadamente importante na estrutura psíquica.

Relaciona as crises da meia-idade com os aspectos considerados importantes pelo indivíduo. Se este investiu na resolução de situações relacionadas com o prestígio e estatuto social (consideradas motivações da primeira fase da vida), ou de aprovação social, está mais propenso a depressões na meia-idade do que se tiver investido em situações que proporcionem o reforço da personalidade. Situações, essas, dirigidas para as realizações com significado para o desenvolvimento do self e para a cultura.

De acordo com Magalhães (1984), o modelo de Jung assemelha-se aos modelos de Rogers e Maslow ao pressupor que o processo de individuação ou de realização de si é concebido como um ideal nunca completamente alcançado. Este modelo apresenta como qualidades de funcionamento inerentes ao processo de individuação: a aceitação de si tanto nos aspectos positivos como negativos; o conhecimento de si, ou seja, das características conscientes e não conscientes; a integração do *self*, pressupondo a harmonia e o equilíbrio entre todos os aspectos do *self*; a expressão do *self*; a aceitação da natureza humana, do desconhecimento e a tolerância.

Este modelo de individuação sustenta-se no conceito da integração do consciente e do inconsciente, e do equilíbrio do funcionamento, todos como processos psicológicos fundamentais.

O contributo de Jung para o desenvolvimento do Modelo de Bem-Estar Psicológico de Ryff (1989) advém do posicionamento de que o crescimento pessoal constitui uma importante motivação humana relevante especialmente na vida adulta e na velhice (Novo, 2003). Este aspecto é importante para a compreensão do desenvolvimento da personalidade, bem assim, como critério para o Bem-Estar Psicológico, sendo comum no estudo da idade adulta e do envelhecimento observar-se fundamentos de natureza pessoais, dos processos internos e do envolvimento em objectivos de vida e do conhecimento de si pelo indivíduo (*ibidem*).

c) O contributo da teoria da personalidade de Allport

Para além dos autores anteriormente expostos, para conceber o seu modelo de Bem-Estar Psicológico Ryff (1989) encontra, também, fortes fundamentos na teoria da personalidade de Allport, em torno do conceito de maturidade como motivação fundamental para o desenvolvimento da personalidade.

Allport (1975,1986) realizou profunda investigação sobre os trabalhos teóricos já existentes, nomeadamente os realizados por Freud, discordando-se com este em relação a três pontos, no que se refere à estrutura e dinâmica da personalidade: contestou a existência de forças inconscientes a dominar a personalidade de adultos normais e maduros, defendeu que o inconsciente seria apenas importante no comportamento neurótico. Criticou o determinismo histórico considerando que os indivíduos não são reféns de conflitos de infância e de experiências passadas. Rejeitou a realização da recolha de dados junto de indivíduos com patologias. Ao contrário de Freud, considerou que as personalidades normais e anormais funcionavam de forma diferente.

Para o autor a personalidade é definida pelos traços de cada pessoa e por isso é totalmente singular, entendendo que a personalidade como a organização dinâmica do indivíduo, daqueles sistemas psico-físicos que determinam os seus ajustamentos únicos ao ambiente, o comportamento e o pensamento característicos da pessoa.

Nesta sequência, defendeu que a hereditariedade fornece a matéria-prima da personalidade; que as características físicas podem ser moldadas, ampliadas ou limitadas pelo meio em que vivemos; que com excepção dos gémeos, não há ninguém com cargas genéticas exactamente iguais; que mesmo quando se vive na mesma família e na mesma casa, o

ambiente nunca é exactamente igual para todos. Concluiu que o resultado de cargas genéticas e ambientes diferentes são combinações distintas, daí que considera que todos os indivíduos são distintos entre si. Com este argumento sustentou a tese de que, para estudar a personalidade seria necessário lidar com o caso individual e não com resultados atingidos entre grupos.

Assim, afirmou existir uma organização dinâmica da personalidade porque esta está em mudança e desenvolvimento constantes, apesar de haver uma organização que une e relaciona os vários sistemas da personalidade. Defende que cada pessoa é diferente de outra e está separada do seu passado; que existe uma descontinuidade entre o passado e o presente do adulto; que o comportamento infantil é mais orientado pelas necessidades e reflexos biológico primários; que o comportamento adulto é de natureza mais psicológica; que a personalidade adulta não é condicionada pela vivência da infância (como se houvesse duas personalidades, uma de infância e outra de adultos); que a personalidade existe e envolve processos biológicos não sendo apenas um constructo de um observador como reacção a outra pessoa.

Em suma, podemos afirmar que enfatizou o consciente e não o inconsciente, o presente e o futuro e não o passado, o reconhecimento da singularidade de cada um em vez da procura de semelhanças de grandes grupos. Distinguiu cinco características da personalidade, a saber: traço (pré-disposição para responder de igual forma a diferentes tipos de estímulos), disposições pessoais (são traços particulares das pessoas), intenções (aquilo que a pessoa quer do seu presente e futuro), *proprium/ego* (região onde se encontra a raiz da consciência que marca atitudes, intenções, avaliações e auto-estima) e autonomia funcional (o que faz agir no momento, explica toda a motivação humana).

A característica mais importante do modelo de Allport para o desenvolvimento do Modelo de Bem-Estar Psicológico é o entendimento da motivação como aspecto fundamental na sua noção de personalidade. Allport sustentou que a competência, a autonomia e a realização pessoal seriam características da motivação humana, defendendo a relevância dada pelos modelos clássicos aos impulsos sexuais e agressivos reduzindo a importância fundamental destas características na construção da personalidade.

Desde modo, o carácter contemporâneo e plural dos motivos incluiu os processos cognitivos como forças motivacionais dinâmicas. Significa que Allport considera a diversidade e a contemporaneidade como parte da motivação humana adulta, contrariamente aos modelos psicanalíticos e comportamentalistas que enfatizam o lado reactivo do comportamento e o carácter imutável dos instintos.

Nesta linha de raciocínio, defendeu que mais do que procurar a homeostase, ou seja, o equilíbrio biológico ou a satisfação de necessidades, o indivíduo é proactivo e intencional. Com este posicionamento, desenvolve o conceito de autonomia funcional dos motivos adultos, entendidos como sistemas variados que se desenvolvem a partir de sistemas anteriores mas que se encontram dependentes dos primeiros para garantir o seu funcionamento.

Allport (1975,1986) admite que a evolução do indivíduo faz-se de um modo progressivo e determinado, tendo motivos próprios que desenvolve e diversifica, para além daqueles que têm origem nas experiências realizadas na infância, os quais estão intimamente ligados aos sistemas anteriores. Sustenta que a motivação pode ser funcionalmente autónoma, em situações em que os indivíduos se apresentam com personalidades ditas normais, maduras e estáveis.

Daqui se destacam dois aspectos importantes da perspectiva de Allport para o modelo de Ryff: a noção de personalidade estável, saudável e madura e a noção de desenvolvimento progressivo em diferentes formas e graus, particularmente no que concerne à maturidade. Para o autor, a personalidade saudável compõe-se de um conjunto de critérios de normalidade ou de saúde mental, que conferem unidade da personalidade e às capacidades do indivíduo, no que concerne ao domínio activo do ambiente e à compreensão do mundo e de si mesmo.

Os estudos de Allport (1975,1986) integram contributos dos estudos de Erickson, Shoben e Jahoda. Ressalta-se aqui a importância do contributo de Erickson que relaciona a identidade com a maturidade, fundamentada com base na autonomia, no espírito de iniciativa, na competência, no trabalho, entre outras.

De Shoben, Allport absorve as noções de auto-controle, responsabilidade pessoal e social, entre outras. A estes contributos associa novos critérios de maturidade, como sejam o conceito alargado do *self*, a capacidade de intimidade de si para com os outros, a segurança emocional ou a aceitação de si, a percepção de competências e tarefas realistas, a compreensão e o humor na compreensão de si, uma filosofia unificadora da vida (Novo, 2003).

A noção central na perspectiva desenvolvida por Allport reside na dimensão dada à competência, enquanto critério importante de desenvolvimento e de maturidade. Isto significa que a competência é importante tanto para o desenvolvimento do indivíduo em si próprio, como no estabelecimento das suas interacções familiares e sociais, exigindo esta relação o envolvimento das suas competências e das competências daqueles com que se relaciona neste

processo, proporcionando a sua mutabilidade ao longo da vida e conseqüente desenvolvimento e afirmação do seu *self*. Nesta relação, é importante considerar os factores e condições sociais contextuais que o envolvem.

As críticas ao modelo deste autor destacam a inexistência de definições empíricas; que a autonomia funcional não poder ser testada empiricamente; não há explicação de um mecanismo subjacente à autonomia funcional (diz que ocorre mas não especifica quando nem porquê).

d) O contributo da teoria do desenvolvimento humano de Maslow

Entre os teóricos que desenvolveram perspectivas sobre a realização do *self*, Maslow (1987) destaca-se ao indicar a individualidade como motivo e ao defender que cada personalidade é uma realidade única, que difere de indivíduo para indivíduo, que procura manter a sua integridade e satisfazer as suas necessidades básicas.

Na formulação do seu modelo, Ryff (1989) integra da perspectiva de Maslow, a noção da motivação como algo intrínseco a cada pessoa e como elemento que estimula o comportamento no sentido da satisfação das necessidades básicas, como a aceitação da natureza de cada um, num percurso em direcção à unidade e integração (Novo, 2003), para a realização de si, implicando o desenvolvimento pessoal, a expressão do carácter e a maturação.

A perspectiva do desenvolvimento humano construída por Maslow (1991) reflecte o estudo sobre as qualidades comuns às várias personalidades estudadas. Para este autor, todos os seres humanos nascem com necessidades universais que estimulam o crescimento e o desenvolvimento, até ao limite das suas possibilidades, sendo que depende do indivíduo e das forças sociais provocar ou condicionar a realização do *self*.

Através de uma pirâmide de necessidades básicas do indivíduo, Maslow estabelece uma relação hierárquica entre essas necessidades, a ser interpretada da base ao topo e ordenada na sequência seguinte: necessidades fisiológicas (fome, sede, sexo, sono, etc) necessidades de segurança (defesa, protecção, emprego, abrigo) necessidades sociais (relacionamento, amor, fazer parte de um grupo) necessidades de estima (auto-estima, reconhecimento, *status*) necessidades de auto-realização (desenvolvimento pessoal, conquista).

Novo (2003) considera que as necessidades dos primeiros níveis dão lugar a motivações, com o fim de reduzir a tensão provocada por deficiência ou carências específicas. A realização do *self* tem a intenção de alargar o campo das experiências psicológicas e de

enriquecer a pessoa, não tendo, por isso, a pretensão de colmatar deficiências. Trata-se, como refere Ryff (1989, p.58) de “ uma actualização progressiva das capacidades e talentos potenciais”.

Maslow elabora um conjunto de características associadas a realização do self, das quais destacamos “Uma eficiente percepção da realidade; aceitação da natureza, dos outros e de si próprio; espontaneidade, a simplicidade e a naturalidade; necessidade de privacidade e de independência; um funcionamento autónomo; relações interpessoais, interesse e envolvimento emocional com os outros; o sentido de humor e a criatividade” (Novo, 2003 p.50). Nesta concepção, a realização do *self* atinge-se na idade adulta e na velhice e a concretização dos diferentes estádios de realização do *self* desencadeia desafios, no sentido de superação das necessidades básicas e do desenvolvimento pessoal, de modo a atingir a auto-realização.

Dos modelos de Allport e de Maslow, Ryff (1989) encontra fundamentos para a estruturação do conceito de Bem-Estar Psicológico, como funcionamento psicológico positivo com ênfase na perspectiva motivacional, na autonomia funcional e na contemporaneidade dos motivos, sendo que estes permitem abarcar a transformação das motivações, desde a infância à idade adulta, dando destaque à competência e ao relacionamento interpessoal e social, presentes na intencionalidade e na autodeterminação do comportamento adulto.

Apesar dos diferentes contributos que estes referenciais teóricos, da psicologia clínica e dos estudos sobre a personalidade, facultam à elaboração do conceito de Bem-Estar Psicológico, constata-se a limitação de terem um carácter muito descritivo, amplo e difuso, o que torna difícil a concretização de definições de bem-estar. Isto deve-se ao facto de ser difícil determinar quais as qualidades psicológicas a considerar como características fundamentais do funcionamento positivo, de entre as definições de personalidade ideal, madura ou realizada, condição que criou alguma dificuldade, por muito tempo, em se conseguir isolar indicadores de natureza empírica (Novo, 2003).

Dá-se como exemplo desta dificuldade o modelo desenvolvido por Jahoda, em 1958, no âmbito da saúde mental, que, apesar de conter formulações atractivas, são diversas e extensas, pelo que impedem a sua aplicação em contextos de investigação, na ausência de medidas válidas.

O contributo deste modelo de Ryff reside na sua capacidade de encontrar pontos de convergência entre as diferentes perspectivas teóricas e ter conseguido transpô-los para situações práticas (Novo, 2003). A autora identificou os objectivos na vida, o crescimento pessoal, as relações com os outros e os afectos positivos como factores de bem-estar. As

noções de felicidade integram esta nova concepção de bem-estar, não como critérios, conforme o modelo de Bem-Estar Subjectivo, mas como produções da vivência de domínios psicológicos diversos, entendidos como as bases da construção do bem-estar e os objectos de avaliação.

e) O contributo da psicologia do Ego de Hartman

Para Ryff (1989) existe uma grande amplitude para a auto-realização e para o crescimento livre de conflitos, para além dos impulsos. Este posicionamento aproxima-a da psicologia do *ego* concebida por Hartman, em 1968, que defende que a anatomia do *ego* permite que certas funções, como por exemplo as de foro cognitivo, se exerçam numa esfera livre de conflito. Desta forma, os objectivos humanos transformam-se com o tempo e com as situações de vida e acompanham a transformação do indivíduo, não estando limitados por uma relação estreita com os impulsos, admitindo que existe uma força dinâmica às funções cognitivas.

A perspectiva desta aurora sobre a definição dos princípios e critérios de Bem-Estar Psicológico sintetiza os contributos dos diversos autores supracitados, salientando os aspectos comuns ou complementares dessas perspectivas, destacando-se: o conhecimento de si próprio, a integração das características positivas e negativas, a aceitação de si, a resistência à convenção, a necessidade de normas, valores e objectivos pessoais, capacidade de controlo interno, dimensão interpessoal, confiança nos outros e na natureza humana, capacidade de tolerância e atitudes afectivas para com os outros, a independência e necessidade de privacidade, a individuação (Novo, 2003).

Considera-se a condição de Bem-Estar Psicológico quando se tem uma avaliação positiva e uma aceitação de si, a noção do contínuo desenvolvimento como pessoa, a noção da importância e do significado da vida pessoal, a capacidade de relacionar-se de forma positiva com os outros, a capacidade de gerir a própria vida e os estímulos externos com eficácia e a capacidade de auto-determinação na realização de objectivos pessoais. Tudo isso promove sentimentos de satisfação e de felicidade nas dimensões pessoal, social, relacional. Daqui resulta a intercepção dos estudos teóricos com os modelos de operacionalização da concepção de Bem-Estar Psicológico, absorvendo o modelo de Bem-Estar Subjectivo.

De um modo geral, todos os teóricos convergem na valorização dos aspectos motivacionais do desenvolvimento, percebendo no indivíduo a propensão interna para o crescimento e desenvolvimento pessoal, admitindo a existência de um contexto biológico e

cultural adequado. No entanto, verifica-se que as perspectivas destes autores, que serviram de fundamento ao desenvolvimento da concepção de Ryff (1989) sobre o Bem-Estar Psicológico são, de certa forma, limitados pelo facto de se basearem em condições de desenvolvimento consideradas ideais, entendendo que podem não ser de possível alcance à maioria das pessoas, tendo em conta as condições reais e efectivas. Ainda, acresce que os modelos teóricos de referência assentam basicamente sobre a enumeração dos conteúdos com pouca projecção sobre os processos envolvidos, embora apresentem diferentes percursos conceptualizadores das diferentes perspectivas, em função dos factores que cada um valoriza no seu modelo.

As “descrições de maturidade, de individuação, de funcionamento integral do indivíduo e de realização de si são um quadro de referência a diferentes áreas da psicologia e constituem elementos recorrentes sempre que se considera a normalidade e o funcionamento psicológico positivo” Novo (2003, p.58). Mas, tratam-se de “descrições extremamente vagas, extensas e difusas, por vezes, com um carácter quase absoluto e ideal da personalidade tornando-se assim descrições do desenvolvimento humano dificilmente operacionalizáveis e avaliáveis” (*idem*, p.58-59).

Tratando-se de modelos com características universais, não consideram as variáveis culturais e históricas, antes, dão grande ênfase ao *self* e ao desenvolvimento pessoal, sem uma devida articulação com as condições sociais e culturais específicas (Novo, 2003). Estas referências culturais são consideradas por Allport, mas com a limitação da “sua concepção de maturidade não está qualificada quanto ao papel das influências culturais sobre o desenvolvimento psicológico e a sua avaliação específica” (*ibidem*, p.59).

Outra limitação em relação a estes modelos teóricos, considerada pela autora, relaciona-se com o facto das características como necessidades, interesses e motivações, responsabilidades sociais e pessoais da estrutura diferencial cognitiva e emocional, não serem concretizadas em função dos diferentes momentos do ciclo de vida. Ou seja, apesar de realizarem estudos em diferentes ciclos de vida para defender o seu modelo em relação à maturidade, à realização de si, à individuação, na sua análise, não integram as mudanças que se operam gradualmente ao longo do ciclo de vida, não consideram os diferentes níveis de realização obtidos em cada um dos momentos.

f) O contributo da teoria de Jahoda

Reforçando a ideia acima, dos trabalhos referidos observámos que Maslow e Jung enfatizaram os resultados alcançáveis na idade adulta avançada. A concepção de Jahoda, em

1958, incidiu sobre o sentido do crescimento pessoal e do desenvolvimento contínuo da pessoa, não se referindo a uma evolução etápica do indivíduo, em função do ciclo de vida (Novo, 2003), aproximando-se de Allport que defendeu a ideia da existência da maturidade em qualquer idade, mas não determinou a forma utilizada para realizar a sua avaliação em cada caso, já que a maturidade varia de acordo com as diferentes idades.

g) O contributo do modelo de desenvolvimento de Erickson

De entre os teóricos cujo pensamento influenciaram a concepção do modelo de Bem-Estar Psicológico de Ryff, a concepção de Erickson (1959) afigura-se importante por conseguir desenhar um modelo de desenvolvimento baseado nos estádios de integração e expansão do *ego*, os quais descrevem qualidades acrescidas em função das tarefas de envolvimento psicossocial, desde a infância até à senilidade.

Ryff salvaguarda como uma limitação da teoria de Erickson o facto das observações realizadas por ele nos seus estudos poderem ser muito subjectivas em função daquilo que pretendeu observar. Daí serem visões pessoais não generalizáveis. No entanto, as formulações deste autor não deixam de ser um contributo valioso enquanto fonte rica em hipóteses que podem ser quantificadas e testadas do ponto de vista experimental (Hall & Lindzey, 1984).

Todos os teóricos anunciados valorizam a idade adulta, colocando ênfase na criatividade e na produtividade e nas preocupações para com as gerações mais novas, recaindo sobre a velhice o desenvolvimento da integração emocional, a capacidade de aceitação e da integração emocional das boas e más experiências vividas, o desenvolvimento de um certo altruísmo e espiritualidade, características que vão aproximando o indivíduo à aceitação do fim da vida.

Segundo Novo (2000) estes modelos falham por não terem considerado as influências contextuais no desenvolvimento da personalidade e as variações com a idade, juntando a isso o carácter vago e extensivo das formulações propostas, permitindo que estes modelos não tivessem sido objecto de trabalho empírico expressivo, por várias décadas. Constata que só recentemente se assiste a uma crescente produção científica, envolvendo muitos conceitos implícitos nestes modelos da psicologia humanista dos anos de 1960.

Na organização do seu modelo Ryff (1989) propõe que as concepções actuais de realização humana devam ser consideradas num contexto histórico e cultural específico e não convergir na definição de critérios do sentido da vida e da maturidade universais, que seguramente prosperam em diferentes tempos e contextos. A correlação entre as diferentes

perspectivas visou perceber o como e porquê esses critérios de bem-estar se aplicam e caracterizam o modo como as pessoas diferem nas suas vidas. Assim sendo, permite conhecer as variações do funcionamento positivo tornando-o mais relativo e conhecer o seu impacto, mais do que a substância de uma via particular de realização ou de crescimento pessoal.

Em relação às características definidores do Bem-Estar Psicológico, Ryff analisa as representações individuais sobre experiências e representações de vida positiva, procurando aspectos subjacentes ao bem-estar ou ao funcionamento positivo, com avanços significativos para a percepção pessoal, actual, das experiências subjectivas e aferir até que ponto situações concretas de vida colocam desafios e exigem recursos específicos.

A investigação levada a cabo por Ryff e Essex (1991, *cit in* Queroz & Neri, 2005), recaiu sobre uma amostra de idosos e adultos de meia-idade, tentando perceber o que estes consideravam importante nas suas vidas, em que dimensões e em quê a satisfação era importante para eles, e que aspectos contribuíam para uma vida positiva e significativa. Das respostas elaboraram uma definição sobre o que é uma vida satisfatória, ideal ou positiva.

No âmbito das definições de Bem-Estar Psicológico dadas pelos adultos em geral, estes consideraram as relações inter-pessoais, tendo sido esta a dimensão mais valorizada para o funcionamento positivo. Além destas características, ressaltaram a maturidade e ajustamento pessoal, o ter amigos, o preocupar-se com os outros, o cuidar dos outros, o criar oportunidades de bem-estar para os outros, o ter prazer nas relações inter-pessoais, em geral. A aceitação da mudança associada ao crescimento pessoal e a adaptação às mudanças, também, foram consideradas importantes para a definição de uma vida positiva e de bom ajustamento, pela generalidade dos adultos.

Para além da dimensão inter-pessoal, valorizada nas descrições espontâneas dos adultos sobre ser bem ajustado, estes vêm, como uma característica negativa, a excessiva concentração da pessoa em si própria. Definem o ser intolerante, egocêntrico, rígido, inseguro e com falta de interesse pelos outros como características de uma pessoa pobremente ajustada.

As pessoas da meia-idade deram respostas sobre as definições de Bem-Estar Psicológico, apontando as características: ser tolerante, ter confiança em si, ter conhecimento e aceitação de si, ser assertivo, ter uma mente aberta que proporcione crescimento pessoal. Já os idosos valorizaram a aceitação da mudança como uma das mais importantes qualidades do funcionamento positivo, a que acrescentaram o sentido de humor, o sentido na vida, a tolerância, a adaptação às alterações da vida, enquanto importantes critérios de desenvolvimento ou envelhecimento bem sucedido.

Segundo Novo (2003) a análise da relevância das concepções teóricas do bem-estar a partir dos valores, ideias e expectativas apresentados pelos próprios adultos contribui para a definição das dimensões e dos critérios do Bem-Estar Psicológico proposto por Ryff (1989).

As conclusões de Ryff aproximam-na às teorias clássicas humanistas, nomeadamente em relação à ênfase relacional em que se mostra consistente com as formulações teóricas do crescimento pessoal e do desenvolvimento proposto por Allport, Rogers e Maslow, mas contrasta com Erickson, Neugarten e Jung, que enfocam a perspectiva do *self*, nomeadamente a de aceitação de si e a interioridade como dimensão fundamental de bem-estar na idade avançada.

Em suma, os autores que consubstanciam a concepção de Bem-Estar Psicológico de Ryff, têm em comum o facto de, com diferentes argumentos, sustentarem, em última análise a noção de que cada indivíduo é único e irrepetível e que a maturação atinge-se de forma processual, fixada em momentos determinantes para esse crescimento e realização de si, como indivíduo e como pessoa, sendo importante neste processo as condições internas e ambientais que integram o mesmo processo.

Desenvolvido sob influências marcantes dos contributos desses teóricos, o Modelo de Bem-Estar Psicológico de Ryff resulta, em última análise, da harmonização dos diferentes posicionamentos teóricos e empíricos, totalizando aspectos do modelo de Bem-Estar Subjectivo, sendo uma visão integradora que resulta de um conjunto de processo cognitivos, afectivos e emocionais, permitindo “descrever amplas dimensões da vivência psicológica subjectiva: a relação da pessoa consigo própria e com a sua vida no presente e no passado, a capacidade para definir e orientar a vida em função de objectivos significativos para si própria, a natureza e a qualidade da relação com o meio inter-subjectivo e social” (Novo, 2003,p.48)

Naturalmente, para uma melhor percepção da condição de Bem-Estar Psicológico da mulher torna-se necessária uma articulação da noção de bem-estar com as condições que garantem a sua saúde mental, como uma questão de equilíbrio biológico, psicológico e social, entendendo haver uma interdependência entre estes factores no alcance do Bem-Estar Psicológico pelo indivíduo. Sobre esta matéria dedicamos o próximo capítulo.

CAPÍTULO II: A CONDIÇÃO DE SAÚDE MENTAL NA MULHER

De forma gradual e consistente, a mulher tem vindo a assumir múltiplos papéis sociais que têm contribuído para desmistificar a noção de sexo frágil que se tinha dela, admitindo com maior naturalidade que a mulher tem atributos e capacidades que a permitem competir com o homem, em condições de igualdade nos mundos social e laboral, para além do relevante papel que mantém no seio da família, como mãe e como esposa.

1.1. Saúde mental: uma questão de equilíbrio biológico, psicológico e social

Nos dias de hoje, um número muito expressivo de mulheres assume uma pluralidade de papéis sociais e profissionais, desencadeando situações de *stress* com efeitos negativos para o auto-conceito, o auto-controlo e a auto-estima e, em última análise, com consequências para o seu Bem-Estar Psicológico e Saúde Mental.

A sociedade continua a limitar à mulher as oportunidades de desenvolvimento profissional e de carreira, conservando situações de desemprego e de condições de trabalho desinteressantes e desmotivadoras a ela consignadas. Apresenta-se desajustada às realidades e aspirações actuais da mulher, não correspondendo às responsabilidades e expectativas do seu envolvimento em redes complexas de relações familiares, sociais e laborais.

Assim, longe de conseguir ultrapassar os tabus e estigmas que colocam a mulher numa posição inferior e menos beneficiada do que o homem, a mulher luta por vencer os obstáculos à sua emancipação social e financeira, lida por derrubar tabus sociais e vive a pressão das exigências que são colocadas à condição feminina, pela comunidade e pela própria família.

Naturalmente, do ponto de vista sócio-histórico, a mulher pode hoje regozijar-se das conquistas sociais conseguidas, sejam elas motivadas pelos movimentos feministas, sindicalistas ou outras formas de luta pela igualdade de direitos entre os sexos, situações que têm vindo a reforçar o sentimento de liberdade e de livre escolha, com impacto nas relações sociais e familiares. Esses ganhos exigem mais responsabilidades da sua parte, mas também um acumular de tarefas, conferindo-lhe cada vez mais obrigações.

Esta mudança no estatuto social e familiar da mulher levanta algumas inquietações sobre o ser mulher e a garantia de Bem-Estar Psicológico essencial, para que possa ser bem sucedida nos seus múltiplos papéis. Seguramente, na situação em que a mulher partilha com o homem benefícios e compromissos, em situação de igualdade no casamento, ela consegue manter um nível de equilíbrio favorável, não só, para si, como para a sua família na

generalidade envolvendo condições de bem-estar geral e de desenvolvimento familiar com implicações importantes para os seus filhos.

Perceber as condições de Bem-Estar Psicológico na mulher exige o desenvolvimento de uma abordagem integrada destas dimensões do bem-estar, onde se inclui a exploração de alguns conceitos intrínsecos e de aspectos directa e indirectamente relacionados, sendo que, para garantir o seu Bem-Estar Psicológico a mulher deve sentir-se profissional e socialmente realizada e gozar de bem-estar físico e de saúde mental.

A definição de Saúde Mental abrange vários conceitos destacando-se o Bem-Estar Subjectivo, a Auto-Eficácia, a Competência, a Auto-Realização Intelectual e Emocional, entre outros. O conceito deve ser entendido como algo mais do que ausência de perturbações mentais e comportamentais (OMS, 2002).

Nesse relatório a OMS afirma que existem, ainda, muitos países em que a Saúde Mental não tem sido tratada devidamente em igualdade com a saúde física, já, em si pouco atendida. Nesses países o problema de Saúde Mental tem sido negligenciado, ou mesmo ignorado, pelo que há uma tendência para o aumento dos problemas neste âmbito de intervenção. Nestes países, cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de perturbações mentais ou comportamentais, sendo que apenas uma minoria tem tratamento, mesmo que ao nível mais elementar.

Nos países em desenvolvimento a realidade é ainda mais dramática, pois as pessoas com perturbações mentais devido à depressão, demência, esquizofrenia ou ao consumo de substâncias não dispõem de um atendimento no âmbito da saúde mental em que se possam apoiar. Muitas delas transformam-se em vítimas da doença e são alvos de estigma e de discriminação. Calcula-se que as perturbações mentais representem quatro das dez principais causas de incapacidade em todo o mundo, com consequências profundas em matéria de sofrimento humano, incapacidade e prejuízos económicos (OMS, 2002).

Os dados deste relatório revelam que os problemas de Saúde Mental correspondem a 12% do peso mundial de doenças, quando na maioria dos países menos de 1% das despesas totais com a saúde é gasto com saúde mental. A isto acresce a falta de políticas de Saúde Mental em 40% dos países, sendo que mais de 30% não têm programas específicos. Além disso, mais de 90% dos países não têm políticas de saúde mental que incluam crianças e adolescentes e existe uma ausência de abordagem sobre as perturbações mentais e comportamentais nos planos de saúde, os quais não são tratados ao mesmo nível que outras doenças, com consequências para o agravamento da situação financeira das famílias, reflectindo-se num aumento do sofrimento e dos problemas.

Estudos realizados por Lopes e Murray (1998), *cit in* Andrade *et al.* (2006), revelam que, na generalidade dos países, as perturbações mentais são responsáveis por mais de 1% da mortalidade, mas resultam em mais de 12% de incapacidade por doença, mas que nos países em desenvolvimento o número sobe para 23%. Os mesmos autores afirmam que, de entre as dez principais causas de incapacidade, cinco são derivadas de perturbações mentais, surgindo a depressão, em primeiro lugar, com 13% das incapacidades, o álcool com 7.1%, a esquizofrenia com 4%, o transtorno bipolar com 3.3% e o transtorno obsessivo-compulsivo com 2.8%. Estes números mostram o peso que os transtornos mentais e comportamentais representam na saúde pública, surgindo como um grande problema na actualidade. Afirmam os autores que estes dados e o conhecimento da realidade mundial, deve a estudos da OMS e de pesquisadores da saúde pública de Harvard, estes últimos, em 1994.

Segundo a OMS (2002), a situação descrita não pode persistir e a saúde mental deve ser entendida como uma preocupação na procura de estabelecimento das condições de saúde, devendo ser entendida a saúde mental como algo interior à própria definição de saúde, ou seja, saúde não é apenas ausência de doença ou enfermidade, mas sim é um estado de completo de bem-estar físico, mental e social.

Esta definição de saúde ganhou sonoridade devido aos progressos registados nas ciências biológicas e comportamentais, que têm vindo a desenvolver, cada vez mais, uma maior compreensão sobre o funcionamento mental e sobre a relação entre saúde mental, física e social. Isso, porque hoje sabe-se que a maioria das doenças mentais e físicas são influenciadas por factores de ordem biológica, psicológica e social; que as perturbações mentais têm a sua base no cérebro, afectam pessoas de todas as idades, em todos os países e causam sofrimento tanto às famílias como às comunidades e, particularmente, ao indivíduo; e que, na maioria dos casos, as perturbações mentais podem ser diagnosticadas e tratadas, relançando, deste modo, a possibilidade dos indivíduos terem uma vida plena e produtiva nas suas comunidades.

Como a grande maioria das pessoas com perturbações mentais não é violenta, é preciso desenvolver formas de evitar o seu aprisionamento em instituições psiquiátricas, devendo, em sua substituição, proporcionar a integração dos indivíduos em hospitais gerais e o desenvolvimento de cuidados na própria comunidade (OMS, 2002), procurando, com isso, proporcionar intervenções, condições e cuidados em saúde mental, envolvendo a conjugação dos factores biológicos, dos psicológicos e sociais para a garantia do equilíbrio e bem-estar.

A figura 1, que se segue, elucida a interacção de Factores Biológicos, Psicossociais e Sociais no desenvolvimento das Perturbações Mentais e Comportamentais (PCM).

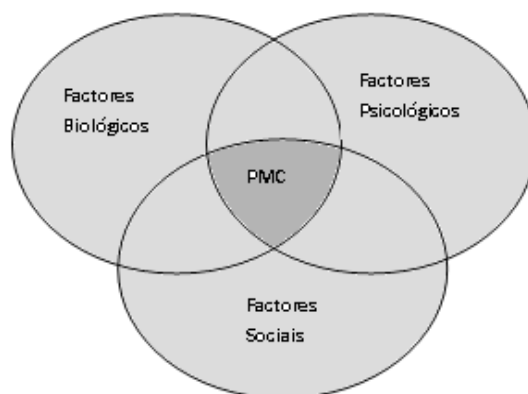


Fig. 1: Interação de factores biológicos, psicossociais e sociais no desenvolvimento das perturbações mentais

Nas linhas que se seguem, podemos perceber o peso dos factores biológicos, psicossociais e sociais na saúde mental e as perturbações mentais e comportamentais que podem ocorrer na mulher, associadas a estes factores, e que põem em causa o seu Bem-Estar Psicológico e a sua Saúde Mental.

1.1.1. Factores Biológicos

Para a saúde mental, os factores biológicos a ter em conta são a idade, o sexo e a genética do indivíduo.

No que se refere ao sexo, tem servido de objecto de estudo a diferença de género, incidindo-se sobre a prevalência, a casualidade e evolução das perturbações mentais e comportamentais. Segundo o Relatório Mundial da Saúde (2001), no século passado houve um maior número de internamentos de indivíduos do sexo feminino com perturbações mentais ou comportamentais, mas os dados não permitem afirmar com toda a segurança que tenha existido maior incidência sobre as mulheres ou se estas recorriam aos tratamentos mais do que os homens.

Como afirma Gold (1998) *cit in* OMS (2002), estudos mais recentes parecem indicar que a prevalência das perturbações mentais e comportamentais difere de acordo com a idade e o sexo dos indivíduos, sendo que algumas se manifestam particularmente no sexo feminino e na idade adulta. No entanto, revelam que nas mulheres as perturbações depressivas, de ansiedade e alterações de humor são mais comuns do que nos homens e que nestes últimos,

associam-se perturbações que resultam do consumo de substâncias psico-activas, incluindo o álcool, transtornos de personalidade anti-social e esquizotípica, transtornos de controlo de impulsos e de défice de atenção e hiperactividade na infância e na vida adulta. Estes resultados referem-se tanto aos países desenvolvidos como aos países em vias de desenvolvimento.

Os transtornos comuns a homens e mulheres apresentam diferenças em relação à idade de início, perfil sintomático e resposta ao tratamento. Destacam-se também diferentes padrões de comorbilidade, psiquiátrica e psiquiátrica/física em mulheres e homens (*idem*). As diferenças sexuais em relação aos índices de depressão, segundo o relatório OMS (2002) mostram ou indicam uma grande correlação com a idade, ou seja, ocorrem na vida adulta, são ausentes na infância e pouco expressivas na velhice.

A prevalência das perturbações depressivas e de ansiedade na mulher estão associadas a factores de vária ordem e manifestam-se com maior prevalência os transtornos depressivos, alimentares, de ansiedade, os que se encontram associados ao ciclo reprodutivo, ao puerpério, à perimenopausa, à menopausa, conforme veremos mais adiante.

Gameiro (1978a) defende que durante a adolescência, menstruação, gravidez, parto, menopausa, entre outros, ocorrem alterações fisiológicas e que constituem causas prováveis de desenvolvimento de doenças mentais, pois muitas das vezes estas são acompanhadas de alterações psíquicas. As alterações resultam de situações de foro bio-psicológico muitas vezes associadas a situações ambientais, actuam simultaneamente como estímulos simbólicos com maior ou menor grau de afectação conforme os indivíduos, podendo ou não resvalar-se para a inadaptação com consequências para a saúde mental ou resultar numa adaptação mais ou menos tranquila. Mais afirma que são fases da vida da mulher que devem ser acompanhadas de apoio no âmbito da saúde, pois muitas mulheres perdem o equilíbrio mental e afectivo.

1.1.2. Factores Psicológicos

Existe um conjunto de factores psicológicos que se encontram associados a perturbações mentais e comportamentais. Na perspectiva de Gameiro (1978a, p.91), “por factores psicológicos das doenças mentais entendem-se aqueles que interferem com os processos do conhecimento, do autodomínio e do equilíbrio dos sentimentos, sem interferirem directamente com a saúde orgânica”. Para o autor, estes são as emoções fortes, os conflitos e traumas psíquicos, as frustrações provocadas por acontecimentos ou factores sociais.

A OMS (2002) refere que durante a infância o relacionamento com os pais e outros prestadores de cuidados, constitui um factor decisivo para a prevenção de perturbações mentais, pois

“o cuidado afectuoso, atento e estável permite ao lactente e à criança pequena desenvolver normalmente funções como a linguagem, o intelecto e a regulação emocional. O insucesso pode ser causado por problemas de saúde mental, doença ou morte de um prestador de cuidados. A criança pode ficar separada do cuidador devido à pobreza, à guerra ou ao deslocamento populacional. A criança pode carecer de cuidados por não haver serviços sociais disponíveis na comunidade maior. Seja qual for a causa específica, a criança privada de afecto por parte dos seus cuidadores tem mais probabilidade de manifestar perturbações mentais e comportamentais, seja durante a infância ou numa fase posterior da vida” (OMS, 2002, p.42).

Trata-se de uma conclusão, recente, do século XX, resultante da observação e análise de lactentes institucionalizados a quem foram garantidas condições adequadas em cuidados de higiene e alimentação, mas que não tinham sido proporcionados estímulos sociais suficientes. Em consequência disso, essas crianças mostraram-se propensas a desenvolver comportamentos anti-sociais no relacionamento com outras crianças (*idem*).

Outra constatação importante foi entender que o comportamento humano é moldado, também, em função das interações com o meio natural e social, embora essas interações possam ter impactos positivos ou negativos nos indivíduos e conduzir à manifestação de comportamentos de inadaptação, expressivos de perturbações mentais e comportamentais. Assim, constata-se que “os factores sociais, normalmente, encontram-se aliados aos factores psicológicos. Por isso se costuma chamar ao seu conjunto factores psico-sociais” (Gameiro, 1978a, p.91).

Naturalmente, entende-se que certos tipos de perturbações mentais e comportamentais, como a ansiedade e a depressão, podem acontecer como consequências da incapacidade de fazer face adaptativamente a um comportamento vital gerador de *stress*. Normalmente ocorrem duas situações correlacionadas com este facto, ou as pessoas discutem os factores de *stress* e conseguem controlá-los ou, então, não as discutem e isso pode levar a manifestações de ansiedade e depressão (Teixeira, 2001).

Estas descobertas permitiram compreender as perturbações mentais e comportamentais, além de proporcionarem o desenvolvimento de intervenções eficazes no âmbito da saúde mental. Neste sentido, regista-se uma mudança substancial no âmbito da saúde mental, assente em três grandes pilares: o progresso da psico-farmacologia com a descoberta de novas classes de drogas, nomeadamente os neurolépticos e anti-depressivos; novas modalidades da intervenção psico-social; o movimento a favor dos direitos humanos que se tornou

internacional pela criação da ONU; a incorporação de componentes sociais e mentais na definição de saúde com a criação da OMS em 1949 (*idem*).

Conforme o mesmo autor, no âmbito das intervenções, começou-se a pôr em causa a existência de manicómios e hospitais psiquiátricos devido às qualidades e condições de funcionamento existentes. Estimulou-se e valorizou-se a intervenção baseada nos cuidados na comunidade e promoveu-se a desinstitucionalização e a integração social, apoiando-se no princípio de cuidados em saúde mental baseada na comunidade mais como uma abordagem global do que uma solução organizacional, a aposta no diagnóstico e na intervenção, nos cuidados continuados, a diversificação dos serviços, na parceria com doentes e famílias, envolvimento da comunidade local, integração dos cuidados primários de saúde; na medicação, psicoterapia e reabilitação social e profissional; no controlo da dependência de substâncias psico-activas, na prevenção da esquizofrenia, epilepsia e outras doenças, nas intervenções no atraso mental, nas perturbações hipercinéticas e na prevenção do suicídio.

1.1.3. Factores Sociais

O desenvolvimento de perturbações mentais e comportamentais encontra-se associado a factores sociais como sejam a urbanização, a pobreza, o estatuto económico, a raça, a etnia (OMS, 2002), guerra, migrações, o cativo e o desemprego (Gameiro, 1978a).

No que se refere à urbanização esta pode ter consequências na saúde mental, pois o aumento dos aglomerados populacionais, trazendo consigo o congestionamento, a poluição do ambiente, a pobreza, a dependência económica e o aumento da violência e a diminuição do apoio social, aumentam os factores de *stress* e a propensão para o aumento das perturbações mentais e comportamentais (OMS, 2002).

Este relatório indica que cerca da metade das populações urbanas em países com rendimento médio e baixo, vive em situação de pobreza, existindo dezenas de milhões de adultos e crianças sem tecto. Nalgumas destas regiões, assiste-se à migração para as zonas urbanas agravando as condições de bem-estar social com o aumento do desemprego e das condições miseráveis dos imigrantes, conjuntamente com a falta de apoio social.

No estudo de comportamentos humanos promotores de transtornos mentais, têm-se tentado perceber se a sua manifestação se deve a questões biológicas ou culturais, embora não se tenha ainda chegado a uma conclusão segura sobre o assunto. No entanto, como afirma Gameiro (1978a, p.97) a “cultura e a sociedade formam uma plataforma que sustenta as

estruturas da personalidade” e “as estruturas da sociedade estão sempre em interacção com a originalidade das pessoas que a constituem”.

Além disso, afirma que a vida real também está cheia de problemas para muitas pessoas, pelo que são comuns: o isolamento, a falta de transportes e comunicações e são limitadas as possibilidades educacionais e económicas. Junta-se a tudo isto o facto das clínicas de saúde mental encontrarem-se particularmente nas grandes cidades, em detrimento das zonas rurais. Uma outra situação relacionada com as anteriores diz respeito à pobreza expressa pela falta de recursos económicos, o desemprego, o baixo nível de instrução, à falta de habitações e a precariedade das existentes, particularmente nos países em vias de desenvolvimento. À pobreza, muitas vezes encontra-se associado o uso de substâncias psico-activas com consequências para o agravamento da condição social, já em si desfavorável.

Os factores psicológicos, sociais e biológicos descritos contribuem para manifestações de depressão, ansiedade e outras perturbações mentais e comportamentais, tanto no homem como na mulher. Importa-nos reflectir a sua manifestação na mulher.

1.2. Perturbações Mentais Associados à Mulher

Através de estudos epidemiológicos é possível verificar a existência de diferenças de género na incidência, prevalência e curso de transtornos mentais e comportamentais. Nos transtornos mentais em que a prevalência não difere quanto ao sexo dos indivíduos, são observadas diferenças na idade de início, perfil sintomatológico e resposta ao tratamento, verificando-se, ainda, diferenças nos padrões de comorbilidade psiquiátrica e psiquiátrica/física nas mulheres e nos homens (Andrade, Viana & Silveira, 2006).

O tabagismo, abuso de drogas ilícitas e sexo desprotegido são factores que se encontram associados directa ou indirectamente aos transtornos mentais na mulher e que constituem importantes factores de risco para outras condições prejudiciais à saúde. Estudos realizados na União Europeia indicam que 3% das mulheres declaram-se incapacitadas devido a problemas emocionais ou mentais (Garcia, 2000).

Existe uma multiplicidade de transtornos atribuídos às perturbações mentais e comportamentais na mulher, nomeadamente os transtornos depressivos, de ansiedade, alimentares, os associados ao ciclo reprodutivo, os mentais associados à perimenopausa e à menopausa e à violência contra a mulher.

1.2.1. Perturbações Depressivas

De acordo com o DSM-IV (2002) e CID-10 (2007), os transtornos depressivos expressam-se no indivíduo através de manifestações de humor deprimido, perda de interesse e prazer, energia reduzida levando a uma fatigabilidade aumentada e actividade diminuída, redução da concentração, diminuição da auto-estima e da autoconfiança, interiorização de ideias de culpa e inutilidade, manifestação de visões desoladas e pessimistas do futuro, de ideias ou tentativas de suicídio, acções auto lesivas e perturbações do sono.

Pires e Calil (1999), sustentam que os estudos epidemiológicos realizados fazem constantemente referência à existência de uma maior prevalência de depressão no sexo feminino do que no masculino. As taxas de prevalência nas mulheres e nos homens tem variado entre 1.5 e 3.0, com uma média de duas mulheres para cada homem. Esta diferença tem sido comprovada em todo o mundo, através da aplicação de diferentes instrumentos de avaliação e de diferentes critérios de diagnóstico. A depressão crónica menor e a distimia têm sido observadas mais frequentemente nas mulheres do que nos homens, não sendo descritas diferenças significativas na prevalência de mania.

Estudos epidemiológicos com crianças e adolescentes revelam que a diferença entre os sexos, na incidência de depressão maior manifesta-se primeiramente entre os 11 e 14 anos, prevalecendo no decorrer da vida adulta, o que pode sugerir um papel fundamental das hormonas sexuais. Factores como o período pré-menstrual, puerpério, menopausa, uso de contraceptivos orais e terapia de reposição hormonal têm sido associados ao humor depressivo, contudo revisões efectuadas não conseguem identificar associações entre estes factores e as taxas mais elevadas de depressão maior nas mulheres (*idem*).

Na tentativa de procurar uma explicação para as diferenças existentes entre os sexos na prevalência de depressão, como por exemplo, maior persistência dos episódios depressivos nas mulheres do que nos homens, devido a influência de pressões sociais, *stress* e ao baixo nível de satisfação associados ao desempenho de papéis tradicionalmente femininos ou, até mesmo, pela diferença existente na forma como lidam com problemas e procuram soluções.

Estudos retrospectivos realizados têm sugerido que a depressão possui um curso mais prolongado nas mulheres do que nos homens. Em contrapartida, os estudos metodológicos têm apontado que essa maior cronicidade se deve ao enviesamento da memória ou “recall bias”, diferenciada entre os sexos. Outro aspecto que tem sido apontado para explicar esta diferenciação entre os sexos é o facto de as mulheres terem maior facilidade em identificar sintomas e aceitarem que estão deprimidas e de procurarem ajuda mais do que os homens

(Andrade *et al.*, 2006). Factores como história familiar, adversidade na infância, aspectos associados à personalidade, isolamento social e exposição a experiências stressantes têm sido apontados como factores de risco e de propensão ao desenvolvimento de depressão.

1.2.2. Perturbações de Ansiedade

O conceito de perturbações de ansiedade envolve várias formas de ansiedade patológica, medos, fobias e alterações nervosas (imediatas ou a longo prazo), que interferem na rotina do indivíduo, provocando a ansiedade entendida como uma característica biológica do ser humano que antecipa momentos de perigo real ou imaginário, manifestando-se na forma de reacções corporais, como o vazio no estômago, aceleração do coração, entre outros (Baptista, Carvalho & Lory, 2005).

Os sintomas mais comuns à ansiedade são a fadiga, a insónia, a falta de ar ou a sensação de sufoco, picadas nas mãos e nos pés, confusão, instabilidade ou sensação de desmaio, dores no peito e palpitações, afrontamentos, arrepios, suores, frio, mãos húmidas, a boca seca, contracções ou tremores incontroláveis, tensão muscular, dores, necessidade urgente de defecar ou urinar, dificuldade em engolir, sensação de ter um "nó" na garganta, dificuldades para relaxar e para dormir, leve tontura ou vertigem, vómitos incontroláveis e sensação de impotência (*ibidem*).

No DSM-IV (2002) apresentam-se como perturbações de ansiedade mais frequentes: *Ataque de Pânico* (período discreto no qual se inicia de modo súbito uma intensa apreensão, medo ou terror, frequentemente associados com sensações de catástrofe iminente); *Agorafobia* (ansiedade ou o evitamento de lugares ou situações nos quais a fuga pode ser difícil ou embaraçosa – ou nos quais possa não ter ajuda no caso de ter um ataque de Pânico ou sintomas semelhantes ao Pânico); *Fobia específica* (ansiedade clinicamente significativa provocada pela exposição a uma situação ou objecto temido, que frequentemente conduz ao comportamento de evitamento); *Fobia social* (ansiedade clinicamente significativa provocada pela exposição a certos tipos de situações sociais ou de desempenho que frequentemente conduzem ao comportamento de evitamento); *Perturbação Obsessivo-Compulsivo* (obsessões que causam forte mal estar ou ansiedade e/ou compulsões que servem para neutralizar a ansiedade); *Perturbação pós-stress traumático* (reexperiência de um acontecimento extremamente traumático, acompanhado por sintomas de activação aumentada e pelo evitamento dos estímulos associados com o trauma); *Perturbação de Ansiedade Generalizada*

(caracteriza-se por pelo menos seis meses de ansiedade e preocupação persistentes e excessivas).

Hoje em dia, é bastante comum as pessoas terem ansiedade devido ao estilo de vida actual. A ansiedade só se torna patológica dependendo do grau e da frequência com que se manifesta, podendo originar perturbações de ansiedade. O indivíduo que sofre de ansiedade tende a ter a auto-estima diminuída pelo medo de errar, de não ser capaz de o que contribui para inibir a sua capacidade intelectual, podendo também desenvolver problemas físicos como dores de cabeça, distúrbios intestinais e tensão muscular (Baptista *et al.*, 2005).

Estudos realizados têm vindo a demonstrar que os transtornos de ansiedade ocorrem com maior frequência nas mulheres do que nos homens, verificando-se maiores diferenças no que diz respeito às fobias, principalmente fobias de animais, escuro e lugares fechados, não se verificando diferenças quanto às fobias em relação a altura, avião e sangue. Embora se verifique uma maior incidência de fobia social nas mulheres, a procura de tratamento é maior pelo sexo masculino. Verifica-se também a existência de diferenças relativamente ao curso e evolução destas perturbações (Yonkers, Bruce, Dyck & Keller, 2003).

De acordo com Kessler *et al.* (2002) *cit in* Andrade *et al.* (2006), estudos realizados no Brasil, Holanda, Canadá e Estados Unidos estimaram que a prevalência do transtorno de ansiedade generalizada ao longo da vida variou de 1.9% a 5.3% e de 1.0% a 2.9% no ano anterior. A diferença entre as taxas de prevalência nas mulheres e nos homens foi de aproximadamente 2:1 e teve como idade de início o fim da adolescência e início da idade adulta.

Existem vários factores que podem explicar as diferenças existentes nos que diz respeito à prevalência de transtornos de ansiedade em ambos os sexos. Por um lado, temos o facto de as mulheres demonstrarem uma maior aceitação cultural do medo e do comportamento de desvio e diferentes padrões adaptativos, e por outro lado, o facto de os homens tenderem mais para o uso de substâncias, como a nicotina e o álcool como automedicação, o que poderá ocultar os primeiros sintomas (Barlow, 2002 *cit in* Baptista *et al.*, 2005).

Ainda segundo o mesmo autor, as mulheres têm mais pré-disposição para desenvolverem transtornos de ansiedade, isso deve-se a factores como eventos stressantes vividos na infância e na adolescência, o que pode ser associado à percepção de que os seus comportamentos têm pouco impacto sobre o ambiente, causando assim um sentimento de descontrolo e conseqüentemente o desenvolvimento de padrões desadaptativos na avaliação

da realidade. Estes factores associados à vulnerabilidade biológica e às mudanças ambientais podem explicar a maior prevalência destas perturbações no sexo feminino.

1.2.3. Perturbações Alimentares

De acordo com (Andrade *et al.*, 2006) os transtornos alimentares, sobretudo a anorexia e a bulimia nervosa, estão associadas à mortalidade em adolescentes do sexo feminino e em jovens mulheres, sendo aproximadamente dez vezes mais comum nas mulheres do que nos homens. Estes transtornos são frequentemente associados a consequências clínicas e psicológicas assoladoras, podendo implicar atraso no desenvolvimento, infertilidade, osteoporose e até mesmo a morte.

Na mulher, há uma preocupação generalizada com os padrões de beleza socialmente defendidos, o que, por vezes, trás consequências negativas particularmente na adolescência e na idade adulta. Na adolescência, verifica-se uma grande insatisfação com o corpo e o peso podendo originar distúrbios alimentares, como a bulimia e a anorexia nervosas e conduzir a situações extremas como seja, por exemplo, o suicídio e as tentativas de suicídio. Na mulher adulta verifica-se uma elevada preocupação com as dietas devido à ansiedade perante a obesidade, facto que se encontra associado um maior risco de diabetes, doenças cardiovasculares, bem como certos tipos de cancro (Garcia, 2000).

A perturbação alimentar conhecida por *Anorexia Nervosa* “caracteriza-se por recusa em manter o peso corporal dentro do mínimo esperado para a idade e a altura, medo intenso de engordar ou de se tornar obeso, distorção da imagem corporal ou negação da gravidade da sua condição nutricional, amenorreia primária ou secundária” (Andrade *et al.*, 2006, p.47-48). O risco de desenvolver anorexia nervosa é de 0.5% a 1%, contudo, não se trata de um transtorno comum na população geral (Oliveira, 2009).

Quanto outra perturbação alimentar, a *Bulimia Nervosa*, trata-se de uma outra perturbação alimentar que se manifesta pela constante compulsão alimentar que conduz à ingestão de grande quantidade de alimento em curtos períodos de tempo, inferiores a 2 horas, durante os quais o indivíduo perde o controlo sobre a quantidade de alimentos que consome, mas que se seguida provoca episódios compensatórios para evitar o aumento do peso, expressos em vómitos provocados, uso de laxantes, inibidores de apetite, realização excessivo de exercício físico e de jejum. A bulimia nervosa ocorre em 1% das mulheres jovens ocidentais (*National Eating Disorders Association*, 2005).

Para diagnosticar uma perturbação alimentar é preciso ter em conta o início do quadro, a velocidade da perda de peso, a magnitude da perda, os hábitos alimentares, a descrição detalhada da ingestão alimentar, o uso de laxantes ou diuréticos, alterações na pele e dentição, o historial menstrual e avaliar o nível de actividade física do indivíduo. Contudo, é fundamental ter em conta que os distúrbios alimentares podem ter causas orgânicas, como por exemplo, desnutrição, tumores no sistema nervosa central, síndrome de má-absorção intestinal, hipotiroidismo, diabetes mellitus e infecções, antes de se dar início à terapia psicológica e nutricional (*idem*).

Nas mulheres que sofrem de transtornos alimentares frequentemente verificam-se problemas como a infertilidade e a disfunção do ciclo menstrual. Aproximadamente 58% das mulheres com amenorreias ou oligomenorreias que procuram clínicas de fertilidade apresentam transtorno alimentar.

Verifica-se que os factores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares incluem indivíduos que se dedicam à realização de actividades que exigem magreza, como por exemplo, bailarinas, desportistas, modelos e certos tipos de traços de personalidade como baixa auto-estima, dificuldades em expressar emoções, perfeccionismo e dificuldades na resolução de problemas. O historial familiar como um factor de propensão ao desenvolvimento de transtornos alimentares ainda não é claro, pois existe uma inconsistência nos diversos estudos realizados neste âmbito. Contudo, alguns estudos procuraram associar o historial familiar de transtornos do humor em parentes de primeiro grau como possível factor de risco (DSM-IV, 2002).

1.2.4. Perturbações Associadas ao Ciclo Reprodutivo

Estudos realizados por Pires e Calil (1999) têm vindo a demonstrar que, em algumas mulheres, é possível verificar durante os anos reprodutivos, um conjunto de sintomas emocionais e alterações do comportamento bastante desconfortáveis no período perimenstrual, ou seja, na semana anterior à menstruação até poucos dias após o seu início. Estes sintomas podem ir desde a síndrome pré-menstrual, passando pelo agravamento de outros transtornos físicos ou mentais (depressão e a ansiedade) podendo resultar no *Transtorno Disfórico pré-menstrual (ibidem)*.

Segundo estes autores, para que os sintomas preencham os critérios para o diagnóstico do transtorno disfórico pré-menstrual, estes devem interferir na rotina da pessoa, não ser a exacerbação de transtornos pré-existent e serem verificados prospectivamente por dois

ciclos menstruais. Esta definição é limitativa porque apenas os casos de maior gravidade são reconhecidos por esse critério. Assim sendo, é fundamental determinar o padrão temporal dos sintomas em relação à menstruação, visando uma significativa mudança de intensidade nos períodos pré e pós-menstruais e serem clinicamente significativos.

Além, disso, neste sentido, os mesmos afirmam que se torna fundamental que os clínicos sejam prevenidos sobre os elevados níveis de comorbilidade das perturbações depressivas e de ansiedade nas mulheres com queixas pré-menstruais, com vista à identificação precoce e ao tratamento adequados destes transtornos de modo a reduzir a probabilidade de se tornarem crónicos e recorrentes.

As perturbações mentais associadas ao período puerperal têm sido adicionadas aos sistemas de classificação diagnóstica em psiquiatria. Na CID-10 (2007) estes aparecem no capítulo de síndromes comportamentais associados a distúrbios fisiológicos e factores físicos, incluindo qualquer transtorno que tenha início até à sexta semana pós-parto. No DSM-IV (2006), o especificador “com início no pós-parto” surge no capítulo dos transtornos do humor e deve ser utilizado para caracterizar qualquer episódio que tenha início até à quarta semana pós-parto.

A *Tristeza do pós-parto* é considerada a alteração do humor no puerpério mais leve e menos frequente, ocorrendo em cerca de 26% a 85% mulheres, dependendo dos critérios de diagnóstico utilizados. Estes autores defendem que a tristeza do pós-parto pode ser definida por um quadro clínico como um síndrome de hipersensibilidade emocional na mulher, caracterizado por episódios de choro, labilidade emocional com alternância de sentimentos de alegria, irritabilidade, tristeza, ansiedade, alterações cognitivas, dificuldades de atenção, concentração e memória (Amorim, 2010 *cit in* Andrade *et al.*, 2006).

O autor afirma que estes sintomas têm início no primeiro dia pós-parto e vão desaparecendo por volta do décimo dia, sem causar prejuízo no desempenho do papel materno e no desenvolvimento de laços afectivos entre a mãe e o bebé. Neste sentido, o tratamento deve ser precoce do modo a minimizar o sofrimento materno e o impacto familiar.

Este transtorno depressivo puerperal, apresenta o mesmo quadro clínico que a depressão, noutros momentos da vida da mulher, especificamente relativos à maternidade e ao desempenho do papel de mãe. No transtorno depressivo puerperal são frequentes sintomas como, sentimentos negativos, desinteresse pelo bebé e culpabilidade por não conseguir prestar os devidos cuidados, podendo dar origem à falta de interacção entre a mãe e o bebé, este

afastamento pode dificultar o estabelecimento de vínculos afectivos e fortalecer a sensação de inadequação materna (Araújo, Pinho & Almeida, 2005).

Segundo estes autores, o quadro clínico da *Depressão Pós-parto* apresenta frequentemente curso flutuante, maior instabilidade do humor e sintomas intensos de ansiedade, incluindo ataques de pânico, podendo-se verificar nos episódios depressivos mais graves a presença de ideação suicida, pensamentos obsessivos envolvendo violência contra o bebé e agitação psicomotora intensa, sintomas psicóticos, especialmente delírios, que podem ocorrer e que normalmente envolvem o bebé. A *Depressão Pós-parto* tem uma prevalência de 10% a 20%, podendo ter início na primeira semana pós-parto e persistir até os dois anos.

Os quadros clínicos da *Psicose puerperal* são mais raros e têm início nos primeiros dias pós-parto, sendo caracterizado por episódios depressivos ou maníacos, recorrentes ou não, com sintomas psicóticos de maior gravidade e episódios psicóticos transitórios, verificando-se a perda da capacidade funcional da mulher, originando ao internamento psiquiátrico, com grande impacto na relação conjugal, familiar e na relação mãe-bebé (Andrade *et al.*, 2006).

Verifica-se que o risco de aparecimento de episódios psicóticos no pós-parto é mais elevado em mulheres que já tiveram manifestações puerperais de perturbações do humor ou historial de transtorno afectivo não-puerperal. O historial de depressão, a presença de sintomas depressivos na gravidez, bem como, historial familiar de perturbações de humor e de ansiedade têm sido apontados como factores predisponentes ao desenvolvimento de transtornos no puerpério.

1.2.5. Perturbações Mentais Associadas à Perimenopausa e à Menopausa

De acordo com a OMS (2002) a *Perimenopausa* pode ser definida como o período que antecede a interrupção dos ciclos menstruais até um ano após a última menstruação, resultante da diminuição progressiva e perda da função folicular nos ovários. Esta tem início em média entre os 45 e 47 anos de idade, com a duração em média de quatro anos, até à menopausa, por volta dos 50 anos. Durante este período, a maioria das mulheres apresenta ciclos menstruais irregulares, com períodos de amenorreia ou de sangramento frequente, associados à oscilação hormonal decorrente do desenvolvimento folicular impróprio.

A OMS (2002) define a *Menopausa* como uma manifestação fisiológica do processo normal de envelhecimento, com insuficiência definitiva da funcionalidade dos ovários e que, sendo reconhecida como tal somente após um período de 12 meses de amenorreia. Durante a menopausa, a mulher experiencia sintomas físicos e psíquicos associados às alterações

hormonais, neste sentido, a menopausa é frequentemente associada ao risco para o desenvolvimento tardio de osteoporose e doenças cardiovasculares.

Durante a *Perimenopausa* e a *Menopausa*, verificam-se sintomas como irritabilidade, labilidade emocional, episódios frequentes de choro, ansiedade, humor depressivo, falta de motivação e energia, dificuldades de concentração, insónia, resultantes das alterações de humor (*ibidem*).

Os factores genéticos, psicológicos, sociais e culturais podem influenciar a forma como a mulher lida com a *Perimenopausa* e com a *Menopausa* e as alterações do humor durante esse período dependem de outros factores, para além das oscilações hormonais que provocam vulnerabilidade e predisposição para desenvolver sintomas depressivos (Harlow, Cohen, Otto, Spiegelman & Cramer, 1999).

1.2.6. Factores externos capazes de provocar perturbações mentais na mulher

Para além das perturbações mentais associadas aos factores anteriormente expostos, o quadro completa-se com alguns factores que, também, consideramos de risco para o desenvolvimento de perturbações mentais na mulher, dos quais destacamos as situações de violência contra a mulher.

Segundo a OMS (2002), a violência é “o uso intencional de força física ou poder, em forma de ameaças ou de actos, contra si próprio (a), outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte, ou tenha uma grande probabilidade de resultar, em lesão, morte, dano psicológico, prejuízo do desenvolvimento ou privação”. Especificamente, sobre a violência contra a mulher, na Conferência de Viena, em 1993, foi aprovada a *Declaração sobre a Violência sobre a Mulher* na qual a violência contra a mulher foi definida como sendo qualquer acto de violência baseado no género que resulte ou possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico da mulher (Amaral *et al.*, 2001).

De acordo com o II Plano Nacional Contra a Violência Doméstica, para 2003-2006, que consta do Relatório da Organização Mundial da Saúde, de 2001, a mulher pode ser vítima de diferentes formas de violência, como por exemplo, a violência cometida antes do nascimento (aborto selectivo do sexo), na infância e em certas culturas (violação infantil e mutilação genital), tráfico (escravidão laboral e sexual), prostituição forçada e violência urbana. Contudo, verifica-se com mais regularidade a violência contra a mulher cometida pelos seus familiares e parceiros íntimos, envolvendo violência física, psicológica e sexual (OMS, 2002).

A maioria dos actos de violência contra a mulher resulta em problemas físicos, sociais e psicológicos, não causando necessariamente lesões, incapacitação ou morte, mas com consequências imediatas ou latentes. Esta forma de violência é considerada um problema social e de saúde pública, com dimensão mundial, que se sobrepõe a classe social, etnia e cultura, religião, idade, grau de escolaridade (Conferência Nacional de Saúde, 1997).

Uma das formas de violência contra a mulher com grande impacto na sociedade é aquela cometida pelo conjugue ou por parceiros íntimos, a violência doméstica. Esta caracteriza-se pelo envolvimento emocional e a dependência económica entre a vítima e o agressor, podendo assumir diferentes formas, incluindo violência física e sexual e é frequentemente acompanhada por outros comportamentos abusivos como, restrições financeiras, proibição de interacção social e familiar e frequentes actos de intimidação e humilhação (Schraiber, D'Oliveira, França-Junior & Pinho, 2002).

De acordo com o relatório da OMS (1998, *cit in* Garcia, 2000), a violência física e psicológica infringida à mulher tem como consequência para a saúde pública uma maior procura de tratamento psiquiátrico por esta, estimada em 4/5 vezes mais, e um aumento das tentativas de suicídio quando comparadas à mulheres que não vivem este problema. A OMS defende serem consequências da violência e que afectam a saúde mental, depressões, ansiedade, disfunções sexuais, distúrbios alimentares e de personalidade.

Na linha do pensamento de Adeodato *et al.* (2005), estas consequências têm efeitos permanentes na auto-estima e auto-imagem, proporcionando o aumento da vulnerabilidade e da propensão para aceitação da vitimização por estas mulheres, como sendo parte da condição feminina.

Em suma, pelo exposto podemos concluir que existe uma pluralidade de perturbações mentais e factores capazes de desencadear perturbações especificamente na mulher e que se relacionam factores de natureza biológica, psicológica e social, intimamente ligados à forma como lida com a idade (as alterações corporais derivadas da maternidade e dos diferentes estados de desenvolvimento físico até a idade adulta e desta para a velhice); os comportamentos alimentares de risco muitas vezes em consequência das transformações biológicas e de necessidades de aceitação; problemas psicológicos de relacionamento interpessoal e dificuldades de auto-realização. Acresce-se a tudo isso a (in)capacidade das estruturas médicas, de acolhimento e apoio à mulher não oferecerem as garantias de que precisa na procura da saúde mental.

Uma condição essencial de auto-realização da mulher, nos dias de hoje, é a sua autonomia em relação ao homem, principalmente no interior do lar. Essa autonomia implica, não só, a assunção de papéis e tarefas no interior da família determinadas pelo seu estatuto social, mas também da sua reconversão deste estatuto através da integração de novas expectativas e necessidades com que se depara no evoluir dos tempos e que a envolvem em novos papéis e tarefas, nomeadamente aquelas relacionadas com o facto de passar a ter um trabalho remunerado, exercido fora de casa e de toda a dinâmica familiar e social que esta nova situação promove.

No capítulo que se segue, relacionamos estas funções e tarefas da mulher com as questões de Saúde Mental e de Bem-Estar Psicológico, entendendo haver interacção entre estas dimensões no mundo feminino.

CAPÍTULO III: A MULHER NOS MÚLTIPLOS PAPÉIS SOCIAIS

Nos últimos anos, têm-se realizado vários estudos sobre a multiplicidade e complexidade de papéis sociais que a mulher tem vindo a assumir, bem como as consequências do seu exercício para a sua saúde física, mental e para o bem-estar familiar. Mas em Portugal não se tem escrito muito sobre a problemática e os dados conhecidos, em boa parte, referem-se a contextos diferentes da sociedade portuguesa. Apesar disso, é notório o crescimento significativo da mulher no mercado de trabalho e em diferentes sectores da actividade social, económica e política do país (Sousa, 1971).

Estes ganhos exigem da mulher uma assunção cada vez superior de responsabilidades e de tarefas que se acumulam às socialmente a ela atribuídas. Isto levanta algumas inquietações sobre a condição da mulher e a garantia de Bem-Estar Psicológico que a permita ser bem sucedida e sentir-se realizada profissionalmente, o que só por si, justifica que hoje se esteja a dar maior atenção ao problema.

Em Portugal, a mulher continua a ter uma posição central no interior da família, com tudo o que isso implica em responsabilidades inerentes, sendo ela quem toma decisões, organiza e comanda a vida familiar. No seu papel de mãe e esposa, ela vê-se responsabilizada pelo equilíbrio e harmonia social, através do seu desempenho familiar (Araújo, 2007). Trata-se da concepção ocidental da família.

Para Favaro (2007) a mulher é vista como um elemento agregador imprescindível sem o qual a unidade familiar não sobrevive. De acordo com Araújo (2007), a centralidade deste papel para a mulher, faz com que ela procure situações profissionais que tanto satisfaçam os interesses financeiros, como preencham as necessidades emocionais de harmonia e de Bem-Estar Psicológico para si e para a sua família.

Almeida (1934) defende que a mulher centra o seu mundo nos aspectos relacionais, emotivos e familiares, pretendendo que a sua profissão seja um meio de prosperidade económica correlacionada com a harmonia sentimental e familiar, enquanto o homem, por sua vez, procurar o prestígio profissional e social, estatuto e salário.

Segundo Orsolin (2002) estamos hoje a algumas décadas do tempo em que o papel da mulher era quase exclusivamente o casamento e a maternidade, sendo que, na actualidade abrem-se novos horizontes sobre o seu papel social permitindo-lhe a conquista de novos espaços de intervenção e com isso o envolvimento em novos e diferentes papéis.

1.1. Ser mulher - a construção de imagens

Ao longo da História até meados do século XX, salvo na sociedade primitiva matriarcal, a mulher foi sempre colocada numa posição de subordinação em relação ao marido, conferindo-lhe um papel de inferioridade face ao homem.

Recuando à Grécia Antiga, a mulher era privada dos seus direitos cíveis e jurídicos. Era representada legalmente pelo pai, irmão, marido ou qualquer parente próximo, desde que fosse do sexo masculino. O único direito que tinha era o de poder casar e gerar os filhos (Canezin, 2004).

Para citar situações mais recentes, a perpetuação da imagem da mulher como ser submisso ao homem, vejamos os preceitos religiosos sobre a narrativa da criação e da desobediência de Eva perante o fruto proibido, criada e reforçada pela Igreja que em várias encíclicas papais como, por exemplo, a publicada pelo Papa Leão XIII, em 1891, que admitia que existiam trabalhos que não se adaptavam à mulher, cuja natureza permitia apenas a execução de trabalhos domésticos, devendo também salvaguardar a honestidade sexual, de acordo com a educação e prosperidade da família. Em 1931, o Papa Pio XI reforçava a ideia dizendo que as mães de família deviam trabalhar nos cuidados domésticos e que ganhar a vida fora das paredes domésticas traria descuido no zelo sobre os deveres próprios e sobretudo na educação dos filhos. O Papa Pio XII, em 1943, segue os mesmos passos assumindo que o ofício da mulher seria, então, a maternidade (*ibidem*).

Segundo a autora, ao longo dos séculos assistiu-se à situação do matrimónio a ser decidida pela família sem o consentimento da mulher, à educação da mulher preparando-a para ser submissa ao marido, boa dona de casa e boa mãe, incidindo as suas aprendizagens sobre as prendas domésticas, o cuidar dos filhos e da família, sem direito à escolarização e sem direito de interagir com o mundo masculino, exterior ao núcleo familiar e sem o direito de decidir sobre a sua vida e os seus desejos ou interesses.

Só a partir da segunda metade do século XX, a mulher começa a reconfigurar o papel que lhe foi enunciado pela sociedade civil, religiosa e política. Dos anos setenta aos dias de hoje, temos vindo a perceber essas mudanças sobre o universo feminino e como essas mudanças têm influenciado a tomada de decisões e o reposicionamento tanto da mulher como do homem na sociedade (Ceccarelli, 2006).

Como vimos anteriormente, vários factores contribuíram para esta nova condição da mulher. Recuamos ao século XIX e às duas Guerras mundiais, para lembrar os seus impactos na sociedade. Conforme afirma Canezin, (2004) estes acontecimentos alteraram os valores

morais, éticos e políticos, e com eles os valores individuais, como o direito à liberdade e à realização pessoal e profissional.

Entre as conquistas, as mulheres lutam pela educação, pelo direito de trabalharem fora de casa, mas também pela igualdade de condições de trabalho e de protecção à maternidade. Defendem o direito ao exercício de cargos em paridade com o homem (Canazin, 2004; Filho & Neto, 2011). Bem como o direito de opção sobre a maternidade, um dos aspectos fundamentais da construção social do feminino.

Sobre este último aspecto, Borsa e Feil (2008), destacam as influências das teorias sobre o determinismo da maternidade para a mulher, nos anos sessenta e setenta, que procuram justificar este determinismo da realização da mulher como uma construção social imposta e inculcada por meio de uma educação sexista que prepara o homem e a mulher para papéis diferenciados na sociedade. Neste sentido falam do movimento feminista e das correntes de pensamento que o animaram e que muito questionou a maternidade, o casamento e o seu impacto na discriminação da mulher face ao homem. Com base no pensamento de Szapiro e Carneiro (2002) estes autores afirmam que a maternidade deixou de ser vista, pela mulher, como uma fatalidade para passar a ser encarada como algo de livre escolha.

Todos esses contributos do processo histórico da construção da representação social da mulher têm impacto na configuração e na reconfiguração da imagem que ela tem de si própria. O sentido das transformações tem permitido à mulher maior autonomia e poder de decisão e, com isso, uma maior realização pessoal e social, importantes para a sua condição, auto-aceitação e afirmação do seu Bem-Estar Psicológico. Efectivamente, estamos a debater a questão à luz da sociedade ocidental, a que Portugal pertence. Entrar noutras sociedades seria desbravar a polémica noutras direcções e, certamente, com resultados contraditórios ao que foi dito.

1.2. Ser mãe – a afirmação da identidade feminina

A maternidade é um elemento fundamental da identidade feminina, pois é reservada à mulher a faculdade de gerar os filhos com vista à continuidade da espécie. Para Borsa e Feil (2008), a importância da maternidade advém do facto desta constituir a sua identidade principal. Do ponto de vista social, Favaro (2007) afirma que a mulher é o elemento de garantia da sobrevivência da unidade familiar, reforçando a noção da sua importância neste contexto.

Como explicam Borsa e Feil (2008, p.4),

“Historicamente, o papel da maternidade sempre foi construído como o ideal máximo da mulher, caminho da plenitude e realização da feminilidade, associado a um sentido de renúncia e sacrifícios prazerosos. No final do século XVIII, e principalmente no século XIX, (...) a mulher aceitou o papel da boa mãe, dedicada em tempo integral, responsável pelo espaço privado, privilegiadamente representado pela família (Braga & Amazonas, 2005). De acordo com Prehn (1999) a mulher é biologicamente pré-determinada a gestar e foi criada, desde os tempos primitivos, para cuidar da prole. Enquanto a mulher possuía a função da domesticação, cultivo da terra e cuidado dos filhos, o marido possuía a função da caça e de outras actividades que exigiam força e velocidade.”

Daqui decorre que à mulher foi de imediato reconhecido o papel na maternidade, na união da família e nas tarefas domésticas. Desde sempre ficou a seu cargo a responsabilidade de cuidar dos filhos e de todos os envolvidos no contexto familiar, nomeadamente proporcionar as condições para que o marido assumisse outras responsabilidades que suscitam maior força física.

Nesta perspectiva, Borsa e Feil (2008) defendem que desde os primórdios da humanidade até meados do século XX, a maternidade era considerada como a única função valorizada socialmente, conferindo à mulher um estatuto social distinto e prestigiante na sociedade. Segundo as autoras, uma das dificuldades que certas mulheres enfrentam é a conciliação entre a maternidade e o mundo do trabalho. Este problema deve-se ao facto de haver alguma indefinição na articulação dos diversos papéis que traduz certa ambiguidade sobre as exigências do seu desempenho como mãe, como membro responsável pela união e manutenção da família e como profissional.

As opções que foram colocadas à mulher permitindo-a decidir sobre ter filhos, quando ter filhos, quantos filhos ter, o uso de contraceptivos, o divórcio e a possibilidade de ter outras relações amorosas, a possibilidade de ser economicamente independente do homem, entre outras, parecem revelar um momento em que se está a operar a reinvenção do papel social da mulher (Díaz, Cabral & Santos, 2004).

Naturalmente, é legítimo que Osório (2002) *cit in* Borsa e Feil (2008) defenda que os papéis do homem e da mulher já não se prendem à identidade sexual, mas sim à condição humana e às suas circunstâncias. Os papéis sexuais actuais do homem ou da mulher não se encontram confinados aos estereótipos conhecidos, nomeadamente à mulher competir cuidar do lar e ao homem a garantia do sustento da família. Segundo estas autoras, com o passar do tempo, estas alterações têm vindo a transformar a noção de família, podendo-se falar mais em termos de diferentes configurações familiares ou diferentes existências familiares.

Por essa razão, compreende-se, não só, a visão de que a mulher tem de si na família, como também as suas preocupações com outras funções que não apenas a maternidade, embora ela continue a ser importante, se não fundamental para a maioria delas. Mas a mulher precisa de se dedicar às novas funções, nomeadamente as profissionais, cada vez mais diversificadas e muitas em domínios que há bem pouco tempo eram exclusivos ao sexo masculino, como forma de realização pessoal e social (Castro, 2000).

Actualmente, a mulher precisa de se envolver nesses vários papéis e funções como meio de realização e autonomia face ao homem, mas também porque tornou-se indiscutivelmente necessário participar da economia financeira do lar.

Borsa e Feil (2008) sustentam que as novas configurações familiares afastam o carácter determinista da mulher em ser mãe. Referindo-se a Badinter (1985), as autoras explicam o amor materno como uma construção social repressiva da mulher que associava a infalibilidade de ser mãe, que a mulher pode ser feliz sem ser mãe, tanto que algumas mulheres optam por não sê-lo, dentro das novas representações familiares.

As autoras procuram debater a maternidade como uma questão universal. Chodorow (1978) considera que este assunto não tem sido devidamente discutido pela comunidade científica e que a “reprodução da maternidade no mundo contemporâneo – questão central da divisão do trabalho e da conseqüente dominação masculino - se dá através de processos psicológicos induzidos social e estruturalmente que se reproduzem de forma cíclica” (p.4), conduzindo ao estabelecimento de uma estrutura assimétrica de papéis do homem e da mulher na família, através de um processo consciente de aprendizagem que permite expandir e internalizar a maternidade no desenvolvimento da estrutura psíquica da mulher.

Pelo exposto, podemos afirmar que a maternidade é importante para a mulher como para a continuidade da espécie humana. Já foi considerada um determinante da condição feminina e uma obrigação social incontestável. Nas sociedades ocidentais, as conquistas da mulher no sentido da sua autonomia face ao homem têm vindo a proporcionar outros entendimentos da maternidade para a mulher em si mesma, bem como, para a sociedade em geral. Embora existam muitas expectativas sobre a realização da maternidade, hoje a mulher é mais livre de optar se quer ou não ter filhos em conjunto com o parceiro, marido, companheiro ou até mesmo sozinha.

1.3. Ser esposa – da submissão à emancipação

O casamento é uma instituição que permaneceu inalterada ao longo dos séculos, delineada em função das necessidades do homem (Neto & Filho, 2011). A conquista de espaço na sociedade pela mulher tem reconfigurado a posição que ocupa actualmente. Efectivamente as novas áreas de intervenção da mulher, permitiu-a reposicionar-se e assumir novos papéis, que não apenas o de esposa, mãe e de dona de casa.

A condição da mulher perante o matrimónio, passou por muitas transformação, das quais destacamos, a título de exemplo, nas sociedades ocidentais, nos séculos IX e X, como refere Canezin (2004, p.5), “as uniões matrimoniais eram frequentemente combinadas sem o consentimento da mulher, a qual era sempre muito jovem. Na Idade média, o casamento foi fortemente influenciado pelo Direito Canónico, o qual introduziu alterações jurídicas na estrutura familiar com a indissolubilidade do vínculo matrimonial”.

O modelo de casamento que vingou durante séculos foi aquele em que “a figura masculina estava directamente ligada à função de prover o lar em suas necessidades materiais e a feminina responsável pelos afazeres domésticos e educação dos filhos” (Filho & Neto, 2011, p. 2).

Até à revolução industrial, a família manteve-se organizada em função dos interesses do esposo-chefe. Só a partir desta altura sob a influência desta revolução e guerras mundiais é que se alteram os valores morais, éticos e políticos e com estes os valores individuais como o direito à vida, à liberdade, à realização pessoal e profissional (Canezin, 2004). A autora afirma que surgiram simultaneamente, nesse contexto ideológico, especificamente na Europa, movimentos de vanguarda pela paz, pela vida e pelas liberdades individuais. Entre estes, os movimentos pela igualdade entre os sexos.

A partir da segunda metade do século XX, fruto das lutas e conquistas pela emancipação da mulher atrás referidas, ela começa a dedicar-se a um trabalho profissional e a reestruturar o seu papel no seio familiar como esposa e mãe, mas, também, em relação à realização das tarefas domésticas.

Segundo Sousa (1971), a conciliação da vida familiar e doméstica com a vida profissional só se torna compatível, para a mulher, mediante a partilha das tarefas domésticas com o companheiro e com os filhos, o que implica a reeducação do homem. Canezin (2004), afirma que trabalhar fora de casa trouxe a reflexão sobre os direitos da mulher ao sexo e à igualdade salarial em iguais funções, embora permaneçam diferenças neste sentido, pois a

sociedade não conseguiu, ainda, atingir a plena igualdade de direitos laborais para ambos os sexos.

Não obstante, hoje, é incontestável uma maior autonomia e poder de decisão da mulher no contexto das decisões familiares. Para Canezin (2004, p.14-15) “não há como negar, portanto, o grande avanço conquistado pela mulher no campo das liberdades individuais, especialmente dentro do núcleo familiar como indicador de sua emancipação frente ao ‘machismo’ marital até há pouco tempo dominante”.

Barroso (2007) refere Fernandes (1998) que afirma que o casamento deixou de ser um pacto para toda a vida, passando a garantir, acima de tudo, as condições de realização de cada um dos parceiros. O autor afirma que a instabilidade e falibilidade da relação amorosa é um foco de tensão e conflito entre o casal moderno, sendo promotor de situações de violência doméstica, particularmente do homem para com a mulher. Do ponto de vista estatístico, aponta como 70% de casos de violência doméstica atribuída aos parceiros e diz que nem sempre os actos de violência acabam com a separação do casal. Pelo contrário, o fim da relação muitas vezes proporciona o agravamento dos episódios de violência, resultando, em certos casos em ferimentos que marcam a mulher para todo a vida.

Estes actos de violência têm, consequências que vão para além dos danos físicos, em si graves, tendo grande impacto psicológico, nomeadamente na destruição da auto-estima, no aumento do risco de sofrimento de problemas psicológicos graves pela mulher, considerando que estes prolongam-se no tempo e acarretam um grande risco de sobrevivência (Barroso, 2007).

Dados das Nações Unidas, de 1993, apresentados por Barroso, afirma-se que 46% de mulheres com relacionamentos íntimos violentos apresentam elevados níveis de ansiedade, irritabilidade, depressões, períodos de confusão e perda de memória. Mais, ainda, as ofensas por parte dos parceiros contribuem para que uma em cada quatro mulheres cometa o suicídio. Na opinião do autor, sustentada em estudos da Associação Médica Americana, todos estes problemas relacionados com a violência doméstica, contribuem para o desenvolvimento de sentimentos de isolamento, auto-desvalorização, abuso de álcool e drogas, depressão, transtornos de pânico, tentativas de suicídio e transtornos de ansiedade.

O autor subscreve o pensamento de Kirkwood (1993) e Emakunde (2004) que defendem que o facto de se sentir ameaça por parte dos seus parceiros com actos de violência imprevisíveis, cria um ambiente desconfortável fazendo com que a mulher viva estados de

grande ansiedade e de pânico, originando comportamentos depressivos, que quanto mais tempo durar a violência mais difícil se torna à mulher libertar-se dela.

1.4. Ser profissional – autonomia financeira, desafios e emancipação

A partir dos anos setenta, com grande impacto nos anos noventa verifica-se o fortalecimento da participação da mulher no mercado do trabalho e o aumento das suas responsabilidades familiares em consequência deste. Esta condição veio permitir-lhe maior autonomia impulsionada tanto pelo aumento do seu poder de compra, como do necessário investimento na sua escolarização, bem assim uma maior aproximação salarial com o homem, embora a consolidação do seu papel no mundo laboral tem sido feita gradualmente impondo renúncias e adiamentos, particularmente no que se refere a projectos pessoais, como por exemplo a maternidade e a redução do número de filhos (Probst, 2011).

Em muitos casos, como afirma Sousa (1971) verifica-se uma grande dificuldade em conciliar a maternidade com a vida profissional, o que tem resultado, muitas vezes no abandono da profissão pela mulher, devido ao seu afastamento por um longo período ou porque a maternidade exige de si bastante tempo. A maternidade é uma realidade biológica da mulher para a sua realização como ser humano. A sua realização pessoal depende da assunção da maternidade, da mesma forma que a sua realização social depende da sua realização profissional (*ibidem*). Nesta perspectiva, a sua condição biológica e social, obriga à conciliação dos papéis de mãe e profissional, como condição de bem-estar social e psicológico.

Na realidade, a mulher tem vindo a enfrentar uma grande luta para atingir as condições de igualdade de direitos no acesso e nas condições de emprego, com resultados em vários domínios, aproximando-se da situação reservada ao homem na sociedade, podendo-se ultrapassar o papel que lhe era reservado de ser apenas uma boa dona de casa, a quem competia cuidar da família assegurando as condições internas para o seu funcionamento e equilíbrio emocional (Amâncio, 1987, *cit in* Araújo, 2007).

No entanto, há ainda comunidades que segundo uma organização patriarcal, conservam valores sociais discriminatórios da condição da mulher perante o homem dificultando a igualdade entre os sexos, reflectindo-se na relação laboral (Araújo, 2007).

Sousa (1971) defende que existem, ainda, certos meios em que é contestado o direito da mulher ao trabalho profissional, sem considerar as necessidades económicas da mulher das classes sociais mais baixas, cujo trabalho é importante para garantir a sua subsistência. Nestes

meios, muitas das vezes, se admite que o trabalho profissional da mulher é responsável pela desagregação da família e da degeneração dos costumes, além de apontarem o trabalho feminino como meio de promoção dos problemas com que a mulher se debate na conquista da sua emancipação.

No que se refere à importância humana do trabalho, Jaccard (s/d) *cit in* Sousa (1971), defende que este satisfaz ou deve satisfazer três necessidades fundamentais da natureza humana, concretamente a função económica de subsistir, a função psicológica de criar e a função social de colaborar.

Vieira (2005) *cit in* Filho e Neto (2011, p.5), discute as mudanças em curso no mundo laboral, entre o homem e a mulher e afirma que:

“Quando as mulheres começaram a ingressar no mercado de trabalho, as relações entre os dois sexos entraram em processo de mudança. Ela, ao conquistar salários, ingressa também no clube dos capitalistas, que, usualmente, era privilégio masculino. Começa, portanto, a luta pelo poder que excede a questão de género. O homem, neste momento, deve lutar para se manter em seu cargo, para não perdê-lo a outros concorrentes homens e, também, agora, às mulheres”.

As limitações laborais com que a mulher se depara vão desde as colocações limitadoras reservadas para ela até ao acumular de funções com aquelas que anteriormente desempenhava, nomeadamente, no seio da família. Esta situação tem vindo a solicitar estudos aparecendo como foco de conflitos e de problemas, que para alguns é tida como ganhos para as pessoas envolvidas em vários papéis, quando estes lhes são gratificantes, sendo importantes ao conferirem sentido à vida e no reforço da identidade pessoal (Thoits, 1983, *cit in* Possatti & Dias, 2002b).

São poucas as oportunidades de inserção das mulheres em posições laborais mais qualificadas, reservando-se a estas as oportunidades restritas a alguns sectores do mercado (Montagner, 2000, *cit in* Possatti & Dias, 2002b). Este facto tem vindo a suscitar, cada vez mais, o interesse por estudos referentes à nova situação, principalmente pelo facto de as mulheres ao ingressarem no mercado de trabalho não eliminarem as suas actividades anteriores, o que é considerado como causa de conflitos e problemas (Possatti & Dias, 2002b).

Probst (2011) afirma que embora exista discriminação em relação ao trabalho feminino, as mulheres têm vindo a impor-se ocupando um espaço significativo e em diferentes áreas de actuação antes exclusivas do sexo masculino. Têm imposto respeito e reconhecimento através do seu rigor e profissionalismo e que, actualmente, embora em pequeno número, há mulheres que ganham mais do que os maridos.

Apesar de todas as exigências da nova condição social, a mulher tende a lutar por manter as suas conquistas, embora algumas se afastem profissionalmente após o nascimento de um filho. Neste caso, torna-se mais complexo o seu regresso ao mercado do trabalho, pois o desenvolvimento económico e tecnológico permanente actua como factor negativo, já que exige uma constante actualização profissional. Para evitar o afastamento e a perda da actividade remunerada que lhes dá mais autonomia e poder de decisão sobre si, muitas procuram desenvolver uma actividade profissional em tempo parcial, no domicílio e em empresas que criam condições que permitem conciliar a maternidade com o emprego (Pozza, 1992).

Segundo Orsolin (2002) a mulher afirmou-se como cidadã e sujeito do seu desejo ao sair de casa para trabalhar pondo em causa o determinismo biológico e social da sua existência. Ela passa a poder dirigir e tomar decisões sobre a sua vida, a fazer as suas próprias escolhas, coisa que até então não lhe competia. Naturalmente esta nova condição da mulher tem sido dificultada no acolhimento como profissional e na conjugação dos papéis exercidos na esfera pública e privada.

Isso tem feito com que ela se debata com conflitos ligados à necessidade de afirmação profissional, de aceitação familiar dos seus compromissos sócio-profissionais e conflitos matrimoniais. Pozza (1992) referindo-se à família brasileira fala dos problemas que essas mudanças trouxeram, nomeadamente, no que se refere à maior autonomia feminina apesar da acumulação de funções, da divisão das tarefas e do orçamento doméstico com o homem e das responsabilidades das funções maternas. Sobre isso acrescenta que o exercício profissional da mulher, mãe, esposa e dona de casa implica uma sólida estrutura da personalidade, grande capacidade de tomada de decisões e grande habilidade para contornar as dificuldades e os problemas do dia-a-dia no seu processo de realização dentro e fora de casa.

Probst (2011) considera que o grande desafio para as mulheres é tentar reverter o quadro da desigualdade salarial entre o homem e a mulher. Este aspecto, segundo Sousa (1971), muitas vezes é aproveitado pelo homem como argumento para desviar a mulher do trabalho profissional, ignorando o facto de, tanto eles quanto elas, precisam de satisfazer as suas necessidades de criação e colaboração. Mais afirma que, tanto para o homem como para a mulher, o trabalho profissional é significativo para a realização absoluta da personalidade, enquanto contributo para o reconhecimento da sua independência económica e da sua afirmação pessoal.

Esta necessidade da mulher estar presente no mercado do trabalho, encontra explicação em Sousa (1971) quando este admite, de certa forma, que a mulher tem necessidade de trabalhar profissionalmente ao longo da vida activa. Dito de outra forma, a mulher trabalha quando solteira para assegurar a aquisição de bens que os pais têm dificuldade em proporcionar, quando casada para ajudar na economia familiar, quando viúva ou divorciada, vê-se na posição de chefe de família com responsabilidades de garantir o sustento dos filhos. Da nossa perspectiva o mesmo acontece na situação de mãe soleira. O autor conclui que o factor económico é a principal motivação para ambos os sexos trabalharem.

Camps (2001) salienta que a igualdade entre os sexos só será uma realidade no dia em que não precisarmos de distinguir entre homens e mulheres profissionais. Naturalmente a relação mulher-trabalho tem implicações que ultrapassam a questão meramente económica. Do ponto de vista psicológico, existem determinantes ligadas ao desejo e à necessidade de realização profissional, de possuir autonomia, de independência pessoal e económica em relação ao marido ou pais, e de enriquecimento humano, sendo estas condições marcantes para a concepção de Bem-Estar Psicológico e realização como pessoa.

Apesar disso, importa realçar o facto da condição feminina continuar a ser um elemento discriminatório e limitador no mundo laboral. Manifestamente, embora reconhecendo-se uma evolução, da mulher, podemos ainda, com alguma reserva afirmar que existem semelhanças do estado actual da situação da mulher, nos termos referidos por Sousa (1971, p.29) que refere Gubbels (s/d), para afirmar que a mulher continua a ser considerada, por alguns, como “reserva de mão-de-obra regularizadora das flutuações do mercado de emprego: assalariadas nos períodos penúria de mão-de-obra, são recambiadas para o lar nos períodos de desemprego”.

Em suma, na última década realizaram-se várias investigações acerca da multiplicidade de papéis que a mulher desempenha na sociedade associados a problemas de saúde e de bem-estar de um modo geral. Hoje as mulheres constituem a maioria da população mundial e isso tem vindo a reflectir-se num número crescente do seu ingresso no mercado de trabalho, assumindo gradualmente posições antes só ocupadas pelo homem. Com estes novos papéis, ela acumula o de mãe, esposa e dona de casa, este último, em Portugal, raramente partilhado com o homem. Pelo exposto, pensamos que o papel da mulher no seio familiar é fundamental, embora a sua participação social não se resuma a isso.

A presença da mulher no mundo laboral é uma condição necessária tanto para a satisfação económica, como também constitui uma forma de autonomia pessoal e social, sendo importantes na sua realização e emancipação, permitindo-lhe olhar para si própria, primeiro como pessoa e depois como mãe e esposa.

Ao partilhar com o homem benefícios e compromissos, em situação de igualdade no casamento, a mulher consegue manter um nível de equilíbrio favorável, não só, para si, como para a sua família, criam-se condições de bem-estar geral e de desenvolvimento familiar, muito importantes para o seu Bem-Estar Psicológico. Mas apesar dos avanços, a sociedade ocidental está longe de conseguir ultrapassar os tabus e estigmas que colocam a mulher numa posição inferior e menos beneficiada que o homem. É, também, um facto que as mulheres que lutam por vencer os obstáculos à sua emancipação social e financeira lidam com situações penalizadoras do ponto de vista existencial.

A assunção múltipla de papéis pode ser seguramente assumida pela mulher sem que isso implique a renúncia a papéis anteriormente assumidos no casamento e na maternidade, embora os entraves e as dificuldades que encontra para romper com os preconceitos sociais e familiares sejam imensas, tornando árduo a conciliação da vida familiar e profissional. À mulher são feitas mais exigências do que ao homem devendo cumprir os horários de trabalho exigidos pelo emprego em pé de igualdade que o homem, tendo que acumular as tarefas de cuidar da casa, dos filhos, da sua própria imagem, entre outras, com um nível de exigência excessivo que impõe a si própria (Papalia, Olds & Feldman, 2000).

Além disso, a sociedade apresenta-se desajustada às realidades e aspirações actuais particularmente da mulher, envolvida em redes complexas de relações familiares, sociais e laborais. Segundo Sousa (1971), o progresso exige o contributo da mão-de-obra feminina, mas poucos são os países que desenvolverem estruturas que permitam à mulher o exercício de uma profissão em condições de igualdade.

Existe legislação em Portugal e das Nações Unidas que tentam proteger a condição de igualdade entre os sexos, certamente alguns sectores e empresas procuram satisfazer essas condições, mas persiste uma grande diferença na igualdade entre o homem e a mulher no acesso ao emprego, apesar do mesmo não se verificar em relação à formação profissional nos diversos níveis.

Uma das conclusões que tem vindo a destacar-se nestes estudos é a constatação de que não é apenas a multiplicidade de papéis que interferem no Bem-Estar Psicológico das mulheres, mas também e fundamentalmente o não reconhecimento das suas qualidades e

práticas laborais, a desigualdade salarial e de oportunidade entre os géneros. Ao desempenhar vários papéis o indivíduo não só acumula obrigações como também desfruta de privilégios, e se as recompensas forem maiores do que as suas preocupações isso pode favorecer o seu Bem-Estar Psicológico, sendo importante mencionar que quanto mais valorizada for uma posição, maior o impacto psicológico dos ganhos e perdas (Possatti & Dias, 2002a).

Mulheres que se vêm cercadas numa pluralidade de papéis sociais geralmente vivem situações de *stress* com efeitos negativos para o auto-conceito, auto-controlo e auto-estima. A sociedade continua a pôr ao seu dispor oportunidades limitadas de desenvolvimento profissional e de carreira, mantendo-se as probabilidades de desemprego e de condições de trabalho desinteressantes e desmotivadoras.

Com todas as solicitações que advém da assunção, em regime de acumulação, de novos papéis sociais pela mulher, torna-se interessante relacionar o conceito de Bem-Estar Psicológico com as responsabilidades e com a importância que esta tem no seio familiar e no enquadramento social, percebendo a forma como ela se vê e como se realiza como mãe, esposa e profissional.

Segundo Amatea e Fonge (2006), os mitos e as crenças que envolveram as consequências das actividades das mulheres para a sua saúde e Bem-Estar Psicológico, e que originaram uma teoria de que estas deveriam permanecer nos seus papéis tradicionais, têm sido dissolvidas à medida que as pesquisas realizadas a respeito da multiplicidade de papéis e Bem-Estar Psicológico entre mulheres que possuem um trabalho remunerado, em contraposição a níveis mais baixos em mulheres que não trabalham.

Possatti e Dias (2002a) defendem que são muitas as componentes que afectam o Bem-Estar Psicológico, mas que a multiplicidade de papéis é tida como importante nas abordagens dos diferentes autores por ser considerada a quantidade de energia que as pessoas dedicam na realização das suas actividades, no cumprimento das suas obrigações de papéis, e nos conflitos decorrentes destas actuações, como também, têm sido consideradas as características sociais que são causadoras do *distress* (tensão psicológica caracterizada pela depressão e ansiedade) psicológico.

PARTE II: INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO IV: METODOLOGIA

O presente estudo teve como objectivo central avaliar o envolvimento da mulher em múltiplos papéis e as consequências para o Bem-Estar Psicológico e satisfação marital, percebendo como a mulher se estrutura para desempenhar os diversos papéis, mantendo o Bem-Estar Psicológico fundamental para lhe conferir estabilidade emocional e qualidade das respostas às exigências do dia-a-dia.

Do ponto de vista metodológico, trata-se de um estudo quantitativo correlacional, construído com base num questionário sócio-demográfico e nas escalas de Bem-Estar Psicológico, Satisfação Marital e Qualidade de Papéis, numa amostra de 60 mulheres, assente nos critérios: ter um trabalho remunerado, ser mãe e ser casada.

Neste capítulo é apresentada a estrutura do estudo, incluindo o objectivo geral e os objectivos específicos, as hipóteses a testar e a sua fundamentação. Conjuntamente são, igualmente, apresentadas as variáveis do estudo, os procedimentos de recolha de dados, os instrumentos utilizados e, por último, os procedimentos de análise de dados.

Do ponto de vista metodológico, tratou-se de um estudo quantitativo, com a aplicação de técnicas que requerem o uso de medidas e de métodos padronizados convertíveis em número, de modo a que permitissem a expressão da variedade de perspectivas e experiências das pessoas, dado que as opções de resposta eram limitadas à partida (Patton, 1990, *cit in* Pais Ribeiro, 2008). Para a realização da investigação foi aplicado um questionário sócio-demográfico e as três escalas de medida, a saber: o Índice de Satisfação Marital, as Escalas de Bem-Estar Psicológico e a Escala de Qualidade de Papéis.

Realizou-se um estudo correlacional, visando perceber de que modo determinados fenómenos se relacionam. Este método não manipula a variável independente, analisa relações entre variáveis descrevendo variações, ou seja, quando uma variável aumenta a outra diminui. No estudo correlacional são analisadas as relações entre variáveis sem que se manipulem as variáveis em estudo. Os dados recolhidos expressam as relações entre variáveis, tal como elas existem naturalmente. A análise correlacional não permite fazer inferências acerca da causalidade (Pais Ribeiro, 2008).

1. Objectivos de investigação e sua fundamentação

Para o desenvolvimento do estudo foram delineados vários objectivos. Quanto ao objectivo geral, pretendeu-se avaliar os efeitos para o Bem-Estar Psicológico da mulher,

considerando o seu envolvimento em múltiplos papéis e a qualidade dos papéis das que actuam no mercado laboral e que são mães, esposas e donas de casa, tomando como referência a realidade portuguesa.

Como objectivos específicos, estipulou-se: verificar que relação poderá existir entre a acumulação de novos papéis sociais pela mulher e a sua condição de saúde e Bem-Estar Psicológico; perceber que dificuldades experimentam as mulheres quando acumulam as suas tarefas tradicionais com um trabalho remunerado; compreender como é que ela se vê enquanto mãe e esposa, trabalhadora remunerada; entender até que ponto a mulher se sente recompensada por ter autonomia no trabalho, por ter o poder de decisão e por contribuir para o equilíbrio e harmonia familiar.

2. Hipóteses de estudo

O interesse em estudar os efeitos do desempenho de múltiplos papéis pela mulher surge porque se tratou de um tema pouco explorado na sociedade portuguesa, não havendo muitos estudos sobre o problema. Como em outras partes do Mundo, a mulher portuguesa foi ingressando no mercado de trabalho assumindo posições, antes, só desempenhadas pelo homem. Ela tem vindo a assumir um papel importante na sociedade, mas tem um índice de depressão mais elevado que os homens, o que pode ser atribuído às diferenças nos papéis que desempenha (Almeida & Kessler, 1998).

Para o desenvolvimento do estudo, atendendo à problemática do estudo, à revisão bibliográfica efectuada e a aplicação do método hipotético dedutivo, foram delineadas as seguintes hipóteses:

- H1:** O sentimento de recompensa do trabalho pago e a satisfação com o casamento predizem o Bem-Estar Psicológico da mulher trabalhadora remunerada.
- H2:** O sentimento de recompensa com o trabalho pago e com o papel de mãe predizem o Bem-Estar Psicológico.
- H3:** As preocupações com o trabalho pago e com o papel de mãe possuem uma relação inversa com o Bem-Estar Psicológico.
- H4:** A idade da mulher trabalhadora remunerada é capaz de predizer as preocupações e o sentimento de recompensa que esta possui relativamente ao trabalho e à família.

3. Variáveis de estudo

As variáveis do estudo, que se seguem, foram seleccionadas em função das questões de investigação e das hipóteses de estudo. As variáveis sócio-demográficas incluem: idade, grau de escolaridade e situação profissional. As variáveis dependentes e as independentes foram variando consoante a hipótese.

Para testar **H1** utilizou-se como variável dependente o Bem-Estar Psicológico e como variáveis independentes as recompensas do trabalho pago e a insatisfação com o casamento. Na **H2** a variável tomada como dependente foi o Bem-Estar Psicológico e como variáveis independentes as recompensas do trabalho pago e as recompensas do papel de mãe. Para testar **H3** utilizou-se o Bem-Estar Psicológico como variável dependente e as preocupações do trabalho pago e as preocupações do papel de mãe como variáveis independentes. Por último, para testar **H4** utilizou-se a variável idade como independente e as recompensas do trabalho, as preocupações do trabalho, as preocupações do papel parental e as recompensas do papel parental como variáveis dependentes.

4. Procedimento de recolha de dados

A administração dos questionários foi efectuada a sujeitos que preencheram os requisitos estipulados (ser mulher; ser mãe e casada; ter um trabalho renumerado), numa amostra de 60 mulheres escolhidas aleatoriamente na cidade de Braga.

Do ponto de vista ético, primou-se por garantir aos sujeitos a confidencialidade dos dados, o direito à privacidade, o anonimato e a espontaneidade da sua participação. Foi fornecido, a todos os participantes do estudo, o consentimento informado (anexo I) com a explicação sobre o âmbito e a finalidade do estudo, bem como sobre o potencial contributo para a produção científica.

Perante o critério de ter um trabalho renumerado, grande parte do contacto para a obtenção do consentimento informado e para a aplicação dos questionários fez-se em locais de trabalho, de modo a facilitar a distribuição dos questionários e respectiva recolha.

A proposta de investigação foi submetida à Comissão de Ética do Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde, tendo sido autorizado pelo Provedor da instituição. Os instrumentos foram aplicados a 60 sujeitos do sexo feminino, escolhidas aleatoriamente na cidade de Braga. Seguidamente procedeu-se ao preenchimento do questionário sócio-demográfico; Índice de Satisfação Marital de Hudson; Escalas de Bem-Estar Psicológico de Ryff e Essex; Escala de Qualidade de Papéis de Baruch e Barnett.

5. Instrumentos de avaliação utilizados

Em função das necessidades do estudo, foram aplicados alguns instrumentos, referidos anteriormente, com vista à recolha de dados e à obtenção de resultados, os quais se apresentam a seguir.

5.1. Questionário Sócio-Demográfico

O questionário sócio-demográfico (anexo II) foi aplicado, incluindo variáveis consideradas importantes para a concretização dos objectivos estipulados. Foi essencial para colectar dados sobre género, idade, escolaridade, estado civil e profissão desempenhada.

5.2. Escalas de Bem-Estar Psicológico

As *Scales of Psychological Well-Being* (SPWB) da autoria de Ryff e Essex, em 1992, ou Escalas do Bem-Estar Psicológico (EBEP) (anexo II) versão traduzida e adaptada para a população portuguesa por Novo, Silva e Peralta, em 1997, a partir da versão americana constituída por seis escalas. Esta escala foi aplicada a uma população adulta, com o objectivo de proceder à avaliação do Bem-Estar Psicológico.

A escolha deste instrumento deve-se ao facto deste servir para avaliar o Bem-Estar Subjectivo como um constructo multidimensional e positivo, a partir de seis escalas de Bem-Estar Psicológico, capazes de abarcar diferentes dimensões do funcionamento do indivíduo que identifiquem a condição de Bem-Estar Psicológico. Tem a especialidade de ser orientada para a aplicação em indivíduos adultos. Neste caso, a sua aplicação fez-se em mulheres adultas, casadas e mães.

Segundo Novo (2003), o objectivo das escalas que compõem este instrumento é avaliar as seguintes dimensões:

- *Aceitação de Si* - pretende identificar, especificamente, a atitude de aceitação dos múltiplos aspectos do *self*, da vida passada, das qualidades pessoais, negativas ou positivas;
- *Crescimento Pessoal* - pretende identificar a percepção pessoal de um contínuo desenvolvimento, a abertura a novas experiências e o interesse pelo aperfeiçoamento e enriquecimento pessoal;
- *Objectivos de Vida* - pretende identificar em que medida os sujeitos reconhecem objectivos a atingir, aspirações e metas a alcançar, e quão convictamente tais metas direccionam o comportamento e dão um sentido significativo à vida;

- *Relações Positivas com os Outros* - procura identificar o interesse e a preocupação com a esfera interpessoal, a percepção pessoal de capacidades para estabelecer relações satisfatórias e calorosas com os outros e desenvolver laços interpessoais significativos;
- *Domínio do Meio* - procura captar concretamente, o sentido de domínio e de competências na forma de lidar com o meio, a capacidade para criar contextos adequados aos valores e necessidades pessoais e utilizar estas capacidades para intervir nos contextos em que cada um vive;
- *Autonomia* - visa, avaliar a capacidade dos sujeitos para resistir às pressões sociais e a determinação para pensar, agir e avaliar-se, com base em padrões pessoais.

Embora construídas e validadas como medidas independentes e autónomas em conjunto, resultam num inventário de auto-avaliação única. Na versão concebida inicialmente por Ryff, em 1989, as escalas eram constituídas por um total de 120 itens. Na versão de Ryff e Essex, em 1992, apresenta-se uma nova escala com um número mais reduzido de itens. A versão adaptada para a realidade portuguesa desta última versão compreende 84 itens, sendo metade expressa no sentido positivo e outra metade no sentido negativo. A formulação da escala obedece ao formato do tipo *Likert*, com seis opções de escolha, a saber: 1-Discordo completamente; 2-Discordo em grande parte; 3-Discordo parcialmente; 4-Concordo parcialmente; 5- Concordo em grande parte; 6- Concordo completamente.

Segundo os autores, a cotação é feita no sentido de que, quanto mais elevada for a pontuação do sujeito, melhor será o estado psicológico subjectivo do indivíduo.

No que concerne à validação das escalas, o instrumento foi medido através da correlação deste com outros instrumentos neste domínio. Assim sendo, as correlações revelam que a Escala de Bem-Estar Psicológico apresenta correlações significativas e positivas entre 0,25 e 0,73 com as medidas do funcionamento positivo e de Bem-Estar Subjectivo, e correlações significativas e negativas que variam entre -0,30 e -0,60.

Relativamente à consistência interna das escalas de Bem-Estar Psicológico, na população portuguesa os resultados indicam uma consistência interna adequada, *alpha* de Cronbach com valores entre os .86 e .93 para seis escalas, valores dos coeficientes de correlação teste-reteste, para seis escalas, entre .81 e .88, e coeficientes de correlação de cada uma das escalas com as escalas originais correspondentes entre .97 e .98.

5.3. Índice de Satisfação Marital

O *Index of Marital Satisfaction* (IMS) ou Índice de Satisfação Marital (anexo III) de Hudson, em 1992, é um instrumento constituído por 25 itens adequado para avaliar o grau de severidade ou magnitude dos problemas de um parceiro ou do casal numa relação marital. Este instrumento não permite interpretar a relação marital como uma entidade unitária, mas sim avaliar a extensão da percepção do problema do casal, por parte de um dos conjugues. Também não avalia o ajustamento marital, já que um casal pode ter chegado a um bom ajustamento, apesar de terem uma alta insatisfação ou desacordo marital (Sousa, 2005).

No que respeita às características psicométricas e à fidelidade dos coeficientes encontrados no IMS, estes revelam uma elevada consistência interna, com o coeficiente *alpha* de Cronbach de .96 (na versão original de Hudson, em 1992). O IMS também tem muito boa validade discriminante significativa entre casais que conhecem os seus problemas e casais que não conhecem os seus problemas.

O IMS é uma escala de auto-administração. O seu preenchimento demora em média 15 a 20 minutos. O modelo de resposta dos 25 itens obtém-se mediante a aplicação de uma escala de Likert de sete pontos, a saber: 1- Nunca; 2- Muito Raramente; 3- Poucas Vezes; 4- Algumas Vezes; 5- Muitas Vezes; 6- Quase Sempre; 7- Sempre.

Este instrumento tem dois possíveis critérios de cotação. O primeiro é uma pontuação de 30 (+5), em que pontuações abaixo desta indicam ausência de problemas, clinicamente significativos, nesta área. Pontuações acima de 30 sugerem a presença de problemas significativos. O segundo é uma pontuação de 70, onde pontuações acima desta ou próximas indicam que o sujeito está sob um *stress* severo com a viabilidade da existência de violência, ou seja, quanto mais elevado for o resultado, maior é a insatisfação marital.

Para a cotação do IMS, pontuam-se primeiro os itens inversos, somam-se este valor aos itens restantes, subtrai-se o número completo de itens (25), multiplica-se o valor obtido por 100 e, finalmente, divide-se pelo número de itens respondidos a multiplicar por 6. Isto produzirá um valor entre 0 a 100. Se apresentar valores elevados, indica alta severidade ou magnitude de problemas (Sousa, 2005).

5.4. Escala de Qualidade de Papéis

A Escala de Qualidade de Papéis da autoria de Baruch e Barnett, em 1986, (anexo IV), foi elaborada com vista a cobrir aspectos positivos e negativos dos papéis de mãe e trabalhadora. Foi construída a partir de informações colhidas durante entrevistas realizadas

com mulheres nos Estados Unidos. Esta escala é composta por itens de recompensa e preocupação, propondo a avaliação destes papéis. Este instrumento foi posteriormente adaptado segundo as directrizes da *International Test Commission – ITC* (2001), tendo sido validada e adaptada para a população Brasileira, aplicada a uma amostra de 519 mulheres com iguais características da amostra deste estudo (Possatti & Dias, 2002a; 2002b).

A Escala de Qualidade de Papéis, segundo estes autores, compõe-se de duas sub-escalas, sendo que a primeira sub-escala, de “Qualidade do Papel do Trabalho”, é constituída por 25 itens de recompensa e 25 de preocupação do papel do trabalho pago e a segunda sub-escala de “Qualidade do Papel dos Pais” é constituída por 18 itens de recompensa e 20 de preocupação do papel de mãe.

Para cada papel, é solicitado às participantes que ponderem sobre a sua situação no momento actual e indiquem, numa escala de 4 pontos, em que 1 é “Não no todo” e 4 é “Extremamente”, a extensão que cada um dos itens é recompensador ou preocupante. No estudo realizado sobre a população brasileira, o poder de discriminação dos itens foi calculado através do Test *t* de *Student* para amostras independentes, verificando a validade discriminativa das escalas. Os coeficientes resultantes da aplicação dos testes *t* foram estatisticamente significativos ($p < 0,0001$).

Através de uma análise factorial dos eixos principais foram encontrados dois factores para a escala de recompensa do trabalho (*poder de decisão* com uma *variância explicada* de 35,3% e com uma consistência interna de .87; *suporte de supervisão*, *variância explicada* 6,3% e *alpha* de Cronbach de .83), assim como a escala de preocupação do trabalho (*condições de trabalho*, *variância explicada* 36,6% e $\alpha=0,92$; *sobrecarga*, *variância explicada* de 5,1% e *alpha* de Cronbach de .77) e uma estrutura unifactorial para as escalas de recompensa e preocupação de mãe (*desenvolvimento e companhia dos filhos*, *variância explicada* 39% *alpha* de Cronbach de .92) para a primeira; e para a segunda (*sobrecarga e segurança*, *variância explicada* de 39,4% e *alpha* de Cronbach de .91).

As escalas de Qualidade de Papéis de Mãe e do Trabalho Pago apresentaram parâmetros psicométricos (validade discriminante, validade factorial e índices de consistência interna) bastante satisfatórios (Possatti & Dias, 2002a, 2002b).

6. Procedimento de análise de dados

No tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa *SPSS – Statistical Package for Social Sciences*, versão 19.0, para *Windows Vista*.

Num primeiro momento, procedeu-se à análise dos resultados, tendo-se examinado a sua distribuição através dos valores da estatística descritiva (média, desvio-padrão, amplitude, assimetria e curtose) e verificado o pressuposto da normalidade da distribuição com recurso ao teste formal *Kolmogorov-Smirnov*. Avaliou-se, ainda, a fidelidade dos resultados mediante o cálculo do coeficiente de consistência interna - *alpha de Cronbach*.

Num segundo momento, após a verificação destes pressupostos, procedeu-se ao teste das hipóteses delineadas, recorrendo-se ao cálculo de correlações (coeficiente de correlação de Pearson dada a natureza intervalar das variáveis) e de análises de regressão linear simples e múltipla.

Assim, numa primeira fase pretendeu-se estudar a associação entre as variáveis do estudo e posteriormente, a possibilidade de predizer o Bem-Estar Psicológico a partir da satisfação marital, qualidade do papel laboral e parental. A análise do impacto da idade nas preocupações e no sentimento de recompensa dos papéis de trabalho e parental foi também verificada através destes procedimentos.

CAPÍTULO V: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

1.1. Caracterização da amostra

A amostra deste estudo foi constituída por 60 sujeitos do sexo feminino, escolhidas aleatoriamente na cidade de Braga.

Foi seleccionada uma amostra não-probabilística por conveniência. Isto ocorre quando a participação é voluntária ou os elementos da amostra são escolhidos por uma questão de conveniência. Este tipo de amostragem não é representativo da população, pelo que não permite generalizações. Permite apenas fazer inferências. Deste modo, o processo amostral não garante representatividade, ou seja, os resultados desta só se aplicam a ela própria. Pode ser usada com êxito em situações nas quais seja mais importante captar ideias gerais, identificar aspectos críticos do que propriamente a objectividade científica. Contudo, o método tem a vantagem de ser rápido, barato e de fácil aplicação (Possatti & Dias, 2002a).

Os critérios de inclusão dos sujeitos no estudo foram: pertencer ao sexo feminino, ser casada e mãe e, por último, desempenhar uma actividade remunerada.

Através do quadro 1 podemos verificar que a amostra compõe-se de mulheres com idades compreendidas entre os 27 e os 64 anos, possuindo maioritariamente o 6º, 9º, 12º anos de escolaridade e licenciatura.

Quadro 1- Caracterização sócio-demográfica da amostra (N=60)

Variável	N	%	Média	Desvio Padrão
Idade			39.97	8.957
27-30	13	21,5		
31-40	21	35		
41-50	19	31,7		
51-64	7	11,8		
Habilitações académicas				
4º ano	4	6,7		
6º ano	11	18,3		
7º ano	1	1,7		
9º ano	14	23,3	12.5	-
10º ano	2	3,3		
12º ano	17	28,3		
Licenciatura	10	16,7		
Doutoramento	1	1,7		
Total	60	100%		

De forma a enriquecer o estudo, procurou-se recolher uma amostra em que as participantes se encontravam envolvidas em actividades profissionais de diversas áreas, exercendo funções de complexidade variadas, nos sectores público e privado. Foi possível congregiar uma grande diversidade profissional, com ênfase nas profissões “Auxiliar de Acção Médica”, “Auxiliar de Lar de Idoso”, “Professora de Ensino Primário”, “Auxiliar de Creche” e “Auxiliar de Acção Educativa” que constituem um maior número da amostra. Este evento pode ser explicado pelo facto de uma boa parte da amostra ter sido recolhida no local de estágio.

1.2. Resultados do teste de hipóteses

Previamente à análise dos dados efectuou-se o cálculo dos totais do Índice de Satisfação Marital, da Escala de Bem-Estar Psicológico e dos sub-totais da Escala de Qualidade de Papéis.

Para obtenção do primeiro índice, procedeu-se à recodificação dos itens inversos (1, 3, 5, 8, 9, 11, 13, 16, 17, 20, 21,23), os quais, uma vez recodificados, foram somados aos restantes itens, tendo-se subtraído ao valor obtido o número total de itens (25). De seguida, multiplicou-se o valor obtido por 100 e dividiu-se pelo número de itens respondidos a multiplicar por 6.

Relativamente, à Escala de Bem-Estar Psicológico esta é constituída por itens no sentido positivo e por itens no sentido negativo (sentido inverso). Procedeu-se, igualmente, à recodificação dos itens negativos (3, 8, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 21, 24, 26, 29, 31, 33, 34, 35, 41, 42, 44, 46, 54, 55, 57, 58, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 73, 74, 75, 76, 81, 83, 84). Seguidamente, calculou-se o valor total da escala, o qual foi dividido pelo número total de itens (84), de forma a obter a cotação original da escala de 1 a 6.

No que respeita à Escala de Qualidade de Papéis foram calculados quatro sub-totais, nomeadamente, Qualidade do papel de trabalho: recompensas (somatório de 25 itens), Qualidade do papel de trabalho: preocupações (somatório de 25 itens), Qualidade do papel parental: recompensas (somatório de 18 itens) e Qualidade do papel parental: preocupações (somatório de 20 itens). Os quatro somatórios foram divididos respectivamente pelo número total de itens de cada subescala de forma a corresponder à escala de resposta de 1 a 4.

No quadro 1 apresenta-se a estatística descritiva dos resultados obtidos em cada um dos instrumentos de avaliação utilizados.

Quadro 2 – Estatística Descritiva dos resultados obtidos com o Índice de Satisfação Marital, a Escala de Bem-estar Psicológico e a Escala de Qualidade de Papéis (N=60)

	N	M	DP	Amp.	Assimetria	Curtose	
Índice de satisfação marital	37	16,5	6,34	4,0-29,3	0,20	-0,67	
Escala de Bem-Estar Psicológico	48	4,6	0,50	3,5-5,4	0,67	-0,36	
Escala de qualidade de papéis	Papel do trabalho: recompensas	36	3,1	0,57	1,5-3,8	-1,14	1,93
	Papel do trabalho: preocupações	36	2,7	0,71	1,2-3,7	-0,45	-0,67
	Papel parental: recompensas	36	3,75	0,25	3,2-4	-0,86	-0,41
	Papel parental: preocupações	36	2,85	0,67	1,6-3,9	-0,20	-0,99

Os resultados dos testes *Kolmogorov-Smirnov* na Escala total de Bem-Estar Psicológico (KS=0,114, gl=48, $p>0,05$) e no Índice de Satisfação Marital (KS=0,092, gl=37, $p>0,05$), após a eliminação de sete outliers detectados (números 35, 23, 21, 11, 17, 7, 16), não se apresentam estatisticamente significativos, pelo que, se aceita a hipótese da existência de normalidade na distribuição dos dados. Relativamente, à Escala de Qualidade de Papéis é detectada, igualmente, a presença de dois outliers (números 26 e 44), verificando-se a normalidade da distribuição após a sua eliminação na sub-escala Qualidade do papel do trabalho: recompensas (KS=0,102, gl=34, $p>0,05$). Nas subescalas Qualidade do papel do trabalho: preocupações (KS=0,098, gl=36, $p>0,05$) e Qualidade do papel parental: preocupações (KS=.090, gl=36, $p>0,05$), os resultados dos testes não são significativos, inferindo-se a normalidade da distribuição em ambas as sub-escalas. Por último, na sub-escala Qualidade do papel parental: recompensas, o resultado do teste de normalidade (KS=0,193, gl=36, $p<0,05$) sugere uma distribuição não normal dos resultados com uma concentração de respostas na parte superior da escala, ou seja, os pais consideram muito recompensador o papel de pais, situando-se poucos sujeitos em níveis médios e inferiores da escala.

No quadro 3 apresentam-se os resultados dos cálculos dos coeficientes de consistência interna do Índice de Satisfação Marital, na escala total de Bem-Estar Psicológico e nas sub-escalas da Escala de Qualidade de Papéis. Os valores do *alpha* de Cronbach situam-se todos acima de .90, o que sugere a existência de coerência entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens que compõem os instrumentos.

Quadro 3 – Consistência interna por escala e subescalas

	<i>Alpha de Cronbach</i>	N.º de itens
Índice de Satisfação Marital	0,94	25
Escalas de Bem-Estar Psicológico	0,94	84
Escala de Qualidade de Papéis		
Papel do trabalho: Recompensas	0,94	25
Papel do trabalho: Preocupações	0,93	25
Papel parental: Recompensas	0,96	18
Papel parental: Preocupações	0,93	20

Para testar a **hipótese 1** de que o sentimento de recompensa do trabalho pago e a satisfação com o casamento predizem o Bem-Estar Psicológico da mulher trabalhadora remunerada, efectuou-se em primeiro lugar, o cálculo do *Coefficiente de Correlação de Pearson* entre as duas primeiras variáveis e o Bem-Estar Psicológico, tendo-se obtido correlações estatisticamente significativas (Quadro 4). A correlação entre o Índice de Satisfação Marital e a Escala de Bem-Estar Psicológico é negativa sugerindo que, quanto menor for a insatisfação marital, maior será a percepção de Bem-Estar Psicológico. Por sua vez, a correlação entre a Qualidade do Papel do Trabalho: recompensas e a Escala de Bem-Estar Psicológico é positiva, o que sugere que quanto maior for a recompensa do papel do trabalho, maior o Bem-Estar Psicológico.

Quadro 4 – Correlação de Pearson do Bem-estar Psicológico com o Índice de satisfação marital e com as recompensas do papel do trabalho remunerado (N=60)

	Bem-Estar Psicológico
Índice de satisfação marital	-0,38*
Qualidade do papel do trabalho: recompensas	0,44*

*p <0,05

De seguida, realizou-se uma análise de regressão linear múltipla (método *Enter*) tomando o Bem-Estar Psicológico como variável critério e as recompensas do trabalho pago e a insatisfação com o casamento como variáveis predictoras. Todos os pressupostos para a análise de regressão foram verificados. O modelo de regressão e os preditores apresentam-se estatisticamente significativos (quadro 5).

Quadro 5 – Análise de regressão linear múltipla para predizer o Bem-estar Psicológico, tomando como preditores a qualidade do papel do trabalho: recompensas e o Índice de Satisfação Marital (N=60)

Variáveis	R ² (R ² Aj)	F	β	t
Índice de Satisfação Marital			-0,42	-2,44*
Qualidade do papel do trabalho: recompensas	0,32 (.26)	F (2,23) = 5,41*	0,39	2,24*

*p <0,05

Os valores do coeficiente *Beta* indicam que a satisfação marital e a recompensa do papel do trabalho remunerado são preditores do Bem-Estar Psicológico, sendo 26% da variância dos resultados explicada pelo conjunto destas duas variáveis. Os resultados apresentados, com base nas análises efectuadas, confirmam a hipótese.

Para verificação da **hipótese 2**, que postula que o sentimento de recompensa com o trabalho pago e com o papel de mãe predizem o Bem-Estar Psicológico realizou-se, em primeiro lugar, o cálculo do *Coefficiente de Correlação de Pearson* entre as duas primeiras variáveis e o Bem-Estar Psicológico, tendo-se observado uma correlação estatisticamente significativa da variável Bem-Estar Psicológico apenas com a variável recompensa do trabalho pago (quadro 6).

Quadro 6 – Correlação de Pearson do Bem-estar Psicológico com as recompensas do papel do trabalho remunerado e com as recompensas do papel parental (N=60)

	Bem-Estar Psicológico
Qualidade do papel do trabalho: recompensas	0,50**
Qualidade do papel parental: recompensas	0,07

**p <0,01

Em segundo lugar, efectuou-se uma análise de regressão múltipla (método *Enter*) definindo o Bem-Estar Psicológico como variável critério e as recompensas do trabalho pago e as recompensas do papel de mãe como variáveis predictoras. Embora os resultados desta última sub-escala não apresentem uma distribuição normal, este não é um pressuposto para a realização da análise de regressão (Field, 2009). Todos os pressupostos para a análise de regressão foram verificados. Como se verifica no quadro 7, o modelo de regressão é estatisticamente significativo [- F (2,32) = 7,13, p <0,01-], explicando 27% da variância dos

resultados observada. Os valores *Beta* estimados indicam que apenas as recompensas do trabalho pago são um preditor estatisticamente significativo do Bem-Estar Psicológico.

Quadro 7 – Análise de regressão linear múltipla para prever o Bem-estar Psicológico, tomando como preditores a qualidade do papel do trabalho: recompensas e a qualidade do papel parental: recompensas (N=60)

Variáveis	R ² (R ² Aj)	F	β	t
Qualidade do papel do trabalho: recompensas	0,31 (0,27)	F (2,32) = 7,13**	0,57	3,74**
Qualidade do papel parental: recompensas			-0,25	-1,60

**p <.01

Com a finalidade de testar **hipótese 3**, em que as preocupações com o trabalho pago e com o papel de mãe possuem uma relação inversa com o Bem-Estar Psicológico, calcularam-se os *Coefficientes de Correlação de Pearson* entre a variável preocupações com o trabalho pago e a variável Bem-Estar Psicológico e entre esta última e a variável preocupações com o papel de mãe (quadro 8). Ambas as correlações se apresentam estatisticamente significativas e negativas, ou seja, quanto maior forem as preocupações associadas aos papéis de trabalho e parental, menor a percepção de Bem-Estar Psicológico.

Quadro 8 – Correlação Pearson do Bem-estar Psicológico com as preocupações do papel do trabalho remunerado e com as preocupações do papel de mãe

	Bem-Estar Psicológico
Qualidade do papel do trabalho: preocupações	-0,45**
Qualidade do papel parental: preocupações	-0,35*

*p<0,05; **p <0,01

Seguidamente, efectuou-se uma análise de regressão múltipla (método *Enter*) e a verificação do cumprimento dos respectivos pressupostos, em que se estabeleceu o Bem-Estar Psicológico como variável critério e as preocupações do trabalho pago e as preocupações do papel de mãe como preditores. O quadro 9 mostra que o modelo de regressão é estatisticamente significativo [-F (2,38) = 6.01, p<0,01-], explicando 20% da variância. No

entanto, apenas a variável relativa às preocupações com o papel de trabalho é preditora do Bem-Estar Psicológico.

Quadro 9 – Análise de regressão linear múltipla para predizer o Bem-estar Psicológico, tomando como preditores a qualidade do papel do trabalho: preocupações e a qualidade do papel parental: preocupações (N=60)

Variáveis	R ² (R ² A _j)	F	β	t
Qualidade do papel do trabalho: preocupações	0,24 (.20)	F (2,38) = 6,01**	-0,50	-2,18*
Qualidade do papel parental: preocupações			0,01	0,028

*p <0,05

** p<0,01

Em relação à **hipótese 4**, pretendeu-se analisar se a idade da mulher trabalhadora remunerada é capaz de predizer as preocupações e o sentimento de recompensa que esta possui relativamente ao trabalho e à família. Inicialmente calcularam-se os coeficientes de *Correlação de Pearson* entre a idade e as restantes variáveis, tendo-se verificado a existência de uma correlação negativa, estatisticamente significativa apenas entre a idade e as recompensas do papel parental (quadro 10).

Quadro 10 – Correlação de Pearson entre a idade e a qualidade do papel do trabalho e parental (N=60)

	Idade
Qualidade do papel do trabalho: recompensas	-0,09
Qualidade do papel do trabalho: preocupações	0,14
Qualidade do papel parental: recompensas	-0,39**
Qualidade do papel parental: preocupações	-0,22

** p<0,01

Posteriormente, efectuaram-se quatro análises de regressão linear simples (método *Enter*), tendo a idade como preditor (quadro 11) e como variáveis critério, as recompensas do trabalho, as preocupações do trabalho, as preocupações do papel parental e as recompensas do papel parental, respectivamente.

Os modelos de análises de regressão, tendo como variáveis critério, as recompensas do trabalho, as preocupações com o trabalho e com o papel parental, não se apresentam estatisticamente significativos. Quando se utiliza como variável critério, as recompensas do papel parental, o modelo é estatisticamente significativo [-F (1,40) =0,35, p <0,05-],

explicando 13% da variância. Assim, verifica-se que a idade é capaz de prever o sentimento de recompensa das participantes, relativamente ao papel de mãe. Contudo, dado que o valor de *Beta* é negativo ($\beta=-0,39$), a relação é inversa, ou seja, são as mães mais novas que pontuam mais na escala de recompensas. Através do cálculo dos coeficientes de *Correlação de Pearson*, a hipótese 4 foi testada e os resultados foram favoráveis à confirmação da hipótese.

Quadro 11– Análises de regressão linear simples para prever a qualidade de papéis, tomando a idade como preditor (N=60)

Variável critério	Variáveis predictoras	R ² (R ² Aj)	F	β	t
Idade	Qualidade do papel do trabalho: recompensas	0,01(-0,02)	F (1,40) = 0,35	-0,09	-0,59
	Qualidade do papel do trabalho: preocupações	0,02 (-0,00)	F (1,48) =0,93	0,14	0,96
	Qualidade do papel parental: preocupações	0,05 (0,03)	F (1,43) =2,20	-0,22	-1,48
	Qualidade do papel parental: recompensas	0,15 (0,13)	F (1,50) =8,76*	-0,39	-2,96*

*p <0,05

2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Considerando os resultados obtidos, a amostra estudada apresentou uma pontuação média de 4.6 (dp=.50) na Escala de Bem-Estar Psicológico, o que indica um bom índice de Bem-Estar Psicológico.

Foram calculadas as médias de insatisfação com o casamento, no total da amostra, tendo apresentado uma média de 16.5 (dp=6.34), correspondendo a um bom índice de Satisfação Marital (Amp=4.0-29.3), ou seja, quanto mais baixo o valor da escala, maior a satisfação marital da mulher. As médias dos itens de recompensa de cada papel foram mais elevadas do que as preocupações. No caso da qualidade do papel do trabalho, as recompensas tiveram uma média de 3.1 (dp=.57), enquanto as preocupações apresentaram uma média de 2.7 (dp=.71). Relativamente ao desempenho do papel de mãe, as recompensas também se apresentam mais elevadas (m=3,75; dp=.25) do que as preocupações (m=2,85; dp=.67).

Os resultados do *alpha* de Cronbach situaram-se todos acima de .90, o que sugere a existência de coerência entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens que constituem os instrumentos.

Hipótese 1

No que se refere a análise de dados em função das hipóteses de estudos, a hipótese 1 previa que o sentimento de recompensa do trabalho pago e a satisfação com o casamento predissessem o Bem-Estar Psicológico da mulher trabalhadora remunerada.

Segundo os resultados obtidos neste estudo, a relação entre a satisfação com o casamento e o Bem-Estar Psicológico é negativa, ou seja, quanto menor for a insatisfação no casamento, maiores serão os níveis de Bem-Estar Psicológico. Ainda, a relação entre as recompensas no trabalho e o Bem-Estar Psicológico é positiva, quanto maiores forem as recompensas no trabalho maiores serão os níveis de Bem-Estar Psicológico. 26% da variância dos resultados está explicada pelo conjunto das duas variáveis.

Alguns estudos chamam a atenção para o facto de ser verificar um índice de bem-estar mais elevado entre as pessoas casadas do que entre os solteiros. É importante a manutenção de relacionamentos significativos como factor protector contra os eventos stressantes (Norgren, Souza, Kaslow, Hammerschmidt & Sharlin, 2004). Um bom casamento proporciona a sensação de ser-se amado, estimado e valorizado como pessoa. Pessoas que se sentem amadas e valorizadas conseguem lidar com mais eficácia situações desagradáveis que podem provocar um aumento do *stress*, por provocarem mudanças e sensação de perda de controlo da situação (Kandel, Davies & Raveis, 1985; Tein, Sandler & Zautra, 2000 *cit in* Possatti & Dias, 2002). Da revisão bibliográfica efectuada e da análise dos dados, entende-se que as mulheres que se sentem satisfeitas com o casamento e recompensadas no mundo laboral apresentam maiores níveis de Bem-Estar Psicológico.

Hipótese 2

A hipótese 2 postulava que o sentimento de recompensa com o trabalho pago e com o papel de mãe predissessem o Bem-Estar Psicológico.

De acordo com os resultados obtidos, verifica-se a existência de uma correlação estatisticamente significativa, apenas, entre o Bem-Estar Psicológico e a recompensa do trabalho pago. Os valores de *Beta* indicam que as recompensas do trabalho pago são um preditor estatisticamente significativo de Bem-Estar Psicológico.

Estes resultados permitem supor que, devido à grande pressão em que vive a mulher com base na imagem construída de que sociedade espera que fracasse no desempenho de actividades profissionais, antes desempenhadas pelo homem, a mulher actualmente dá mais importância em ser boa profissional do que ser boa mãe. Isso pode ser explicado pelo facto dela ser avaliada no trabalho como boa ou má profissional, do seu desempenho ser fundamental para a manutenção do cargo/função e pela necessidade de salvaguardar a subsistência dos filhos. No entanto, não se pode daqui concluir que não considere recompensador o desempenho no papel de mãe, pelo contrário, a média de recompensas sentidas com o papel de mãe é bastante elevada. Provavelmente sentem o papel de mãe mesmo muito recompensador.

É do senso comum que, desde muito jovens, as mulheres são pouco encorajadas para o desempenho de actividades que suscitam desafios. A sociedade chega a admitir a ideia de que a mulher não é capaz de desempenhar as mesmas actividades laborais que o homem. Isso tem um grande impacto nas escolhas que a mulher faz para a sua vida. Em alguns casos específicos, é possível verificar que as mulheres dão importância ao casamento, apenas, por questões meramente culturais, outros parecem denunciar que se trata de uma alternativa por não ter encontrado um trabalho que fosse suficientemente desafiador e estimulante ao ponto de permitir-lhes recompensas suficientes (Barnett & Rivers, 1998).

Sem dúvida que o trabalho remunerado é um dos factores responsáveis pelos benefícios proporcionados para a saúde, na medida em que possibilita o emergir de sentimentos de independência, controlo e positiva auto-estima no ser humano (Possatti & Dias, 2002).

Hipótese 3

A hipótese 3 visou verificar se as preocupações com o trabalho pago e com o papel de mãe possuíam uma relação inversa com o Bem-Estar Psicológico.

Os resultados obtidos apontam para uma correlação estatisticamente significativa e negativa, ou seja, quanto maiores forem as preocupações associadas ao desempenho do papel de mãe e profissional, menor será a percepção de Bem-Estar Psicológico. No entanto, apenas as preocupações com o desempenho do papel de profissional são preditoras de Bem-Estar Psicológico. Nos casamentos onde se verifica uma divisão igualitária das actividades domésticas e do cuidado com os filhos, todos são beneficiados. Isso permite que a mãe possa reduzir os seus encargos domésticos e passe a contribuir financeiramente para o sustento da família, fazendo com que o pai se sinta menos pressionado com os momentos de insegurança

no emprego, e passe a conviver mais com os filhos proporcionando um relacionamento de maior proximidade, contribuindo para o Bem-Estar Psicológico do casal e dos filhos (Barnett & Rivers, 1998).

Segundo Sieber (1974) mesmo a mulher desempenhando múltiplos papéis, o Bem-Estar Psicológico é possível quando as recompensas são maiores do que as preocupações.

Os resultados levam-nos a concluir que as mulheres que são capazes de auto sustentar-se, ter um trabalho desafiante e não que não fiquem presas apenas à rotina dos trabalhos domésticos, são as que conseguem superar o sentimento de inutilidade, através das experiências que o seu trabalho lhe proporciona e do acesso a uma rede de amigos, devido à sua participação no mercado de trabalho. Não obstante, as preocupações derivadas do seu papel profissional são as que mais diminuem o seu Bem-Estar Psicológico. As preocupações do papel de mãe, por serem tão constantes, por estarem “sempre lá” exercem menos efeito no seu Bem-Estar Psicológico. A mulher parece mostrar-se resiliente face a essas preocupações.

Hipótese 4

Com a hipótese 4 pretendeu-se analisar se a idade da mulher trabalhadora remunerada é capaz de predizer as preocupações e o sentimento de recompensa que esta possui relativamente ao trabalho e à família.

Através da análise feita foi possível verificar a existência de uma correlação negativa, mas estaticamente significativa apenas entre a idade e as recompensas do papel parental. A idade é capaz de prever o sentimento de recompensa das participantes relativamente ao desempenho do papel de mãe. Contudo, dado o valor negativo de Beta ($\beta=-0,39$), existe uma relação inversa, ou seja, são as participantes mais novas que se sentem mais recompensadas no papel de mãe. Uma das possíveis explicações para um índice elevado de recompensas pode ser a tendência em responder de acordo com o que é desejado socialmente. O que se espera de uma boa mãe na nossa sociedade é que ela perceba a maternidade como algo nobre e recompensador. Este desejo de corresponder às expectativas sociais deverá ser tanto maior quanto mais jovens são as mães (Possatti & Dias, 2002a).

O presente estudo corrobora dados da literatura relativamente à importância do trabalho remunerado para o Bem-Estar Psicológico e Satisfação Marital da mulher. O envolvimento da mulher em múltiplos papéis não significa obrigatoriamente sinónimo de *stress*, pelo contrário, comprova a teoria de que a acumulação de papéis apresenta-se adequada, como suporte para a explicação das consequências que envolvam a actuação em múltiplos papéis (*ibidem*). A

comprovação da hipótese 2 mostra inclusivamente que sentimentos de recompensa relativamente ao trabalho aumentam significativamente o Bem-Estar Psicológico.

Concomitantemente com outros estudos realizados, relativamente ao envolvimento da mulher em múltiplos papéis, e os seus efeitos para a saúde e Bem-Estar Psicológico, confirma-se a existência de elevados níveis de bem-estar nas mulheres que possuem um trabalho remunerado, em relação aos baixos níveis nas mulheres que não trabalham (Possatti & Dias, 2002a).

Comparativamente aos resultados encontrados por esses autores, na população brasileira, verificaram-se algumas semelhanças entre os dois estudos. As autoras utilizaram uma amostra de 132 mulheres que possuíam as mesmas características que a amostra deste estudo. Os critérios de inclusão foram igualmente ser casada, ser mãe e desempenhar um trabalho remunerado.

Como instrumentos de recolha de dados, realizaram um questionário composto por escalas que avaliaram a qualidade do papel de mãe e o trabalho remunerado, o Bem-Estar Psicológico e a Satisfação com o Casamento, a saber: a versão reduzida do Questionário de Saúde Geral (QSG-12) da autoria de Goldberg, em 1972, composto por 12 questões que procuram verificar se o sujeito experimentou recentemente um determinado sintoma ou comportamento numa escala de quatro pontos, variando de 1= Não, absolutamente a 4=Muito mais do que o costume; a Escala de Qualidade de Papéis de Baruch e Barnett, em 1986, a mesma escala utilizada neste estudo e, por último, a Escala de Satisfação com o Casamento: *Self-Anchoring Ladder* da autoria de Cantril, em 1965, adaptadas por Dias, em 1995. As participantes tinham de pontuar numa escala de dez pontos, variando de 1=Totalmente insatisfeita a 10=Totalmente satisfeita, como se sentiam em relação ao casamento no presente, no passado e no futuro próximo.

Deste estudo, verificaram que a amostra apresentava uma pontuação média de 1,86 na escala do Questionário de Saúde Geral (QSG-12), o que indicava um bom índice de Bem-Estar Psicológico. Quanto à Escala de satisfação com o Casamento, também foi calculada uma média da amostra em geral, obtendo-se uma média de 7,9. Na Escala de Qualidade de Papéis, comparativamente a este estudo, as médias dos itens de recompensa de cada papel também foram mais elevadas do que os itens de preocupações. No papel de mãe as recompensas ($m=3,63$) também se apresentaram mais elevadas do que as preocupações ($m=2,63$).

As diferenças significativas que se podem verificar em ambos estudos são:

- No estudo Brasileiro foi utilizada uma amostra de maior dimensão (n=132) enquanto neste estudo teve-se em conta uma amostra de menor dimensão (n=60);
- Foi usado como um dos critérios de análise o valor salarial enquanto que neste não foi considerado este critério;
- Nesse estudo, 17,4% das participantes eram casadas, enquanto, neste, um dos critérios de selecção da amostra foi ser casada;
- A amostra foi dividida em dois grupos de acordo com as idades, dos 24 aos 38 anos pertenciam a faixa das mulheres mais jovens e dos 39 aos 60 anos ao grupo das mulheres mais velhas, sendo que neste estudo não foi tida em conta a divisão por idades. No entanto, em relação à H4 foi possível verificar que as mulheres mais jovens apresentaram maiores níveis de recompensas do papel de mãe.

Em suma, ao analisar todo o processo de investigação foram notadas algumas diferenças nomeadamente em relação ao método e na constituição da amostra, embora se possa verificar resultados semelhantes, ou seja, num e noutro estudo é notório que as recompensas do desempenho de múltiplos papéis pela mulher são superiores às preocupações.

CONCLUSÃO

Um projecto de investigação parte da inquietação do investigador em querer perceber e explicar fenómenos cujos contornos se encontram por determinar e cujo conhecimento poderá despoletar a resolução de problemas que circundam a existência humana nas suas múltiplas dimensões. Numa sociedade movida por valores de liberdade, igualdade e equidade, naturalmente, as situações complexas que envolvem grupos diferenciados têm vindo a constituir uma panóplia de investigações nas mais diversas áreas de estudo e intervenção.

Na área de psicologia, com esse espírito e com vista a apresentar um trabalho de conclusão do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, este estudo procurou compreender a relação dos múltiplos papéis desempenhados pela mulher com a condição de Bem-Estar Psicológico e Satisfação Marital. A opção por este tema deriva do interesse pessoal em compreender o fenómeno, mas também por se tratar de um domínio pouco explorado, motivo pelo qual, até agora, não foi encontrado na revisão bibliográfica nenhum estudo específico sobre o mesmo na população portuguesa.

No enquadramento teórico deste estudo, conseguiu-se perceber os quadros conceptuais do bem-estar, tendo como referenciais dois modelos: o do Bem-Estar subjectivo do qual resgata-se a noção de felicidade para o Bem-Estar Psicológico e o do Bem-Estar Psicológico que, decorrente do aprofundamento dos estudos sobre o bem-estar, integra o primeiro e reinterpreta as teorias de autores clássicos da Psicologia Clínica e dos Estudos sobre a Personalidade como Rogers, Allport, Maslow, Jung, Erickson, Jahoda, entre outros.

Através dos estudos realizados pelos autores supramencionados, foi possível entender Ryff e o seu conceito de Bem-Estar Psicológico, apontando o sentido de uma percepção centrada no indivíduo (pelo que lhe é interior), que se atinge na idade adulta e que o próprio avalia com base na sua capacidade de resolução de problemas; no modo positivo e de auto-satisfação como consegue lidar com as emoções e orientar os seus entendimentos, atitudes e acções; na relação com o outro e consigo próprio, favorecendo a sociabilidade, a empatia, a auto-consciência, a auto-motivação e a auto-valorização.

No seu todo, compreende-se que estes elementos confluem numa valoração positiva e na aceitação de si, das próprias vivências e realizações, bem como o estabelecimento de uma relação positiva com o outro e a auto-determinação na realização de objectivos pessoais. Neste processo de auto-afirmação, o contexto adquire significado em função dos factores,

históricos, sociais, económicos, políticos e culturais que influenciam o ajustamento do indivíduo.

Concretamente em relação à mulher, a construção do Bem-Estar Psicológico observa-se muito em função do crescente número de papéis que, cumulativamente, tem vindo a assumir na sociedade, nas diversas épocas e em contextos mais e menos facilitadores da sua intervenção e da sua afirmação da igualdade em paridade com o homem. Releva-se a importância da acumulação de novos papéis aos tradicionais de mãe e esposa, numa situação propensa para a geração de conflitos familiares, sociais e laborais, porquanto, apesar da evolução atingida a sociedade coloca barreiras à condição feminina face ao homem.

Percebe-se que quando a mulher se incorpora no mundo laboral, é obrigada a derrubar os obstáculos à sua emancipação social e financeira, os tabus sociais e as tensões desencadeadas no interior da família e da comunidade. É neste contexto existencial problemático que surgem inquietações sobre o ser mulher, esposa e mãe e a relação destes papéis com a necessidade de garantir o Bem-Estar Psicológico essencial, para que possa ser bem sucedida em termos gerais, tenha alta auto-estima, auto-conceito, se sinta realizada e faça emergir uma imagem positiva de si e da sua capacidade de se relacionar com os outros.

O estudo realizado só vem comprovar isto, pois, de acordo com os resultados obtidos, conclui-se que quanto maior for nível de satisfação no casamento e as recompensas com o trabalho remunerado maior é o nível de Bem-Estar Psicológico.

O Bem-Estar Psicológico implica realização profissional e social, mas também o gozo do bem-estar físico e de saúde mental entendida numa dinâmica de auto-eficácia, de competência, de auto-realização intelectual e emocional, de ausência de perturbações mentais e comportamentais. No contexto mundial a saúde mental não tem merecido igual atenção que outros tipos de problemas de ausência da saúde, tanto na profilaxia como na prevenção, conduzindo em muitos casos à discriminação de indivíduos doentes. A OMS acredita que a situação reinante no âmbito da saúde mental é uma preocupação mundial que carece de devida atenção e que as condições de saúde mental devem estar implicadas numa abordagem inclusiva da definição de saúde, como condição de total estado de bem-estar físico, mental e social.

Pode-se perceber, neste estudo, que a saúde mental na mulher depende de factores biológicos (nas transformações ligadas à idade, o sexo e a genética), factores psicológicos que se encontram associados a perturbações mentais e comportamentais (os quais interpõem-se com os processos do conhecimento, do auto-domínio e do equilíbrio dos sentimentos) e

factores sociais também designados por factores psico-sociais por se encontrarem associados a problemas psicológicos.

Compreende-se, neste estudo, a existência de vários transtornos atribuídos às perturbações mentais e comportamentais na mulher, como transtornos depressivos, de ansiedade, alimentares, os associados ao ciclo reprodutivo, os associados à perimenopausa e à menopausa e os associados à violência contra a mulher. Este último é visto como um factor de risco para a saúde física e mental da mulher, podendo contribuir para a diminuição da qualidade de vida, para o consumo de substâncias psico-activas e para o aumento de suicídios.

No que se refere a conquistas alcançadas pela mulher nas suas lutas pela igualdade, autonomia e auto-determinação em relação ao homem, estas sucedem-se particularmente nas sociedades ocidentais e dizem respeito ao direito à educação, ao trabalho remunerado e fora de casa, à igualdade de condições de trabalho, à protecção na maternidade, alguma paridade com o homem no exercício de cargos (apesar da falta de igualdade de oportunidades), o direito de opção sobre a maternidade, o de ser economicamente independente, entre outros, passando, então, a poder fazer as próprias escolhas e a tomar decisões sobre si.

Em conformidade com as percepções existentes nesta matéria, o exercício de uma profissão ou de um trabalho remunerado proporciona maior auto-estima e auto-conceito à mulher, derivado da noção positiva que tem de si. Daqui resulta uma satisfação pessoal que vai actuar a nível da saúde mental, proporcionando a condição de Bem-Estar Psicológico.

Do percurso emancipatório, em que também a mulher portuguesa se encontra inserida, resulta a deposição do modelo tradicional das uniões de facto e de casamento baseado em papéis que vincavam categoricamente os papéis dos cônjuges às funções de mantimento do lar nas suas necessidades materiais para o homem, à responsabilização pelas tarefas da casa, pela educação e cuidado dos filhos para a mulher. Além disso, o casamento adquire novo significado, pois deixa de ser encarado como um contrato vitalício, passa-se a partilhar tarefas domésticas e responsabilidades financeiras na manutenção do lar e procura-se na relação matrimonial espaço para a auto-realização.

A acumulação de antigos e novos papéis conjugam-se com as transformações físicas e psicológicas por que passa a mulher até à idade adulta e exige dela grande capacidade de adaptação, podendo resvalar-se para situações de *stress* e *distress*, de depressões e doenças mentais. Mais, ainda, a inadaptação das estruturas de acesso à mulher do exercício de uma profissão em condições de igualdade com o homem, seja pela complexidade das relações familiares, sociais e laborais, seja pelas barreiras sexistas que enfrenta, dificultam a sua

realização como profissional, apesar de demonstrar um esforço para conseguir um equilíbrio favorável entre os diversos papéis, equilíbrio esse que a ser atingido, estende-se ao todo familiar mostra-se importante para assegurar as condições de bem-estar geral e Bem-Estar Psicológico em particular.

Os resultados do estudo corroboram a noção de que as recompensas com o trabalho remunerado promovem o Bem-Estar Psicológico da mulher, tanto pela valorização pessoal que daí retira derivada da afirmação social da sua capacidade do exercício de uma profissão (contrariando as baixas expectativas sociais neste âmbito), como pelo contributo que se permite ter na economia e equilíbrio financeiro do Lar. Parecem não existir incompatibilidades na conciliação de papéis pela mulher, mas ela está muito mais determinada a desenvolver o seu papel como profissional para se afirmar socialmente e para contrariar a discriminação social que a coloca em posição inferior ao homem. Ainda, o tradicional papel de mãe e esposa parece não lhe trazer qualquer tipo de dificuldade, afinal a literatura científica reflecte a história da humanidade, consequentemente a sua própria história, e mostra que durante toda o seu processo de desenvolvimento, deste a infância à fase adulta, a organização familiar e a divisão de tarefas pelos membros da família deixam bem vincadas as aprendizagens destes papéis.

Por fim, na sua globalidade, os resultados são concordantes com as interpretações feitas pelos diversos autores e com as conclusões obtidas em estudos anteriores. No seu conjunto reforçam a noção da importância dos papéis tradicionais e dos novos papéis da mulher, permitindo-a viver essa acumulação de papéis como uma exigência superior que, se coloca em relação ao homem, mas que o seu exercício proporciona sentimentos de satisfação e de realização fundamentais para o auto-conceito e para a saúde mental. Em última análise, estes actuam como promotores de níveis superiores de Bem-Estar Psicológico.

Dos resultados alcançados pode-se concluir que a multiplicidade de papéis constitui um estímulo positivo e desafiante para a maturação e autonomia da mulher, actuando como factores promotores de Bem-Estar Psicológico e de Satisfação Marital, no âmbito da amostra estudada.

Numa nota final, no que se refere à relação entre o desempenho de múltiplos, a Satisfação Marital e o Bem-Estar Psicológico, os resultados obtidos não são conclusivos no que se refere a uma possível correlação entre os múltiplos papéis e a Satisfação Marital. É evidente que as participantes apresentam elevado índice de Satisfação Marital contribuindo

para o seu Bem-Estar Psicológico, mas não é possível afirmar que a multiplicidade de papéis tenha contribuído para isso.

Quanto a limitações do estudo, verifica-se que, apesar da importância do processo de validação e análise psicométrica de um instrumento, não foi possível efectuar a validação da “Escala de Qualidade de Papeis” para a população Portuguesa, devido à falta de recursos e também a impossibilidade de obtenção da autorização dos autores originais da escala para fazê-lo. Assim sendo, foi efectuada a análise de frequências, a consistência interna e a análise factorial do instrumento na amostra estudada.

Uma outra limitação assinalável neste estudo é a dimensão da amostra. O facto de estarmos perante uma amostra pequena coloca em causa a possibilidade de generalização dos resultados. Seria interessante futuramente proceder a um estudo, com uma amostra maior, e com o recurso a um instrumento que pudesse avaliar o suporte social recebido, como por exemplo, o tipo de apoio prestado pela família no cuidado dos filhos, de forma a permitir comparações entre os resultados, assim como o aprofundamento desta matéria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adeodato, V. G., Carvalho, R. R., Siqueira, V. R., & Souza, F. G. M. (2005). Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Revista de Saúde Pública*, 39 (1), pp.108-113.
- Allport, G.W. (1975). *Desenvolvimento da Personalidade: Considerações Básicas para uma Psicologia da Personalidade* (3ª ed.). São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Lda.
- Allport, G.W. (1986). *La Personalidad: Su configuración y desarrollo*. Barcelona: Editorial Herder.
- Amaral, C. Letelier, C. Gois, I. Aquino, S. (2000). *Dores Visíveis: violência em delegacias da mulher no Nordeste*. Fortaleza: Edições EDOR/NEGIF/UFC, pp. 27-77.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-R: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Andrade, L. H. S. G., Viana, M. C., & Silveira, C. M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33 (2), pp.43-54.
- Araújo, M. F. C. (2007). *Mulher: a figura feminina em às Mulheres Portuguesas, de Ana de Castro Osório*. Dissertação de Mestrado Teoria da Literatura e Literatura Portuguesa. Instituto de Letras e Ciências Humanas. Braga: Universidade do Minho.
- Araújo, T. M., Pinho, P. S., & Almeida, M. M. G. (2005). Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil*, 5 (3), pp.337-348.
- Aston, J. & Lavery, J. (1993). The health of women in paid employment: Effects of quality of work role, social support and cynicism on psychological and physical well-being. *Women and Health*, 20, 1-25. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8266705. Acesso em Maio, 2011.
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Barnett, R. C. & Rivers, C. (1998). *She works/he works: How two income families are happy, healthy, and thriving*. USA: Harvard University Press.

- Barroso, Z. (2007). *Violência Nas Relações Amorosas: uma análise sociológica dos casos detectados nos Institutos de Medicina Legal de Coimbra e do Porto*. Lisboa: Edições Colibri.
- Bee, H. L., & Mitchell, S. K. (1984). *A Pessoa em Desenvolvimento*. São Paulo: Editora Harper & Row do Brasil Lda.
- Biasoli-Alves, Z. M. M. (2000). Continuidades e Rupturas no Papel da Mulher Brasileira no Século XX. *Revista de Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16 (3), pp.233-239.
- Bizarro, L. M. G. (1999). *O Bem-Estar Psicológico Durante a Adolescência*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Blanco, C. (1995). *Mulleres e Independencia*. Corunha: Ediciós Do Castro/Moret.
- Borsa, J. C., & Feil, C. F. (2008). *O Papel da Mulher no Contexto Familiar: Uma Breve Reflexão*. Disponível em www.psicologia.com.pt. Acesso em Maio, 2011.
- Brandão, A. M. (2010). *E se tu fosses um rapaz? Homo-erotismo Feminino e Construção Social da Identidade*. Porto: Edições Afrontamento.
- Burns, R. A., & Machin, M. A. (2008). *Investigating the Structural Validity of Ryff's Psychological Well-Being Scales across Two Samples*. Australia: Department of Psychology University of Southern Queensland.
- Camps, V. (2001). *O Século das Mulheres*. Lisboa: Editorial Presença.
- Canavarro, M. C. S. (1999). *Relações afectivas e saúde mental: uma abordagem ao longo do ciclo de vida*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canezin, C.C. (2004). A Mulher e o Casamento: da Submissão à Emancipação. *Revista Jurídica Cesumar*, 4 (1), pp.143-156.
- Castro, H. F. G. (2000). *Emancipação da Mulher e Regeneração Social no Século XIX Segundo Lopes Praça*. Dissertação de Mestrado em Filosofia de Expressão Portuguesa. Lisboa: Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa.
- Ceccarelli, P. R. (2006). As repercussões das novas organizações familiares nas relações de gênero. *Cronos, Natal-RN*, 7 (2), pp.321-326.
- CNS (1997). 10ª Conferência Nacional de Saúde. *A violência doméstica é também uma questão de saúde pública*. Disponível em

http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribunal/violencia_contra_mulher. Acesso em Maio, 2011.

- Costa, L., & Pereira, C. (2007). Bem-Estar Subjetivo: aspectos conceituais. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59 (1), pp.72-80.
- Chodorow, N. (1978). *Psicanálise da Maternidade: uma crítica a Freud a partir da mulher*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Cruz Araújo, M. F. da. (2007). *Mulher: A Figura Feminina em Às Mulheres Portuguesas de Ana de Castro Osório*. Dissertação de Mestrado em Teoria da Literatura e Literatura Portuguesa. Braga: Instituto de Letras e Ciências Humanas da Universidade do Minho.
- Díaz, M., Cabral, F., & Santos, L. (2004). Os direitos sexuais e reprodutivos. In Ribeiro, C., campus, M. T. A. (ed). *Afinal, que paz queremos?* Lavras: Editora UFLA, pp.45-70.
- Diener, E. (1984). Subjective well being. *Psychological Bulletin*, 95, pp. 542-575.
- Diener, E., Scollon, C.N., & Lucas, R.E. (2003). The involving concept of subjective well being: The multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, 15, pp. 187-219.
- Dierendonck, D., Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., & Moreno-Jiménez, B. (2008). Ryff's Six-factor Model of Psychological Well-being, A Spanish Exploration. *Soc Indic Res*, 87, pp.73-479.
- Erickson, E. (1959). Identify and the life cycle. *Psychological Issues*, 1, pp. 18-164.
- Fadiman, J. & Frager, R. (1979). *Teorias da Personalidade*. São Paulo: Editora Harper & Row do Brasil, Lda.
- Fernandes, A. J. (1995). *Métodos e Regras para Elaboração de Trabalhos Académicos e Científicos*. Porto: Porto Editora.
- Fernandes, H. M. G. (2007). *Bem-Estar Psicológico em Adolescentes: Uma abordagem centrada no florescimento humano*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Fernandes, M. E., & Almeida, S. L. (2001). *Métodos e Técnicas de Avaliação: contributos para a prática e investigação psicológicas*. Centro de Estudos em Educação e Psicologia. Braga: Universidade do Minho.

- Favaro, C. (2007). Mulher e Família: Um Binómio (quase) Inseparável. In Strey, M.N.; Neto, J.A.S. & Horta, R.L. (org). *Família e Género*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Ferreira, A. M. L. (2007). *Sentido Interno de Coerência e Bem-Estar Psicológico nos Enfermeiros Prestadores de Cuidados a Doentes Hemato-Oncológicos*. Disponível em www.psicologia.com.pt. Acesso em Maio, 2011.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage Publications.
- Filho, A. R. A., & Neto, J. S. L. (2011). Donas da Casa: uma (des) construção de realidades na arte fotográfica. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. XIII Congresso de Ciências da Comunicação da Região Nordeste.
- Frazão, C., Pereira, M., Amaro, F., & Teles, L. (2001). *A Mulher Toxicodependente e o Planeamento Familiar, a Gravidez e a Maternidade*. Lisboa: Edição da Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso. Europress, Lda.
- Galinha, I., & Pais Ribeiro, J. L. (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2), pp.203-214.
- Gameiro, A. (1978). *Psicopatologia e Saúde Mental: Guia Prático sobre Saúde Mental, Perturbações Psíquicas, Prevenção, Internamento e Reabilitação*. (Vol.1). Porto: Edições Salesianas.
- Gameiro, A. (1978). *Psicopatologia e Saúde Mental: Guia Prático sobre Saúde Mental, Perturbações Psíquicas, Prevenção, Internamento e Reabilitação*. (Vol.2). Porto: Edições Salesianas.
- Garcia, A. C. (2000). *A Saúde da Mulher*. Lisboa: Edição da Direcção Geral da Saúde.
- Giacomoni, C. H. (2004). Bem-Estar Subjectivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da SBP*, 12 (1), pp.43-50.
- Gilligan, C. (1997). *Teoria Psicológica e desenvolvimento da Mulher*. Lisboa: Edição da Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gonçalves, H. N. C. (1997). *Amar, Sofrer e Obedecer: A Mulher e o Casamento na Grã-Bretanha: 1790-1890*. Dissertação de Mestrado. Braga: Instituto de Letras e Ciências Humanas da Universidade do Minho.
- Gonçalves, J. P. (2008). Bem-Estar Subjectivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-estar Social e sua relação com o Bem-estar dos Professores. *1º Simpósio Nacional de*

Educação, XX Semana da Pedagogia. Oeste do Paraná - Campus Cascavel: Universidade Estadual.

Hall, C.S., & Lindzey, G. (1984). *Teorias da Personalidade*. Vol. I. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitárias, Lda.

Hall, C.S., & Lindzey, G. (1984). *Teorias da Personalidade*. Vol. II. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitárias, Lda.

Hansenne, M. (2004). *Psicologia da Personalidade*. Lisboa: Climepsi Editores.

Herriot, P. (Org). (1976). *Teorias da Personalidade*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.

Lewenhak, S. (1980). *A mulher e o Trabalho*. Lisboa: Editorial Presença.

Marcilio, M. L. (Org.). (1993). *Família, Mulher, Sexualidade e Igreja na História do Brasil*. São Paulo: Edições Loyola.

Maslow, A. H. (1987). *La Personalidad Creadora*. (3ª ed.). Barcelona: Editorial Kairós.

Maslow, A. H. (1991). *Motivacion y Personalidad*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos, S.A.

Mesquita, M. F. A. L. (2008). *Lazer e Bem-Estar Psicológico: um estudo em sujeitos reformados*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.

Montagner, P. (2000). Dinâmica e perfil do mercado do trabalho: onde estão as mulheres. In Rocha, M.I.B. (org). *Trabalho e género: mudanças, permanências e desafios*. São Paulo: Editora 34, pp. 161-167.

Monteiro, J. M. M. (1999). *Para Uma Pedagogia da Autonomia: Contributos do Pensamento de Carl Rogers*. Dissertação de Mestrado em Especialização em História da Educação e da Pedagogia. Braga: Universidade do Minho.

Myers, D. (1999). *Introdução à Psicologia Geral*. (5ª Edição). Rio de Janeiro: Editora LTC-Livros, Técnicos e Científicos S.A.

Norgren, M.B.P., Souza, R.M., Kaslow, F., Hammerschmidt, H., Sharlin, S.A. (2004). Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível *Estudos de Psicologia*, 9 (3), pp. 575-584

- Novo, R. F. (2003). *Para Além da Eudaimonia: O Bem-Estar Psicológico em Mulheres na Idade Adulta Avançada*. Coimbra: Edição Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Oliveira, L. L. (2009). *Jovens com Comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares: variáveis culturais e psicológicas*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, Instituto de Psicologia. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Oliveira, V. C. (2007). *Vida de Mulher: Gênero, Pobreza, Saúde Mental e Resiliência*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia. Brasília: Universidade de Brasília.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório Mundial da Saúde 2001: Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (2007). *CID10- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (10ª ed)*. Disponível em <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/> . Acesso em Maio, 2011.
- Orsolin, R. (2002). Nem toda a mulher quer ser mãe: novas configurações do feminino. In Cenci, C.M.B., Piva, M., & Ferreira, V.R.T. *Relações Familiares: uma reflexão contemporânea*. Passo Fundo: UPF Editora.
- Pais Ribeiro, J. L. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde: Instrumentos Publicados em Português*. (1ª ed.) Coimbra: Quarteto Editora.
- Pais Ribeiro, J. L. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. (2ª ed.) Porto: Legis Editora Livpsic.
- Papalia, D. E., Olds, S.W., & Feldman, R.D. (2000). *Desenvolvimento Humano*. (7ª Ed). Porto Alegre: Artmed.
- Pedinielli, Jean-louis. (1999). *Introdução à Psicologia Clínica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, A. (2004). *Guia Prático de Utilização do SPSS- Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia*. (5ª ed.) Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Pestana, M. E., Gageiro, J. N. (2003). *Análise de Dados para Ciências Sociais – a Complementaridade do SPSS*. (3ª ed.) Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Possatti, I. C., & Dias, M. R (2002). Multiplicidade de Papéis da Mulher e seus Efeitos para o Bem-Estar Psicológico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (2), pp.293-301.

- Possatti, I. C., & Dias, M. R. (2002). Parâmetros Psicométricos das Escalas de Qualidade dos Papéis Desempenhados pela Mulher: Mãe e Trabalho Pago. *Estudos de Psicologia*, 7 (1), pp.103-115.
- Pozza, M.C (1992). *Conflitos da mulher na tentativa de conciliação da maternidade com o trabalho profissional*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia. Porto Alegre: PUCRS
- Probst, E. R. *A Evolução da Mulher no Mercado de Trabalho*. Disponível em www.icpg.com.br/artigos/rev02-05.pdf. Acesso em Junho, 2011.
- Queroz, N. C., & Neri, A. L. (2005). Bem-Estar Psicológico e Inteligência Emocional entre Homens e Mulheres na Meia-idade e na Velhice. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (2), pp.292-299.
- Rabello, P. M., & Júnior, A. F. C. (2007). Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. *Revista Saúde Pública*, 41 (6), pp.970-978.
- Rodrigues, F. M. S. (2010). *Religiosidade Intrínseca e Extrínseca: Implicações no Bem-Estar Psicológico de Adultos Seniores*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Lisboa: Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Rogers, C. (1980). *Tornar-se Pessoa*. Col. Psicologia e Pedagogia. Lisboa: Edições Moraes.
- Rubinstein, S. L. (1977). *Princípios de Psicologia Geral*. Vol. VII (2ª ed.). Lisboa: Editorial Estampa.
- 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), pp.1069-1081.
- Ryff, C. D. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), pp.719-727.
- Ryff, C. D., Singer, B. H., & Love, G. D. (2004). Positive health: connecting well-being with biology. *The Royal Society*, 359, pp.1383-1394.
- Sieber, S. D. (1974). Toward a theory of role accumulation. *American Sociological Review*, 39, pp.567-578.
- Siqueira, M., & Padovam, V. (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjectivo, Bem-estar Psicológico e Bem-estar no Trabalho. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (2), pp.201-209.
- Sousa, A. (1971). *O Mercado do trabalho e a Mulher*. Lisboa: Editora Arcádia.

- Sousa, C. S. C. M. (2005). *Representações da doença, ajustamento à doença, morbilidade psicológica, qualidade de vida e satisfação marital nos doentes com esclerose múltipla e seus cuidadores*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Springer, K. W., & Hauser, R. M. (2006). *An assessment of the construct validity of Ryff's scales of psychological well-being: method, mode and measurement effects*. Department of Sociology and Center for Demography of Health and Aging. Madison: University of Wisconsin-Madison.
- Szapiro, A.M., & Féres-Carneiro, T. (2002). Construção do Feminino Pós Anos Sessenta: O Caso da Maternidade como Produção Independente. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (1), pp. 179-188.

ANEXOS



Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga - Faculdade de Filosofia
Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Consentimento Informado

Tema: A Mulher em Múltiplos Papéis e os seus efeitos para o Bem-Estar Psicológico e Satisfação Marital.

Eu, abaixo assinado, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluída. Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada considerou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os potenciais riscos e eventual algum desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo. Por isso, consinto que me seja aplicado os questionários propostos pelo investigador. Concordo responder o melhor possível ao questionário. Foi-me informado de que o meu nome não aparecerá em qualquer documento utilizado na investigação.

Assinatura

Data _____ Local _____

ESCALAS DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO

..... Idade:.....
 DATA DE NASCIMENTO:...../...../..... Data de Aplicação:...../...../.....

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:.....

PROFISSÃO (Se é reformado(a) indique a actividade profissional anterior e há quanto tempo passou à reforma):.....

ESTADO CIVIL:.....

AGREGADO FAMILIAR (actual):.....

ÁREA DE RESIDÊNCIA:.....

	<i>Discordo Completamente</i>	<i>Discordo em Grande Parte</i>	<i>Discordo Parcialmente</i>	<i>Concordo Parcialmente</i>	<i>Concordo em Grande Parte</i>	<i>Concordo Completamente</i>
1. Às vezes modifico a minha forma de agir ou de pensar de modo a ficar mais parecido(a) com aqueles que me rodeiam	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....
2. Em geral, sinto que sou responsável pela situação em que me encontro	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....
3. Não estou interessado(a) em actividades que alarguem os meus horizontes	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....
4. Muitas pessoas vêem-me como uma pessoa querida e afectuosa	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....
5. Sinto-me bem quando penso no que fiz no passado e espero vir a fazer no futuro	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....
6. Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....
7 Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....
8. Muitas vezes as exigências do dia-a-dia deitam-me abaixo	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....
9. Em geral, sinto que continuo a aprender mais acerca de mim próprio(a) à medida que o tempo passa	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....
10. Manter relações estreitas com os outros tem-me sido difícil e frustrante	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....

	Discordo Completamente	Discordo em Grande Parte	Discordo Parcialmente	Concordo Parcialmente	Concordo em Grande Parte	Concordo
11. Vivo a vida um dia de cada vez e na realidade não penso no futuro	1	2	3	4	5	6
12. De um modo geral sinto-me confiante e bem comigo próprio(a) ...	1	2	3	4	5	6
13. Habitualmente as minhas decisões não são influenciadas pelo que os outros fazem	1	2	3	4	5	6
14. Não me adapto muito bem às pessoas e à sociedade à minha volta	1	2	3	4	5	6
15. Sou o tipo de pessoa que gosta de experimentar coisas novas	1	2	3	4	5	6
16. Sinto-me frequentemente sozinho(a) porque tenho poucos amigos íntimos com quem possa partilhar as minhas preocupações	1	2	3	4	5	6
17. Tenho tendência a centrar-me no presente, porque o futuro quase sempre me traz problemas	1	2	3	4	5	6
18. Sinto que muitas das pessoas que conheço conseguiram tirar mais partido da vida do que eu	1	2	3	4	5	6
19. Tenho tendência para me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim	1	2	3	4	5	6
20. Sou bastante competente a gerir as diversas responsabilidades da minha vida quotidiana	1	2	3	4	5	6
21. Não quero tentar novas formas de fazer as coisas; a minha vida está bem tal como está	1	2	3	4	5	6
22. Gosto de ter conversas pessoais com os membros da minha família ou amigos	1	2	3	4	5	6
23. Tenho uma ideia definida dos objectivos e do rumo que quero dar à vida	1	2	3	4	5	6
24. Se tivesse oportunidade havia muitas coisas em mim que mudaria.....	1	2	3	4	5	6
25. Para mim, é mais importante estar contente comigo próprio(a) do que ter a aprovação dos outros	1	2	3	4	5	6
26. Sinto-me, frequentemente, “esmagado(a)” pelo peso das responsabilidades	1	2	3	4	5	6

	Discordo Completamente	Discordo em Grande Parte	Discordo Parcialmente	Concordo Parcialmente	Concordo em Grande Parte	Concordo Completamente
27. Penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo.....	1	2	3	4	5	6
28. É importante para mim ser um bom ouvinte quando os meus amigos mais chegados me vêm falar sobre os seus problemas.....	1	2	3	4	5	6
29. As minhas actividades diárias parecem-me frequentemente triviais e pouco importantes	1	2	3	4	5	6
30. Gosto da maior parte dos aspectos da minha personalidade	1	2	3	4	5	6
31. Tenho tendência a ser influenciado(a) por pessoas com opiniões firmes.....	1	2	3	4	5	6
32. Se estivesse descontente com o meu modo de vida, tomaria medidas para o modificar	1	2	3	4	5	6
33. Quando penso em mim, vejo que realmente não tenho melhorado muito como pessoa ao longo dos anos	1	2	3	4	5	6
34. Quando preciso de falar não tenho muitas pessoas que estejam dispostas a ouvir-me	1	2	3	4	5	6
35. Não tenho bem a noção do que estou a tentar alcançar na vida	1	2	3	4	5	6
36. Cometi alguns erros no passado mas sinto que, de um modo geral, as coisas correram pelo melhor	1	2	3	4	5	6
37. Raramente as pessoas me levam a fazer coisas que não quero fazer	1	2	3	4	5	6
38. De um modo geral, tomo bem conta das minhas finanças e assuntos pessoais	1	2	3	4	5	6
39. Na minha opinião, as pessoas são capazes de continuar a evoluir e a desenvolver-se em qualquer idade	1	2	3	4	5	6
40. Sinto que tiro imenso partido das minhas amizades	1	2	3	4	5	6
41. Costumava definir objectivos para mim próprio(a), mas isso agora parece-me uma perda de tempo	1	2	3	4	5	6

	Discordo Completamente	Discordo em Grande Parte	Discordo Parcialmente	Concordo Parcialmente	Concordo em Grande Parte	Concordo Completamente
42. Em muitos aspectos sinto-me desiludido(a) com o que alcancei na vida	1	2	3	4	5	6
43. Para mim é mais importante fazer parte de um grupo do que ficar de fora apegado(a) aos meus princípios	1	2	3	4	5	6
44. Acho que é desgastante não conseguir fazer tudo o que tenho para fazer em cada dia	1	2	3	4	5	6
45. Com o passar do tempo, ganhei um maior entendimento sobre a vida, tornando-me mais forte e capaz como pessoa	1	2	3	4	5	6
46. Parece-me que a maioria das pessoas tem mais amigos do que eu	1	2	3	4	5	6
47. Tenho prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade	1	2	3	4	5	6
48. Na maior parte dos casos tenho orgulho no que sou e na vida que levo	1	2	3	4	5	6
49. Tenho confiança nas minhas opiniões mesmo quando são contrárias ao consenso geral	1	2	3	4	5	6
50. Sou capaz de utilizar bem o meu tempo de forma a conseguir fazer tudo o que é preciso fazer	1	2	3	4	5	6
51. Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa	1	2	3	4	5	6
52. As pessoas poderiam descrever-me como uma pessoa generosa e sempre pronta a partilhar o meu tempo com os outros	1	2	3	4	5	6
53. Sou uma pessoa activa quando se trata de pôr em prática os planos que tracei para mim próprio	1	2	3	4	5	6
54. Invejo muitas pessoas pela vida que levam	1	2	3	4	5	6
55. É difícil, para mim, exprimir as minhas opiniões em assuntos controversos	1	2	3	4	5	6
56. O meu dia-a-dia é ocupado, mas sinto-me satisfeito por dar conta do recado	1	2	3	4	5	6
57. Não gosto de estar em situações novas que exijam que mude o meu modo habitual de fazer as coisas	1	2	3	4	5	6

	Discordo Completamente	Discordo em Grande Parte	Discordo Parcialmente	Concordo Parcialmente	Concordo em Grande Parte	Concordo Completar
58. Não tive a experiência de ter muitas relações calorosas e baseadas na confiança	1	2	3	4	5	6
59. Algumas pessoas andam pela vida sem rumo, mas eu não sou assim	1	2	3	4	5	6
60. Provavelmente não tenho uma atitude para comigo próprio(a) tão positiva como a maioria das pessoas tem em relação a si próprias	1	2	3	4	5	6
61. Altero com frequência as minhas decisões, se os meus amigos ou familiares não estão de acordo comigo	1	2	3	4	5	6
62. Fico frustrado(a) quando tento planear as minhas actividades diárias, porque nunca consigo fazer as coisas que me proponho fazer	1	2	3	4	5	6
63. Para mim, a vida tem sido um processo contínuo de aprendizagem, mudança e crescimento	1	2	3	4	5	6
64. No que diz respeito às amizades, sinto-me frequentemente como se fosse um(a) estranho(a)	1	2	3	4	5	6
65. Às vezes sinto-me como se já tivesse feito tudo o que há para fazer na vida	1	2	3	4	5	6
66. Muitas vezes, quando acordo de manhã, sinto-me desanimado(a) com a forma como tenho vivido a minha vida	1	2	3	4	5	6
67. Não sou o tipo de pessoa que cede a pressões sociais para pensar ou agir de determinada forma	1	2	3	4	5	6
68. Os meus esforços para encontrar o tipo de actividades e de relações pessoais de que necessito foram muito bem sucedidos	1	2	3	4	5	6
69. Reconheço com agrado que as minhas opiniões têm mudado e amadurecido ao longo dos anos	1	2	3	4	5	6
70. Sei que posso confiar nos meus amigos e eles sabem que podem confiar em mim	1	2	3	4	5	6
71. Os meus objectivos na vida têm sido mais uma fonte de satisfação, do que de uma fonte de frustração	1	2	3	4	5	6
72. O meu passado teve altos e baixos mas, de um modo geral, não gostaria de o mudar	1	2	3	4	5	6

	Discordo Completament	Discordo em Grande Pai	Discordo Parcialmente	Concordo Parcialmente	Concordo em Grande P.	Concordo Compt.
73. Preocupa-me a forma como as outras pessoas avaliam as escolhas que tenho feito na minha vida	1	2	3	4	5	6
74. Tenho dificuldade em organizar a minha vida de forma a que me satisfaça	1	2	3	4	5	6
75. Há muito tempo que desisti de fazer grandes alterações ou melhoramentos na minha vida	1	2	3	4	5	6
76. Tenho dificuldade em abrir-me quando falo com os outros	1	2	3	4	5	6
77. Sinto-me satisfeito(a) quando penso em tudo o que consegui na vida	1	2	3	4	5	6
78. Quando me comparo com amigos e conhecidos, sinto-me bem em ser quem sou	1	2	3	4	5	6
79. Avalio-me pelo que penso que é importante e não pelos valores que os outros pensam ser importantes	1	2	3	4	5	6
80. Consegui construir um lar e um estilo de vida que é muito do meu agrado	1	2	3	4	5	6
81. É bem verdade o ditado popular que diz "burro velho não aprende línguas"	1	2	3	4	5	6
82. Tanto eu como os meus amigos sabemos ter compreensão pelos problemas uns dos outros	1	2	3	4	5	6
83. Em última análise, olhando para trás, não tenho bem a certeza de que a minha vida tenha valido muito	1	2	3	4	5	6
84. Toda a gente tem as suas fraquezas mas parece-me que eu tenho mais que a minha conta	1	2	3	4	5	6

ÍNDICE DE SATISFAÇÃO MARITAL -Versão F
(Walter W.Hudson, 1992)

Tradução M. Graça Pereira, Vera Ramalho e Pedro Dias
Universidade do Minho, Versão Investigação-2000

Este questionário procura avaliar o grau de satisfação que as pessoas apresentam na sua relação com o companheiro. Responda cuidadosamente a cada afirmação, colocando um círculo na resposta que melhor se adequa à sua situação. Não existem respostas certas nem erradas.

	Nunca	Muito Raramente	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre	Sempre
1. O meu companheiro é bastante afectivo	1	2	3	4	5	6	7
2. O meu companheiro trata-me mal	1	2	3	4	5	6	7
3. O meu companheiro preocupa-se verdadeiramente comigo	1	2	3	4	5	6	7
4. Sinto que não escolheria o mesmo companheiro se tivesse oportunidade de escolher novamente	1	2	3	4	5	6	7
5. Sinto que posso confiar no meu companheiro	1	2	3	4	5	6	7
6. Sinto que a nossa relação está a terminar	1	2	3	4	5	6	7
7. O meu companheiro não me compreende verdadeiramente	1	2	3	4	5	6	7
8. Sinto que o nosso relacionamento é bom	1	2	3	4	5	6	7
9. O nosso relacionamento é muito feliz	1	2	3	4	5	6	7
10. A nossa vida em conjunto é aborrecida	1	2	3	4	5	6	7
11. Nós temos muitos momentos de diversão em conjunto	1	2	3	4	5	6	7
12. O meu companheiro não me faz confidências	1	2	3	4	5	6	7
13. O nosso relacionamento é muito próximo	1	2	3	4	5	6	7
14. Sinto que não posso confiar no meu companheiro	1	2	3	4	5	6	7
15. Sinto que não temos interesses suficientes em comum	1	2	3	4	5	6	7
16. Nós gerimos muito bem as nossas discussões e desentendimentos	1	2	3	4	5	6	7
17. Nós gerimos bem as nossas finanças	1	2	3	4	5	6	7
18. Sinto que nunca me deveria ter casado com o meu companheiro	1	2	3	4	5	6	7
19. O meu companheiro e eu damos-nos muito bem	1	2	3	4	5	6	7
20. O nosso relacionamento é muito estável	1	2	3	4	5	6	7
21. O meu companheiro é um verdadeiro conforto para mim	1	2	3	4	5	6	7
22. Sinto que já não tenho carinho pelo meu companheiro	1	2	3	4	5	6	7
23. Sinto que o futuro da nossa relação é promissor	1	2	3	4	5	6	7
24. Sinto que a nossa relação é vazia	1	2	3	4	5	6	7
25. Sinto que não há entusiasmo na nossa relação	1	2	3	4	5	6	7

QUALIDADE DO PAPEL DOS PAIS

Agora, nós temos outra lista de coisas boas e coisas ruins mencionadas por mulheres. Neste momento, estas coisas é sobre ser mãe.

Quando você pensa sobre você como uma mãe, quanto, no todo, cada um dos itens seguintes são recompensadores ou não recompensadores para você.

Nós gostaríamos que você pensasse sobre como é isto agora. Nós não estamos perguntando como você gostaria que fosse, mas como isto realmente é.

Quanto recompensador é:

- Não é recompensador
- Um pouco recompensador
- Muito recompensador
- Extremamente recompensador

01	Ver suas crianças amadurecer e se transformar (mudar).*	4	3	2	1
02	O amor que eles demonstram.	4	3	2	1
03	O prazer que você consegue a partir da realização deles.	4	3	2	1
04	A ajuda que eles dão a você.	4	3	2	1
05	Ajudar suas crianças a se desenvolverem.	4	3	2	1
06	Sentir-se orgulhosa de como eles estão se tornando.	4	3	2	1
07	Suas crianças ajudando você a ver o mundo de uma nova maneira.	4	3	2	1
08	Ser a pessoa que melhor cuida deles, ser especial e insubstituível.*	4	3	2	1
09	O sentido e objetivo que eles dão a sua vida.	4	3	2	1
10	Gostar das pessoas gentis que eles são.	4	3	2	1
11	Ser incluída em suas vidas.	4	3	2	1
12	Ser capaz de conversar com eles.	4	3	2	1
13	Ser capaz de contar com eles para ajudar.	4	3	2	1
14	Ser necessitada por eles.	4	3	2	1
15	Compartilhar seus bons momentos.	4	3	2	1
16	O senso de responsabilidade deles com a família.	4	3	2	1
17	A companhia que eles proporcionam.	4	3	2	1
18	A forma como eles mudam você para melhor.	4	3	2	1

Estas são algumas das coisas que as mulheres disseram sobre as dificuldades de criar, educar, crianças. Quando você pensa sobre você como uma mãe, quanto, no todo, é cada um dos itens seguintes uma preocupação para você.

Nós gostaríamos que você pensasse sobre como é isto agora.

Quanto de uma preocupação é:

Não é preocupante
Um Pouco preocupante
Muito preocupante
Extremamente preocupante

01	O esforço financeiro.*	4	3	2	1
02	Não ter controle suficiente sobre as crianças.	4	3	2	1
03	Suas crianças não se mostrarem agradecidos.	4	3	2	1
04	A saúde das suas crianças.	4	3	2	1
05	As pesadas necessidades e responsabilidades.	4	3	2	1
06	Eles precisarem menos de você a medida que vão crescendo.*	4	3	2	1
07	Você ter muitas brigas e conflitos com eles.	4	3	2	1
08	A segurança deles quando eles estão longe de você.	4	3	2	1
09	Não ter nenhum tempo para você mesma por causa das crianças.	4	3	2	1
10	Eles acharem que têm você (seu apoio) independente da situação.*	4	3	2	1
11	Perguntar-se se eles no futuro serão capazes de manter-se financeiramente.*	4	3	2	1
12	Sentir-se restringido por causa das crianças.	4	3	2	1
13	Os problemas que eles podem se envolver.	4	3	2	1
14	Sentir-se criticada pelas suas crianças.	4	3	2	1
15	Educação ou formação das crianças.	4	3	2	1
16	Eles não fazerem sua contribuição.	4	3	2	1
17	Os valores ou escolhas deles preocupam você.	4	3	2	1
18	Eles não virem para você quando você precisa deles.	4	3	2	1
19	Não se sentir uma parte da vida deles.	4	3	2	1
20	Não estar certa se você está fazendo a coisa certa para eles.	4	3	2	1

Escala de qualidade de papéis

INSTRUMENTO

Medida de Qualidade dos Papéis(função)
Qualidade do Papel do Trabalho

Nós estamos interessados em aprender sobre as coisas boas e as coisas más (ou ruins) em diferentes partes da vida da mulher- a gratificação ou recompensa destas coisas e também os problemas e dificuldades.

Primeiro, aqui nós temos algumas coisas que foram ditas por mulheres sobre o seu trabalho. Eu vou começar com uma lista de coisas que as mulheres disseram que acham ser recompensas sobre seu trabalho. Para cada uma, eu gostaria de saber quando você pensa sobre seu próprio trabalho, quanto, isto é uma parte recompensadora de seu trabalho.

Recompensas: Quando você pensa sobre seu atual trabalho, quanto, no todo, os seguintes itens são uma parte recompensadora de seu trabalho. Nós gostaríamos que você pensasse sobre como é exatamente agora. Nós não estamos perguntando como você desejaria que fosse, mas como é atualmente.

Quanto recompensador é:

- Não é recompensador
- Um pouco recompensador
- Muito recompensador
- Extremamente recompensador

01	Afeição das pessoas com que você trabalha.*	4	3	2	1
02	Trabalho desafiador ou estimulante.	4	3	2	1
03	A renda.*	4	3	2	1
04	Ser capaz de trabalhar por si própria.*	4	3	2	1
05	A segurança do trabalho.*	4	3	2	1
06	O reconhecimento que você consegue.	4	3	2	1
07	O respeito de seu supervisor imediato por suas habilidades.	4	3	2	1
08	Ser necessitado por outros.	4	3	2	1
09	Ter os recursos que você precisa para conseguir o trabalho feito para a satisfação.	4	3	2	1
10	Ter uma variedade de tarefas.*	4	3	2	1
11	Ter horas que encaixem suas necessidades.	4	3	2	1
12	Afeição do seu supervisor imediato.	4	3	2	1
13	Fazer um bom dinheiro comparado as outras pessoas em seu campo.*	4	3	2	1
14	Ser capaz de tomar decisões por si própria.	4	3	2	1

Quanto recompensador é:

- Não é recompensador
- Um pouco recompensador
- Muito recompensador
- Extremamente recompensador

15	A preocupação do seu supervisor imediato sobre o bem-estar de Seus subordinados.	4	3	2	1
16	O senso de realização e competência que você consegue por fazer o seu trabalho.	4	3	2	1
17	Ter a autoridade que você precisa para conseguir seu trabalho feito para sua satisfação sem ter que ir para alguém mais para pedir permissão.	4	3	2	1
18	O seu trabalho se encaixa com seus interesses e habilidades.	4	3	2	1
19	O agradecimento que você consegue.	4	3	2	1
20	A liberdade para decidir como você faz seu trabalho.	4	3	2	1
21	O encorajamento de seu supervisor do seu desenvolvimento profissional.	4	3	2	1
22	Ter um impacto na vida de outras pessoas.*	4	3	2	1
23	A oportunidade de aprender novas coisas.	4	3	2	1
24	Ajudar outras pessoas.	4	3	2	1
25	Ter um impacto no que acontece no seu local de trabalho.	4	3	2	1

Agora eu gostaria que você voltasse sua atenção para os aspectos problemáticos no seu trabalho. Estas são afirmações de mulheres sobre suas preocupações sobre seus trabalhos.

Quando você pensa sobre seu trabalho atual, quanto, no todo, são os seguintes itens uma preocupação para você.

Nós gostaríamos que você pensasse sobre como é agora.

Quanto de uma preocupação é:

Não é preocupante
 Um Pouco preocupante
 Muito preocupante
 Extremamente preocupante

01	O trabalho enfadonho, monotonia, falta de variedade.	4	3	2	1
02	Ter pequena chance para o crescimento que você quer ou merece.	4	3	2	1
03	O trabalho não usar suas habilidades.	4	3	2	1
04	Falta de competência de seu superior imediato.	4	3	2	1
05	A falta de respeito no seu local de trabalho por pessoas que fazem o seu tipo de trabalho.	4	3	2	1
06	Ter de fazer tarefas que você não sente que deveriam fazer parte do seu trabalho.	4	3	2	1
07	Ser exposta a doenças ou correr risco de se machucar.	4	3	2	1
08	Outras pessoas serem dependentes de você.	4	3	2	1
09	Ter que manipular tarefas ou obrigações conflitantes.	4	3	2	1
10	Estar insatisfeito com a renda.*	4	3	2	1
11	Ter muita coisa para fazer.	4	3	2	1
12	A falta de gratidão de seu supervisor pelo seu trabalho.	4	3	2	1
13	Encarar discriminação ou assédio por causa de sua raça ou grupo étnico.	4	3	2	1
14	Seu horário de trabalho.*	4	3	2	1
15	As condições físicas no seu trabalho (barulho, temperatura, etc.).*	4	3	2	1
16	A possibilidade de desemprego.	4	3	2	1
17	O trabalho tira muito de você.	4	3	2	1
18	Seu supervisor tem expectativas irreais para seu trabalho.	4	3	2	1
19	Encarar discriminação ou assédio por ser mulher.	4	3	2	1
20	Ter de fazer coisas contra suas convicções (consciência).	4	3	2	1
21	O trabalho ser fisicamente desgastante.	4	3	2	1
22	Oportunidades limitadas para o desenvolvimento profissional ou da carreira.	4	3	2	1
23	Ter de tratar com situações emocionalmente difíceis.	4	3	2	1
24	Ser dependente de outra pessoa para conseguir realizar o seu trabalho.	4	3	2	1
25	Falta de suporte do seu supervisor para o que você precisa para fazer seu trabalho.	4	3	2	1