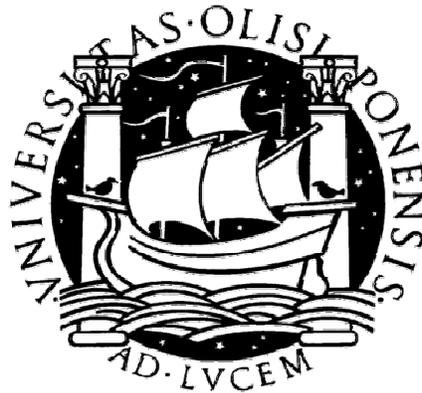


UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

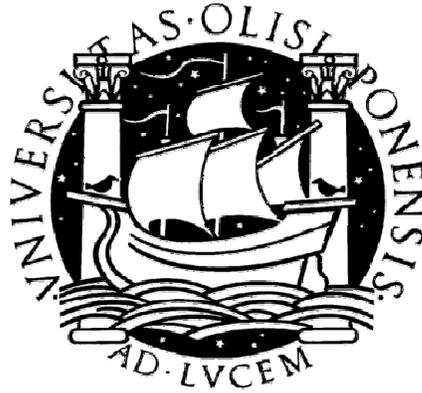


SATISFAÇÃO CONJUGAL, AUTO-ESTIMA E IMAGEM  
CORPORAL EM INDIVÍDUOS OSTOMIZADOS

Maria do Mar Pita Negrão Cardoso de Menezes

MESTRADO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO  
Área de especialização em Psicologia da Educação

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



SATISFAÇÃO CONJUGAL, AUTO-ESTIMA E IMAGEM  
CORPORAL EM INDIVÍDUOS OSTOMIZADOS

Maria do Mar Pita Negrão Cardoso de Menezes

Dissertação orientada pela Professora Doutora Isabel Narciso Davide

MESTRADO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO  
Área de especialização em Psicologia da Educação

## AGRADECIMENTOS

Esta Dissertação de Mestrado só foi possível realizar com a ajuda de várias pessoas amigas, família e colegas que me deram o seu apoio ao longo de todo o processo.

À Professora Doutora Isabel Narciso, pela orientação, espírito crítico e atenção que dedicou a todo o trabalho.

À Dr<sup>a</sup> Filipa Castanheira pela ajuda na parte metodológica do trabalho.

A todas as Enfermeiras do nosso País que trabalham com indivíduos ostomizados, que gastaram do seu tempo na recolha dos dados, o meu muito obrigada. Sem a sua colaboração, este trabalho não seria possível.

Aos meus pais, pela paciência interminável que tiveram comigo desde o início até ao final da tese, através das várias leituras de revisão da Dissertação e da discussão de ideias.

Ao Bernardo, pelos períodos de ausência que a tese roubou.

## RESUMO

A problemática das ostomias e a sua influência na conjugalidade é o ponto de partida deste trabalho. Trata-se de um estudo exploratório correlacional que pretende analisar a satisfação conjugal, a auto-estima e a imagem corporal em indivíduos ostomizados em situação de conjugalidade e contribuir para aumentar os conhecimentos sobre estes indivíduos, podendo ser uma mais-valia para a promoção do seu bem-estar.

Foi realizado um estudo empírico, com uma metodologia quantitativa de recolha e análise dos dados, com uma amostra de 142 participantes com ostomia, tendo sido utilizados os seguintes instrumentos: Questionário de Auto-Estima Global (Rosenberg, 1989; Adaptação: Faria, L., 2000); Questionário de atitude corporal – Medida Global da Insatisfação Corporal – MGSC (Pascoal,P., Narciso, I., 2006) e cuja versão original se denomina Global Measure of Body Satisfaction (Probst, Vandereycken, Van Coppenolle & Vanderlinden, 1995); Escala de avaliação da satisfação em áreas da vida conjugal - ESAVIC (Narciso, I., Costa, M., 1996) e Questionário para avaliação de alterações na satisfação conjugal.

Os principais resultados revelam que a população estudada está satisfeita com a sua relação conjugal, tem uma auto-estima elevada e uma baixa insatisfação corporal, sendo que as principais diferenças nas médias destes conceitos encontram-se a nível do sexo, idade, estado profissional e permanência da ostomia. Verificámos também que a baixa auto-estima está associada a maiores níveis de insatisfação corporal e a menores níveis de satisfação conjugal. Por outro lado, a insatisfação corporal está significativamente associada a menores níveis satisfação conjugal.

Palavras chave: satisfação conjugal, auto-estima, auto-imagem corporal e ostomia.

## ABSTRACT

Ostomies and its influence on marital relationships are the starting point of this work. It's a correlational exploratory study which aims to analyze marital satisfaction, self-esteem and self image on ostomy patients in a marital relationship and contribute to enlarge knowledge about these individuals, which may be a contribute to promote their well-being.

An empirical work was made, with a quantitative process of recollect and data analyses, with a sample of 142 participants with an ostomy, and the following instruments were used: Global Self-Esteem Questionnaire (Rosenberg, 1989; Adapted by: Faria, L., 2000); Body Attitude Questionnaire – Body Dissatisfaction Global Measure - MGSC (Pascoal,P., Narciso, I., 2006) and adapted from Global Measure of Body Satisfaction (Probst, Vandereycken, Van Coppenolle & Vanderlinden, 1995); Evaluation Scale of Marital Areas Satisfaction - ESAVIC (Narciso, I., Costa, M., 1996) and Questionnaire to evaluate changes in marital satisfaction.

The main results reveal that our population is satisfied with its marital relationship, has high self-esteem and low body dissatisfaction. The major mean differences of the concepts rely on the following socio demographic characteristics: sex, age, professional state and ostomy's permanence. We also stated that low self-esteem is associated to higher body dissatisfaction values and to lower marital satisfaction levels. On the other hand, body dissatisfaction is associated to lower levels of marital satisfaction.

Key words: marital satisfaction, self-esteem, self-image and ostomy.

## ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	12
PARTE I – REVISÃO DA LITERATURA	15
1. OSTOMIAS	16
2. SATISFAÇÃO CONJUGAL E DOENÇA CRÓNICA	19
2.1 Conjugalidade e Bem-Estar	19
2.2 Felicidade e Sucesso Conjugal: Qualidade e Satisfação	21
2.3 Factores Influentes na Satisfação e Qualidade Conjugal	24
2.3.1 <i>Factores Centrípetos</i>	25
2.3.1.1 <i>Processos Cognitivos</i>	25
2.3.1.2 <i>Processos Operativos</i>	29
2.3.1.3 <i>Processos Afectivos</i>	36
2.3.2 <i>Factores Centrífugos</i>	45
2.3.2.1 <i>Factores Pessoais</i>	45
2.3.2.2 <i>Factores Contextuais</i>	47
2.3.2.2.1 <i>Rede social e família de origem</i>	47
2.3.2.2.2 <i>Trabalho</i>	48
2.3.2.2.3 <i>Aspectos demográficos</i>	49
2.3.3 <i>Factor Tempo ou Percurso de Vida</i>	49
2.4 Satisfação Conjugal e Doença Crónica	52
3. AUTO-ESTIMA	63
3.1 Introdução ao auto-conceito	63
3.2 Definições de auto-estima	65
3.3 Desenvolvimento da auto-estima	69

3.4 Tipos de auto-estima	72
3.5 As perturbações da auto-estima	78
3.6 Auto-estima e conduta	78
3.7 Auto-estima e Bem-Estar	79
4. AUTO-IMAGEM CORPORAL	81
4.1 Imagem Corporal – Uma Construção em Desenvolvimento	81
4.2 Evolução da Importância do Corpo	86
4.3 Socialização do Corpo	87
4.4 Alterações na Imagem Corporal	90
4.5 Reacções à Alteração da Imagem Corporal	98
4.6 Adaptação à Alteração da Imagem Corporal	101
4.7 Imagem Corporal e Auto-Estima	103
4.8 Imagem Corporal e Intimidade/Sexualidade	106
PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO	114
5. PROCESSO METODOLÓGICO	115
5.1 Desenho da Investigação	115
5.1.1 Mapa Conceptual	116
5.1.2 Objectivos do estudo	117
5.1.3 Questões de investigação	118
5.1.4 Estratégia Metodológica	119
5.1.4.1 <i>Seleccção da amostra</i>	119
5.1.4.1.1 <i>Caracterização da amostra</i>	120
5.1.4.2 <i>Instrumentos utilizados</i>	122
5.1.4.2.1 <i>Questionário Geral</i>	123
5.1.4.2.2 <i>Questionário da Auto-Estima Global</i>	123

5.1.4.2.3 <i>Questionário de Atitude Corporal</i>	125
5.1.4.2.4 <i>Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal</i>	126
5.1.4.2.5 <i>Questionário para avaliação de alterações na satisfação conjugal</i>	127
5.1.4.3 <i>Procedimentos de Recolha de Dados</i>	127
5.1.4.4 <i>Análise de Dados</i>	128
6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	130
6.1 Resultados globais	130
6.1.1 Áreas de maior e menor satisfação conjugal	131
6.2 Análise de correlações	132
6.3 Análise de comparações	134
6.3.1 Satisfação Conjugal média	134
6.3.2 Satisfação Conjugal actual	135
6.3.3 Satisfação Conjugal anterior à ostomia	136
6.3.4 Auto-Estima	136
6.3.5 Insatisfação Corporal	137
6.4 Comparação do padrão de relações entre Satisfação Conjugal média, Satisfação Conjugal actual, Satisfação Conjugal anterior à ostomia, Auto-Estima e Insatisfação Corporal em função do sexo e do estado profissional.	137
6.5 Áreas da vida conjugal afectadas pela presença de ostomia	143
7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	146
CONCLUSÃO	166
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	175
ANEXOS	

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Estatística descritiva da Satisfação Conjugal média (SCm), Satisfação Conjugal actual (SCa), Satisfação Conjugal anterior à ostomia (SCt), Auto-Estima (AE) e Insatisfação Corporal (IC)	131
Quadro 2. Correlações para a amostra global	133
Quadro 3. Correlações para a amostra dos homens	138
Quadro 4. Correlações para a amostra das mulheres	139
Quadro 5. Correlações para a amostra dos activos	140
Quadro 6. Correlações para a amostra dos passivos	141

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Áreas da vida conjugal em que a diminuição da satisfação é superior ao aumento, após a ostomia	144
Gráfico 2. Áreas da vida conjugal em que o aumento da satisfação é superior à diminuição, após a ostomia	145

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Mapa conceptual

117

## LISTA DE SIGLAS

ESAVIC- Escala de avaliação da satisfação em áreas da vida conjugal

FPCE-UL – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa

RSES - Escala de Auto-Estima Global (Rosenberg Self Esteem Sscale)

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

## INTRODUÇÃO

Este trabalho enquadra-se no Mestrado de Ciências da Educação, Área de Especialização Psicologia da Educação, no âmbito do Desenvolvimento e Aprendizagem do Adulto e do Idoso. Trata-se de um estudo descritivo-correlacional que pretende analisar a satisfação conjugal, a auto-estima e a imagem corporal em indivíduos ostomizados em situação de conjugalidade.

O ponto de partida para este trabalho foi a satisfação conjugal. Queríamos estudar e analisar a satisfação conjugal num grupo específico da população: os indivíduos ostomizados. A escolha deste grupo especial prende-se com a nossa área de actuação e tem como objectivo contribuir para aumentar os conhecimentos sobre processos psicológicos individuais e relacionais nestes indivíduos, o que poderá constituir um contributo para a prevenção a nível do bem-estar dos mesmos.

A característica física que os difere de um indivíduo saudável é a presença de um estoma (derivação da saída de fezes ou urina para o exterior através da parede abdominal, que requer o uso de um saco colector). Ora, como existe esta alteração física considerámos importante explorar o conceito da auto-imagem corporal para melhor contextualização e compreensão da temática. Sabemos, também, através da nossa experiência profissional e da revisão da literatura, que esta alteração da auto-imagem corporal pode provocar uma diminuição da auto-estima, razão pela qual vamos, ainda, desenvolver este conceito no nosso trabalho.

Este trabalho encontra-se dividido em duas partes: uma primeira parte que engloba a revisão da literatura e uma segunda parte que descreve o estudo empírico.

Na primeira parte inserem-se quatro capítulos. O primeiro é referente às ostomias e serve de contextualização ao problema físico dos nossos indivíduos. O segundo capítulo

refere-se à satisfação conjugal, tema principal da tese, que exploramos e desenvolvemos e traçamos a sua relação com o bem-estar e a doença crónica. Neste capítulo, iremos descrever os três principais factores que interferem na satisfação conjugal, segundo a divisão de Narciso (2001): factores centrípetos, factores centrífugos e factor tempo. Nos primeiros, englobamos os processos cognitivos, os operativos e os afectivos. Dentro dos processos cognitivos, iremos desenvolver as percepções, as atribuições, as expectativas, os pressupostos e padrões. Nos processos operativos, englobamos a comunicação, os conflitos e sua resolução e o controlo relacional. Nos processos afectivos, iremos abordar os sentimentos de amor e os processos relacionais de intimidade e compromisso. Relativamente aos factores centrífugos, vamos apontar-nos aos factores pessoais, onde se insere a personalidade, a religião, entre outros, e aos factores contextuais, que incluem a rede social e família de origem, assim como o trabalho e certos aspectos demográficos. Por fim o factor tempo, centra-se sobretudo na influência do tempo e na presença de filhos e conflitos na satisfação conjugal.

Por fim, nos capítulos três e quatro, abordaremos e desenvolveremos os conceitos da auto-estima e da auto-imagem corporal, pela possível relação com os conceitos atrás referidos.

A auto-estima, parte integrante do auto-conceito resulta do julgamento realizado sobre si próprio. Este julgamento pode ser influenciado por vários acontecimentos, um dos quais a alteração da imagem corporal, uma vez que estes conceitos andam a par e passo.

Iremos desenvolver o desenvolvimento da auto-estima, os vários tipos que existem, assim como explorar a sua relação com o bem-estar e conduta de saúde.

A imagem corporal, na nossa sociedade, tem sido cada vez mais valorizada, razão pela qual vamos desenvolver a evolução da importância do corpo e a sua socialização.

Como a presença de um estoma provoca uma alteração da auto-imagem corporal, iremos abordar algumas alterações possíveis, assim como as reacções e a adaptação a este processo. Para finalizar, e como ponte de contacto entre os capítulos anteriores, será explorada a teoria existente que relaciona a auto-imagem corporal tanto com a auto-estima como com a intimidade, factor central para a satisfação conjugal.

A segunda parte do trabalho inclui três capítulos. O primeiro descreve a fundamentação metodológica do tipo de estudo realizado, os objectivos e questões de investigação, a população estudada, os instrumentos utilizados e a recolha de dados e apresentamos o nosso mapa conceptual.

No seguinte capítulo, serão apresentados e descritos os resultados do nosso estudo, tendo em conta as variáveis estudadas: satisfação conjugal, auto-estima e auto-imagem corporal. Estas variáveis serão analisadas individualmente, relacionadas entre si e com as características sócio-demográficas.

De seguida, será feita uma discussão dos resultados obtidos, tendo em conta a nossa revisão da literatura, permitindo enquadrá-los na teoria prévia ou sugerir novas hipóteses teóricas. Por fim, no último capítulo serão descritas as principais conclusões, limitações e implicações para a prática profissional do nosso trabalho.

## PARTE I - REVISÃO DA LITERATURA

## 1. OSTOMIAS

A palavra “estoma” significa “boca” ou “abertura”, em grego. Uma ostomia é uma ligação de um órgão ao exterior. Existem ostomias de alimentação, as gastrostomias (ligação do estômago ao exterior) de respiração, as traqueostomias (ligação da árvore respiratória ao exterior, através da zona cervical), e de eliminação. Neste trabalho, vamos apenas considerar as pessoas com ostomias de eliminação. Assim sendo, poderemos definir ostomia de eliminação como sendo uma derivação da saída fecal ou urinária pela pele. É exteriorizado o intestino na parede abdominal onde é suturado à pele. Sendo o estoma de eliminação uma mucosa, o seu aspecto é vermelho e húmido.

Existem três tipos de ostomias de eliminação: as ileostomias, onde é realizada a ligação do íleon (parte final do intestino delgado) ao exterior, as colostomias, onde é feita a ligação do cólon (intestino grosso) ao exterior e as urostomias, onde é realizada a ligação do aparelho urinário ao exterior (utilizando, habitualmente, um segmento intestinal que tem uma função de conduto). Esta derivação da saída habitual da urina e fezes localiza-se na zona abdominal e requer o uso por parte da pessoa de um saco colector, que se aplica nesse local. O uso deste sistema colector é essencial, uma vez que deixa de haver esfíncteres (músculos existentes no final do ânus e uretra) que controlavam a saída dos produtos de eliminação. Desta forma, a saída de fezes, gases e urina faz-se involuntariamente, podendo causar situações embaraçosas em público, no caso da saída dos gases ou quando o material se descola, provocando uma fuga de urina ou fezes para o vestuário do indivíduo.

Há várias causas que podem dar origem a uma ostomia de eliminação segundo Salter (1988a) e Phipps, Long, Woods e Cassmeyer (1999). As principais causas que originam uma ostomia de eliminação são:

Para uma colostomia: cancro colorrectal, doença diverticular, trauma, fístula (ex: recto-vaginal), pós tratamento de radioterapia e obstrução ou perfuração do intestino (por diverticulite, volvo, isquémia ou traumatismo).

Para uma ileostomia: doença inflamatória intestinal (colite ulcerosa e doença de Crohn) e polipose adenomatosa crónica familiar.

Para uma urostomia: tumor invasivo da bexiga; esclerose múltipla, bexiga com pequena capacidade e falência do funcionamento da bexiga (destruição congénita ou adquirida no sistema nervoso).

Estas causas podem implicar a construção de um estoma definitivo ou temporário para resolver o problema de base, sendo que as urostomias são sempre definitivas. Sendo assim, num estoma temporário, a saída fecal é reorientada, de forma a permitir ao sistema gastrointestinal cicatrizar ou para proporcionar a saída das fezes quando se verifica obstrução. Um estoma definitivo significa que o intestino ou o aparelho urinário não poderá ser ligado de novo e não se verificará um regresso à forma natural de evacuar ou urinar.

A presença de um estoma implica, como já referimos, o uso de um sistema colector. Além disso, é necessário realizar os cuidados de higiene diários ao estoma e proceder à substituição do material. Estes cuidados englobam uma limpeza com água e sabão neutro e o recorte e aplicação do saco ao abdómen. Muitas vezes, por recusa em aceitar a situação, por dificuldade em visualizar o estoma que permita o auto-cuidado ou por outros motivos, o indivíduo ostomizado delega os cuidados à pessoa significativa que, a maioria das vezes, é o cônjuge. Ora, no caso de uma colostomia pode ser necessário trocar o saco duas vezes ao dia e numa ileostomia ou urostomia despejá-lo quatro ou cinco vezes. Estes aspectos requerem tempo do próprio ou do outro para os cuidados. A

existência de um cuidador, que não o próprio, para tratar da ostomia vai influenciar a autonomia e a privacidade do indivíduo, pois estes aspectos serão invadidos pelo outro.

A derivação da eliminação das fezes ou urina, através de uma ostomia provoca uma alteração da imagem corporal da pessoa e, muitas vezes, uma diminuição da sua auto-estima (Black e Matassarín-Jacobs, 1996). Também pode causar alterações a nível da sexualidade tanto por diminuição do desejo (associada aos factores referidos) como a nível físico (ex: disfunção sexual, devido a causas directas de certas cirurgias produtoras de estomas definitivos). Um outro aspecto importante é o resultante do medo de cheirar mal ou de alguém ver o saco, o que causa, muitas vezes, o isolamento social da pessoa em causa, condicionando certas actividades de lazer que o próprio pudesse ter e as interacções com os outros. Todos estes aspectos podem ainda agravar-se e serem mais custosos se o apoio emocional fornecido pelo cônjuge não for sentido como eficaz.

A nossa experiência enquanto enfermeira estomaterapeuta, confirma os factos anteriores através do discurso directo e indirecto dos utentes.

Tendo em conta o referido anteriormente e sabendo que estes factores podem influenciar grandemente a satisfação conjugal, conceito definido a seguir, pretendemos, com este estudo, explorar e verificar se a satisfação conjugal, a imagem corporal e a auto-estima das pessoas ostomizadas está diminuída e se a presença do estoma poderá ser um factor associado, assim como outras variáveis demográficas.

## 2. SATISFAÇÃO CONJUGAL E DOENÇA CRÓNICA

As relações amorosas constituem uma parte integrante da vida adulta e a sua qualidade tem implicações na saúde física e mental dos indivíduos (Norgren, Souza, Kaslow, Hammerschmidt e Sharlin, 2004). Sendo assim, neste capítulo, far-se-á uma breve abordagem à importância da conjugalidade para o bem-estar, seguindo-se uma clarificação dos conceitos de sucesso, felicidade, qualidade e satisfação conjugal. Serão particularmente desenvolvidos os factores que influenciam a qualidade e satisfação conjugal, e, finalmente, como, no nosso estudo, se pretende analisar variáveis individuais e familiares em indivíduos que têm uma alteração da imagem corporal, relacionada com um problema de doença, será importante perceber a relação entre a saúde e satisfação conjugal e em que medida estas variáveis se podem influenciar.

### 2.1 Conjugalidade e Bem-estar

Existem vários autores que reportam a relação existente entre a satisfação conjugal e bem-estar (saúde física e psicológica) (Hawkins e Booth, 2005; Hodgson, Shields e Rousseau, 2003; Kaufman e Taniguchi, 2006; Weiss e Heyman, 1997; Wilson, Larson, McCulloch e Stone, 1997).

No respeitante ao estado civil, independentemente da qualidade conjugal, sabe-se que não estar casado é um factor de risco para a saúde física, especialmente dos homens. Indivíduos separados ou divorciados têm pior saúde física e mental que os casados, viúvos ou solteiros (Schmaling e Sher, 1997). As pessoas casadas têm maiores níveis de bem-estar físico e psicológico que os solteiros, separados ou divorciados (Hawkins e Booth, 2005). As relações conjugais podem ser a maior fonte de felicidade,

se a satisfação for elevada. As relações conjugais satisfatórias estão associadas a taxas elevadas de bem-estar e satisfação com a vida segundo Watson, Hubbard e Wiese (2000). Um casamento feliz actua como escudo protector contra o *stress*. A ligação afectiva a um outro significativo pode dar um sentido à vida de um indivíduo, sendo o parceiro uma das maiores fontes de apoio emocional e incentivador de hábitos de vida saudáveis (Gottman e Silver, 2001; Hawkins e Booth, 2005). Ainda, a satisfação conjugal está associada a melhor sistema imunitário e a menor depressão (Schmaling e Sher, 1997).

No entanto, as relações conjugais podem, também, ser causa de grande infelicidade, se a satisfação conjugal for baixa. Os indivíduos infelizes num casamento estão mais vulneráveis a problemas de saúde física e mental (maior risco de psicopatologias, violência, suicídio, homicídio e doença física), sendo que a não satisfação conjugal leva muitas vezes a comportamentos de risco (abuso de álcool, tabaco), depressão e má saúde física (Halford, Kelly e Markman, 1997; Narciso, Costa e Pina Prata, 2002). Nestes casos, o indivíduo obtém melhores resultados para o seu bem-estar físico e psicológico com o divórcio (Hawkins e Booth, 2005).

Gottman e Silver (2001) afirmam que as pessoas que se mantêm casadas vivem, em média, mais quatro anos do que as que não o fazem. Um casamento mal sucedido pode aumentar em cerca de 35% a possibilidade de contrair uma doença, sendo que, por outro lado, as pessoas que têm um casamento feliz vivem mais tempo e são mais saudáveis.

Hawkins e Booth (2005) constataram, no seu estudo, que os indivíduos casados e os divorciados ou solteiros referiam auto-estima mais elevada que indivíduos casados mas infelizes. Permanecer num casamento infeliz tem efeitos negativos na auto-estima comparando com os casamentos felizes. Este facto relaciona-se, sobretudo, com a ausência de apoio social e emocional por parte da relação conjugal.

Verifica-se, pois, que a associação entre saúde/bem-estar e casamento cinge-se aos casais felizes.

## 2.2 Felicidade e Sucesso Conjugal: Qualidade e Satisfação

O casamento tem sido definido como a união entre um homem e uma mulher, onde existe interdependência económica, comportamental, afectiva e sexual (Levinger e Huston, 1990). Este tipo de relação é diferente de outros laços sociais na força das barreiras que a envolvem e no compromisso dos parceiros em tomarem conta um do outro.

O tema da satisfação conjugal tem sido estudado por diversos autores em variadas áreas.

A satisfação conjugal é a satisfação que o casal (casado ou em união de facto) manifesta sobre a sua relação conjugal. Esta não é equivalente à ausência de insatisfação. É um conceito subjectivo, implicando a satisfação das próprias necessidades e desejos, assim como a correspondência às expectativas do outro. Engloba um dar e receber mútuo e espontâneo (Norgren et al, 2004). Hendrick e Hendrick (1997) explicam a satisfação como sendo um julgamento sumativo da relação conjugal.

Na sequência do que foi dito, importa distinguir quatro conceitos: satisfação, qualidade, felicidade e sucesso conjugal. Narciso (2001) distingue qualidade de satisfação conjugal, sendo, o primeiro, o desempenho na e da relação, e o segundo, uma avaliação subjectiva e pessoal desse desempenho. A felicidade, segundo os mesmos autores, engloba os sentimentos que advêm dos processos relacionais vividos – a qualidade conjugal -, e a satisfação conjugal.

Por último, convém definir o sucesso conjugal. Este engloba a duração do casamento, a qualidade e a satisfação conjugal. Um casamento estável, com qualidade relacional, e em que os cônjuges estão satisfeitos, é considerada uma relação de sucesso (Narciso, 2001).

Importa, ainda, clarificar dois conceitos ao nível da conjugalidade: a funcionalidade e a emocionalidade conjugal. Um casal pode ter um óptimo funcionamento relacional, concordando, por exemplo, com as estratégias da parentalidade, tendo uma resolução eficaz de conflitos, gerindo eficazmente as tarefas domésticas e os aspectos financeiros, etc. No entanto, os parceiros não se sentem próximos emocionalmente e estão insatisfeitos. Por outro lado, noutro casal, marido e mulher podem discutir frequentemente sobre a educação dos filhos, sobre a gestão doméstica ou financeira, mas sentir uma forte ligação emocional com um elevado nível de expressão afectiva, e estando satisfeitos com a sua relação (Hendrick e Hendrick, 1997).

Vejamos, então, de forma sucinta, a teoria dos sete princípios de um casamento feliz segundo Gottman e Silver (2001).

De acordo com Gottman e Silver (2001) *“Os casais felizes [ou emocionalmente inteligentes] não são pessoas mais espertas, mais ricas, ou mais astutas (...). O que se passa é que, nas suas vidas diárias adquirem uma dinâmica que impede os pensamentos e os sentimentos negativos de um pelo outro (que todos os casais têm) se sobreporem aos positivos”* (p.15). Uma das chaves para o casal alcançar este aspecto é possuir uma amizade sólida e profunda, que serve de escudo protector contra o negativismo. Segundo os mesmos autores, esta amizade engloba o respeito e o apreço mútuo pela companhia um do outro.

Estes autores referem que os casamentos são infelizes quando, pelo menos, um dos sete princípios por eles referidos está em falta.

O primeiro princípio - ampliar os seus mapas de amor - engloba o conhecer intimamente o parceiro e manter-se actualizado sobre os seus gostos, alegrias, sonhos, preocupações, situações causadoras de stress, etc.

O segundo - alimentar a ternura e admiração – implica que a existência destes dois aspectos constitui um antídoto para o desprezo, o qual, segundo os mesmos autores, é corrosivo para a relação conjugal. Desta feita, é importante incentivar os sentimentos positivos.

O terceiro - virar-se um para o outro em vez de se virarem de costas – implica o envolvimento emocional, o estar atento ao outro. De acordo com Gottman e Silver (2001) “*a atenção constitui a base da ligação emocional, do romance, da paixão e de uma vida sexual saudável*” (p.92). Esta atenção vai até aos pormenores do dia-a-dia.

O quarto princípio consiste em deixar-se influenciar pelo parceiro. Gottman e Silver (2001) referem que as probabilidades de divórcio são inferiores nos homens que se deixam influenciar pelas suas mulheres, comparativamente com os que resistem a tal influência. Dados estatísticos demonstram que existe a probabilidade de 81% do casamento se destruir quando um homem não permite a partilha do poder com a parceira.

O quinto princípio é o resolver os problemas com solução. De acordo com os autores anteriormente citados, um casal deve, na maneira como suscita um problema ou conflito, fazê-lo de uma forma suave, aprender a fazer e a aceitar tentativas de reparação (esforços que os casais fazem para diminuir a tensão numa discussão), auto e heterotranquilizarem-se, estabelecer compromissos e serem tolerantes com os defeitos um do outro.

O sexto princípio consiste em ultrapassar o impasse. Este impasse surge quando os sonhos ou desejos de um são recalcados. É, desta forma, importante exteriorizá-los e trabalhá-los com o parceiro.

Por fim, o sétimo princípio consiste em criar um significado partilhado. Este significado partilhado engloba os rituais familiares, os papéis na vida, os objectivos pessoais e os símbolos partilhados. Segundo Gottman e Silver (2001), quanto maior for o significado partilhado, mais profunda, enriquecedora e gratificante será a relação e mais fortalecida será a amizade conjugal. Noller, Beach e Osgarby (1997) corroboram esta ideia ao afirmar que o desenvolvimento de uma história conjugal positiva partilhada é um importante preditor da satisfação conjugal.

### 2.3 Factores Influentes na Satisfação e Qualidade Conjugal

De acordo com Narciso (2001), podemos considerar três tipos de factores influentes na satisfação e qualidade conjugal. Os primeiros são centrípetos, pois geram a relação e por esta são directamente gerados. Englobam processos operativos ou comportamentais, que reflectem o funcionamento conjugal e incluem a comunicação, os conflitos e o controlo relacional; os processos cognitivos tais como os pressupostos e padrões, as percepções, as atribuições e as expectativas, que influenciam a relação e são influenciados por ela; e os processos afectivos que são o amor, a intimidade e o compromisso.

O segundo tipo de factores são os centrífugos que são mais periféricos à relação. Englobam os factores contextuais tais como a família de origem, a rede social, o trabalho e as características demográficas contextuais, e os factores pessoais que

incluem, por exemplo, os padrões de vinculação, características da personalidade e aspectos demográficos individuais.

O último tipo de factores será o factor tempo ou percurso de vida conjugal (Narciso, 2001; Narciso et al, 2002), incluindo-se, aqui, o tempo e namoro, tempo de casamento, etapas normativas do ciclo de vida e situações não normativas.

### *2.3.1 Factores Centrípetos*

#### *2.3.1.1 Processos Cognitivos*

Baucom, Epstein, Sayers e Sher (1989) abordam cinco categorias de cognições que influenciam a satisfação conjugal: as percepções, as atribuições, as expectativas, os pressupostos e padrões. Serão sobre estes cinco processo cognitivos que falaremos de seguida.

As percepções, segundo Baucom et al (1989), são os aspectos da informação disponível numa situação, nos quais um indivíduo repara e enquadra em categorias que lhe são significativas. Estas percepções são susceptíveis à atenção selectiva devido a aspectos como a fadiga, estados emocionais, etc. Num estudo de Jacobson e Moore (1981, citados por Baucom et al, 1989) verificou-se que, num casamento, os dois parceiros discordavam em mais de metade das vezes sobre se um acontecimento tinha ocorrido ou não num determinado dia. Sabe-se também que casais mais satisfeitos concordam mais neste aspecto que os menos satisfeitos. Nos casais felizes, os cônjuges desenvolvem percepções muito positivas do outro e da sua relação conjugal,

contrariamente aos casais infelizes em que predominam percepções negativas (Halford et al, 1997; Narciso, 2001).

As crenças sobre a natureza do mundo, a sua natureza e como deveria ser, são para Baucom et al (1989), respectivamente, os pressupostos e padrões. Segundo estes autores, um indivíduo desenvolve pressupostos sobre as características do cônjuge assim como da maneira de se relacionar com este. Os pressupostos precisos permitem ao indivíduo guiar a compreensão e interacção com o cônjuge, enquanto os imprecisos provocam respostas disfuncionais aos problemas conjugais. Por outro lado, os padrões envolvem as crenças que um indivíduo acredita que o seu cônjuge e a sua relação devem ter. Estes só se tornam problemáticos se forem demasiado rígidos, incompatíveis entre o casal, irrealistas, levando a uma menor satisfação conjugal (Baucom et al, 1989; Narciso, 2001).

Verificamos, então, que as crenças de um casal podem influenciar a satisfação conjugal, uma vez que se referem às percepções relativamente aos cônjuges e à relação (Halford et al, 1997). De acordo com Fincham, Bradbury e Scott (1990) e Noller et al (1997), a correspondência ou similaridade entre as crenças dos membros do casal (ex: ingredientes de um bom casamento tais como amor, comunicação, fidelidade) é mais importante para a satisfação conjugal, que as crenças em si. No entanto há que salientar que apesar de poder haver diferenças elevadas em determinados tópicos, se a sua importância para o casal for reduzida, o impacto será menor. Também, como o decorrer dos anos, é possível que muitas das diferenças se atenuem com a convivência do casal.

Noller et al (1997) referem, ainda, que as crenças irracionais sobre o casamento distinguem casais felizes daqueles com relações “doentes”. Temos como exemplos: qualquer desacordo é destrutivo, o parceiro deve adivinhar os pensamentos e desejos do

outro, o cônjuge nunca pode mudar, etc. Como se pode entender, estas crenças vão interferir no lidar com as diferenças, essencial a todos os casais.

Fincham et al (1990) e Hojjat (1997) corroboram esta opinião ao afirmar que as crenças irracionais levam ao sofrimento de uma relação e estão inversamente relacionadas com a satisfação conjugal.

As atribuições são as explicações ou causas que os cônjuges dão para os eventos conjugais (Baucom et al, 1989; Fincham et al, 1990). Vários são os autores, que, em diversos estudos, verificaram que as atribuições estão relacionadas com a satisfação conjugal e influenciam o comportamento dos cônjuges (Baucom et al, 1989; Fincham et al, 1990; Fincham e Bradbury, 1993; Karney, Bradbury, Fincham e Sullivan, 1994; Fincham, Harold e Phillips, 2000).

Num casal insatisfeito, as atribuições perante um evento conjugal negativo são centradas no comportamento do parceiro como sendo intencional, egoísta, culpado e o impacto dos aspectos positivos é minimizado face aos negativos. Hojjat (1997) afirma que os casais insatisfeitos atribuem o comportamento negativo do parceiro a características da personalidade imutáveis e os comportamentos positivos a variáveis ocasionais e temporárias. Gottman (1993) acrescenta, ainda, que os comportamentos positivos são atribuídos a causas pontuais, enquanto os negativos são atribuídos a aspectos da personalidade estáveis e globais do parceiro. Para os casais satisfeitos, parece ocorrer o padrão oposto.

Segundo Fincham et al (2000), as atribuições que acentuam o impacto dos eventos negativos de uma relação em detrimento dos positivos, estão associadas a uma menor satisfação conjugal. Neste estudo, verificou-se que a associação entre as atribuições

numa fase inicial e a satisfação conjugal num tempo posterior era significativa para as mulheres e os maridos.

Weiss e Heyman (1997) corroboram também a ideia de que a presença de atribuições negativas, num primeiro tempo, prediz uma satisfação conjugal baixa num segundo tempo.

Por outro lado, Noller et al (1997) afirmam que a realização de atribuições positivas relativamente à responsabilidade no conflito leva a padrões de interacção mais saudáveis ao longo do tempo. Os casais satisfeitos manifestam desejo de resolver os seus problemas de forma positiva e eficaz e querem ouvir e compreender o ponto de vista do outro.

Além do referido também as expectativas que um membro do casal tem em relação ao outro podem ser preditivas da satisfação conjugal. Se elas forem maioritariamente negativas, a satisfação será baixa (Noller et al, 1997).

As expectativas podem, ainda, ser divididas em expectativas de resultado (expectativas das consequências de certos comportamentos), ou expectativas de eficácia (crenças que determinadas actividades vão ser bem realizadas), segundo Noller et al (1997). Fincham et al (1990) acrescentam que as expectativas de eficácia promovem uma boa resolução de problemas e, conseqüentemente, aumentam a satisfação conjugal. Noller et al (1997) e Fincham et al (2000) corroboram também o que foi dito. Ainda Weiss (1984, citado em Noller et al, 1997), mostrou que as expectativas dos cônjuges para as suas interacções prediziam as interpretações e as repostas aos acontecimentos.

### *2.3.1.2 Processos Operativos*

Os processos operativos ou comportamentais referem-se, sobretudo, a aspectos relacionais que interferem directamente na operatividade ou funcionalidade da relação, ainda que, inevitavelmente, não possam ser dissociados de componentes afectivos e cognitivos. Assim, consideram-se processos operativos a comunicação, os conflitos e sua resolução, e o controlo relacional (Narciso, 2001)

Relativamente à comunicação, verifica-se que, num casal satisfeito, esta é eficaz e, sobretudo, positiva. Num casal insatisfeito, a comunicação é pouco clara, tende a gerar falsas interpretações e a ser pouco empática.

De acordo com Gottman e Silver (2001), podemos encontrar, na comunicação, seis indicadores de mau prognóstico para a relação. O primeiro é o arranque abrupto que consiste numa discussão que começa com tom negativo e sobe rapidamente de tom. De seguida, num segundo indicador, temos os quatro cavaleiros: a crítica destrutiva (ocorrendo ataque à personalidade do cônjuge, ameaçando a sua auto-estima), o desprezo (podendo englobar o cinismo e o sarcasmo, ameaçando também a auto-estima do outro), a atitude defensiva (recusa em assumir responsabilidades, lamentação e queixumes persistentes) e muro de silêncio (evitar a comunicação e a expressão de emoções). Em terceiro lugar, temos a fervura que pode ser manifestada pela hostilidade. Depois surge o quarto sinal - a linguagem corporal - aumento da tensão arterial, frequência cardíaca, adrenalina, entre outros, que podem levar à luta ou à fuga. O quinto refere-se às tentativas de reparação falhadas que, como vimos anteriormente, são os esforços que os casais fazem para diminuir a tensão de uma discussão. Por vezes, se os casais se deixarem dominar pelos quatro cavaleiros, mas tiverem sucesso nas tentativas

de reparação, são capazes de minimizar as consequências dos primeiros, segundo Gottman e Silver (2001). Por fim, existem as más memórias, que consistem na dificuldade que o casal manifesta em rever e recordar aspectos positivos do início da relação.

A comunicação eficaz está associada à satisfação conjugal enquanto a comunicação destrutiva está associada ao sofrimento e divórcio (Fincham e Beach, 2002; Lindahl, Malik e Bradbury, 1997; Russell-Chapin, Chapin e Sattler, 2001; Wilson et al, 1997). Ainda, Litzinger e Gordon (2005) abordam e confirmam, no seu estudo, a forte correlação existente entre comunicação e satisfação conjugal. É referido, neste estudo, que casais não satisfeitos têm uma comunicação menos positiva, uma comunicação mais exigente/evitante e mais conflito ou distância psicológica que casais que não estão em sofrimento. No entanto, estes autores afirmam que as competências na comunicação não são suficientes para determinar a felicidade conjugal e que outros factores a podem influenciar, como por exemplo as crenças em como uma relação deve ser.

Segundo Moore, Jeckielek, Bronte-Tinkew, Guzman, Ryan e Redd (2004), num casamento saudável, a natureza e a qualidade da comunicação são mais importantes que a quantidade (embora alguma quantidade seja necessária), sendo que a qualidade pode manifestar-se pelo respeito, compromisso e humor.

A comunicação construtiva pode ser facilitada pela capacidade do cônjuge perdoar o parceiro. Não implica apenas a não retaliação mas uma abordagem onde existe envolvimento nos assuntos e uma capacidade de escuta cuidada (Fincham e Beach, 2002). O perdão é essencial num casamento, pois os cônjuges magoam-se muitas vezes mutuamente. Se não existir essa capacidade de perdão, a negatividade pode subir em escalada com consequentes níveis de agressão.

Todos os casais têm conflitos durante o seu casamento. Segundo Veroff, Young e Coon (1997), um conflito não implica necessariamente insatisfação conjugal nem o divórcio. Pode até intensificar a intimidade e ser indicativo de um funcionamento positivo. Logo, o importante não é a presença de conflitos mas a maneira como estes são resolvidos (Halford et al, 1997; Lindahl et al, 1997; Moore et al, 2004; Shackelford e Buss, 1997; Veroff et al, 1997).

Levinger e Huston (1990) descrevem cinco estilos de resolução de conflito. O primeiro consiste em evitar a discussão de uma diferença. Algumas diferenças são inócuas, enquanto outras podem provocar uma tensão cada vez maior e não resolvida. Segundo os autores, por ser difícil distinguir as pequenas das grandes diferenças, este estilo pode levar à má preparação do casal para resolver problemas de maior importância.

A submissão ao outro é um segundo estilo possível. Pode ser útil quando um indivíduo se sente inseguro, quer provar ser razoável ou, ainda, quando quer preservar a harmonia. Deve ser realçado que se este estilo se tornar crónico, o poder de influência e o respeito podem perder-se.

A afirmação/argumentação é o oposto do estilo anterior. Apesar de ser assertivo, não é cooperativo, pretende ganhar o ponto de vista e ter controlo sobre a situação. Pode ser útil em situações onde a tomada de decisão tem de ser rápida. Por outro lado, pode levar a uma escalada do conflito ou à supressão de pontos de vista.

A concessão mútua/acordo corresponde a um estilo mais assertivo que os dois primeiros e mais cooperativo que o primeiro e terceiro. Este estilo implica uma divisão das diferenças, mas muitas vezes não faz justiça às duas partes.

Por fim, o estilo colaborativo implica a preocupação pelos pontos de vista dos dois parceiros e o encontrar uma solução que se adequa a ambos. O objectivo é encontrar

uma solução melhor que apenas a divisão das diferenças. Este estilo promove uma maior criatividade e aceitação pelo casal. No entanto, demora mais tempo que os anteriores.

Klein e Johnson (1997) ao reportarem-se ao modelo da dupla preocupação (*dual concern model*) distinguem quatro tipos de estilos. O primeiro – a argumentação/afirmação – implica o ser agressivo e competitivo. O segundo – resolução de problemas - envolve ser cooperativo e discutir os assuntos, sendo criativo. O terceiro – a submissão – abrange o ser conciliatório e o ceder ao ponto de vista do outro. O quarto – a inação – compreende o ser passivo, evitando a confrontação. Estes quatro estilos vão de encontro à descrição feita por Levinger e Huston (1990), com excepção do estilo concessão mútua/acordo/compromisso. Neste modelo de Klein e Johnson (1997), pode haver preocupações com os próprios interesses e/ou com os interesses do outro. O primeiro estilo descrito tem uma elevada preocupação com os interesses próprios e baixa com os do parceiro, enquanto o segundo envolve elevada preocupação pelos dois interesses. O terceiro estilo envolve maior preocupação com o outro que consigo, enquanto o quarto implica uma baixa preocupação pelos interesses de ambos.

Complementando o que foi dito, Veroff et al (1997) que afirmam que há três principais formas de gerir um conflito: o envolvimento construtivo, o envolvimento destrutivo e o evitamento. O envolvimento construtivo é caracterizado por uma comunicação aberta e directa, enquanto o envolvimento destrutivo envolve um ataque ao parceiro, onde o criticismo e a hostilidade estão presentes. O último é representado pelo ignorar ou negar o problema. De uma forma geral, o envolvimento positivo promove novas compreensões da relação, contrariamente aos outros.

Crohan (1988 e 1992, citado por Veroff et al, 1997) acrescenta que as próprias crenças relacionadas com os conflitos moderam a relação entre os conflitos em si e a

satisfação conjugal. O estudo deste autor revela que os casamentos onde ambos os parceiros acreditam que os desacordos se solucionam através das discussões, tinham níveis mais elevados de satisfação conjugal. Por outro lado, quando os dois cônjuges acreditavam que muitos desacordos não poderiam ser resolvidos, ou tinham crenças diferentes, a satisfação era inferior. Ainda, os comportamentos com ataques moderados (não extremos), num casal que acreditava que os desentendimentos eram saudáveis, estavam positivamente relacionados com o bem-estar conjugal. O mesmo não se verificava para casais que não tinham essas crenças.

A resolução de conflitos parece ser determinante para o futuro da relação. Segundo Notarius, Lashley e Sullivan (1997), a maneira de gerir os conflitos é determinante para o sucesso das relações e é um dos melhores preditores do divórcio.

Erbert e Duck (1997) defendem também que haver conflitos é importante. Face aos conflitos, a posição de evitamento ou acomodação é prejudicial, sendo que a escalada de um conflito pode ajudar à sua resolução e à construção de uma relação melhor. O facto dos casais aprenderem a encontrar soluções criativas para lidar com as tensões, em vez de as ignorar, ajuda no crescimento da sua relação.

Segundo Clements, Cordova, Markman e Laurenceau (1997) o que pode predizer o divórcio é a maneira como os conflitos são resolvidos e as diferenças geridas, e não as diferenças e os conflitos por si só, porque estes existem inevitavelmente em todas as relações. É também a maneira como as decisões são tomadas e não as decisões por si só. Se forem tomadas através de comportamentos destrutivos e negativos é mau prognóstico para a satisfação conjugal. Há três padrões de interação que podem criar problemas para os casais: a escalada, a retirada e a invalidação. No primeiro padrão, há um efeito de bola de neve nas interações negativas, sendo que a negatividade do primeiro leva à negatividade do segundo e assim sucessivamente num crescendo,

podendo atingir a violência física. No segundo padrão, um ou os dois parceiros evitam ou retiram-se do conflito para não haver confrontação. No terceiro padrão, um ou os dois membros tendem a atacar ou criticar o outro pessoalmente.

Em suma, constata-se que as discussões, os conflitos e a negatividade estão fortemente associadas à insatisfação conjugal, muito embora se verifique que o mais importante não é a presença de conflitos mas a maneira como são resolvidos.

O controle relacional pode ser observado em diferentes áreas da vida conjugal. Contudo, uma das principais áreas em que este controle, tradicionalmente, se reflete, é a dos papéis e a distribuição de poder e tarefas domésticas.

Os papéis conjugais são definidos como as expectativas de comportamento dos maridos e das mulheres (Duvall, 1977). Segundo o mesmo autor, os papéis atribuídos tradicionalmente pela sociedade ao marido são de fonte de rendimento e subsistência da família, parceiro sexual, confidente, companheiro, tomador das decisões e contabilista. Por outro lado, o papel tradicional da mulher consiste em manter a casa, cozinhar, lavar a roupa, passar a ferro, ser parceira sexual, confidente, companheira, secretária social e planificadora da família. Se estes papéis forem bem desempenhados, os cônjuges obtêm o respeito do parceiro e daqueles que conhecem bem o casal.

Muitos dos papéis dos cônjuges são sequenciais com a duração do casamento. Um homem primeiro é marido, depois pai aquando do nascimento dos filhos, de seguida sogro quando o filho se casa, ulteriormente avô, quando têm netos, e por fim viúvo se a sua mulher falecer. O mesmo sucede para a mulher (Duvall, 1977).

Os papéis conjugais são recíprocos. Isto significa que existem responsabilidades e direitos para cada cônjuge que são necessários para a manutenção de um casamento. No

entanto, estes papéis variam de casal para casal em função das suas singularidades, e consoante o tempo histórico e local geográfico.

Uma alteração de papéis tradicionais pode ter efeitos negativos ou positivos. No primeiro caso, existem mais conflitos e menor satisfação. No segundo caso, a distribuição mais igualitária de certas tarefas aliviam a sobrecarga provocada pela mesma e pode ser mais benéfica para o casamento (Kaufman e Taniguchi, 2006).

A distribuição equitativa de poder e de tarefas diárias é também importante para a satisfação conjugal (Levinger e Huston, 1990).

A distribuição tradicional de tarefas implicava o homem trabalhar fora de casa e ser o sustento da família e a mulher ser responsável pelas tarefas domésticas. Ora, na sociedade actual, a mudança de papéis de género interferiu com esta divisão já pré-estabelecida. Kaufman e Taniguchi (2006) complementam esta ideia da visão tradicional do homem como “ganha pão” e da mulher como dona de casa, com as correspondentes diferenças de poder. As visões mais igualitárias, não tradicionais, evidenciam a partilha das tarefas económicas e do cuidado, assim como da divisão do poder mais igualitária. Num estudo destes autores, os maridos com visões mais igualitárias referiam níveis mais elevados de satisfação conjugal. Para as mulheres, não se verificou relevância estatística nestas relações.

Segundo Veroff et al (1997), a equidade nesta distribuição é difícil de adquirir para muitos casais. Através de vários estudos realizados, apesar do avanço que a mulher fez no mundo do trabalho, o trabalho doméstico ainda está maioritariamente a seu cargo. Verifica-se que a quantidade de trabalho que a mulher pratica fora de casa não influencia a quantidade de trabalho doméstico que o marido tem. No entanto, a quantidade de trabalho que o marido tem fora de casa vai influenciar a quantidade de

trabalho doméstico da mulher. Desta forma, compreende-se como os conflitos sobre a divisão das tarefas são a maior fonte de tensão relatada pelos cônjuges recém-casados.

O autor acima referido acrescenta, ainda, que a iniquidade que muitas vezes se verifica é aceite pelos cônjuges e não é vista como injusta. Pina e Bengston (1993, citados por Veroff et al, 1997) afirmam que as expectativas da mulher relativamente ao envolvimento do marido nas tarefas domésticas e os significados que eles atribuem às contribuições para as mesmas, desempenham um papel moderador significativo entre a divisão do trabalho e o bem-estar individual e conjugal.

### *2.3.1.3 Processos Afectivos*

Nos processos afectivos, Narciso (2001) considera os sentimentos de amor e os processos relacionais de intimidade e compromisso

O amor é *“uma configuração complexa e dinâmica de sentimentos conscientes por um outro, a qual é indissociável do desejo físico-psicológico do outro, do desejo de mutualidade de sentimentos, e implica a redefinição do si como um si partilhado, onde os sentimentos e desejos do outro são cada vez mais os nossos.”* (Narciso, 2001: 243).

Numa fase inicial da relação, o amor pode ter características mais explosivas – a paixão -, sendo transformado posteriormente num sentimento de fundo, mas existindo sempre, em relações satisfeitas, a manifestação das primeiras características (Narciso et al, 2002).

A autora afirma que os sentimentos são uma potente área de força, sendo necessária uma acumulação excessiva de negatividade para que estes sejam afectados.

A paixão e o companheirismo, são componentes fundamentais do amor. No entanto é difícil manter a paixão elevada durante toda a relação se não forem feitos esforços mútuos nesse sentido. No referente ao companheirismo, segundo Hendrick e Hendrick (1997), as cortesias que normalmente se estendem aos amigos (comunicação, apoio, etc) devem ser tidas na relação conjugal, para manter a amizade activa. Desta forma, o amor paixão e o amor companheiro são os maiores preditores da satisfação conjugal segundo Hendrick e Hendrick (1997).

Os comportamentos de preocupação e ternura com o outro estão relacionados com a satisfação conjugal (Lindahl et al, 1997). Também Moore et al (2004) afirmam que sentimentos de confiança, carinho, amor e afecto físico são dimensões importantes de um casamento saudável. A afectividade positiva e negativa estavam relacionadas com a satisfação conjugal no estudo de Watson et al (2000). Os indivíduos mais activos, alegres e entusiásticos tendem a relatar relações mais próximas e satisfatórias, segundo o estudo destes autores.

A teoria triangular do amor de Sternberg (1986) defende a existência de três componentes fundamentais no amor saudável: a intimidade, a paixão e o comprometimento (Barnes e Sternberg, 1997; Russell-Chapin et al, 2001). A intimidade compreende a ligação e os sentimentos próximos que os membros do casal têm um pelo outro. A paixão refere-se às motivações e impulsos responsáveis pela atracção física e pela sexualidade. O comprometimento implica o decidir manter-se junto. Verifica-se, nalguns estudos, que a intimidade e a paixão são fortes preditores da satisfação conjugal enquanto o compromisso apenas contribui para a duração do casamento (Russell-Chapin et al, 2001). No entanto, há que considerar que o compromisso é, muitas vezes, apenas considerado na acepção de compromisso estrutural ou moral – correspondendo à

obrigação de continuar a relação -, e não na aceção de compromisso pessoal – correspondendo ao desejo de continuar a relação (Narciso, 2001).

O amor é um dos mais importantes preditores da satisfação conjugal, sendo que uma das maneiras de se manter satisfeito é “manter a chama do amor acesa” (Hendrick e Hendrick, 1997).

Além do amor, a intimidade é um aspecto que pode condicionar a satisfação conjugal. Segundo Narciso (2002), a intimidade inclui componentes relacionais de conteúdo - auto-revelação/partilha, confiança, apoio emocional, interdependência, e mutualidade -, e dois componentes-contorno que definem a natureza da intimidade romântica – o amor e a sexualidade.

Patrick, Sells, Giordano e Tollerud (2007) definem intimidade como sendo o nível de proximidade de um casal, a sua partilha de ideias, valores e actividades, as manifestações de afecto físico, incluindo sexualidade e o conhecimento um do outro. Cook e Jones (2002) dizem que é a complexa “proximidade entre duas pessoas no corpo, mente e alma” (p.916).

A satisfação parece ser mais elevada em casais com elevados níveis de intimidade, assim como os casais com alta intimidade têm maior capacidade de se adaptar às mudanças e conflitos que surgem numa relação.

Reis e Shaver (1988) propõem um modelo do processo de intimidade. Este modelo pretende explicar a comunicação entre a díade conjugal, que contribui para a proximidade e conexão. A intimidade ocorre entre dois indivíduos A e B, que se influenciam mutuamente, através de sentimentos e comportamentos, ao longo do tempo. A intimidade é influenciada por motivos, objectivos e medos e pode ser procurada pelo desejo de afecto, compreensão, validação, partilha de sentimentos, sentimento de

solidão, atracção sexual, entre muitos outros. Pelo contrário, a fuga da intimidade verifica-se quando existem os medos da exposição, do abandono, de ataques furiosos, da perda de controlo, etc. Sabe-se que estes motivos são flutuantes e que vão influenciar a exposição/revelação da intimidade por parte do indivíduo.

De acordo com os mesmos autores, a revelação de desejos pessoais e emoções é mais importante para o desenvolvimento da intimidade que a revelação de meros factos. Esta ideia é corroborada por Laurenceau, Barrett e Rovine (2005). Esta exposição dá oportunidade ao indivíduo que recebe a informação, de a validar ou mostrar ternura e compreensão para com o parceiro. Segundo Fitzpatrick (1986, citado em Reis e Shaver 1988), num casamento, quando os cônjuges se começam a conhecer, a comunicação de sentimentos, contrariamente aos factos, é determinante na satisfação conjugal. Esta comunicação pode ser, evidentemente, verbal e não verbal e pode, por mais simples que seja, permitir uma resposta do parceiro que revele apoio e aprovação.

A satisfação de um casal é aumentada quando este lida bem com a auto-revelação, confiança e conflito. A revelação e partilha de sentimentos, especialmente os positivos, ao parceiro e a sua receptividade, aceitação e compreensão por parte do outro, são aspectos fundamentais para a construção e manutenção da intimidade (Levinger e Huston, 1990).

A auto-revelação e a partilha permitem que o casal se exponha um ao outro, e revele informações sobre sentimentos, pensamentos, esperanças, filosofia de vida, projectos, entre outros. Esta revelação pode ser feita através do verbal e do não-verbal (olhar, toque, proximidade física, etc). Estes aspectos são fundamentais para enriquecer a identidade do casal, ou como diz Gottman e Silver (2001) “ampliar os mapas de amor”.

A intimidade envolve, igualmente, o apoio emocional, o qual parece ser absolutamente fundamental para a satisfação conjugal (Purdom, Lucas e Miller, 2006; Patrick et al, 2007; Vinokur e Vinokur-Kaplan, 1990). Apoio emocional implica que cada um dos cônjuges se sinta compreendido, validado, objecto de preocupação e cuidados, e uma conexão próxima emocional e, muitas vezes, física com o outro. Engloba também diminuir as atitudes defensivas, relaciona-se com o princípio de Gottman e Silver (2001) “virar-se um para o outro em vez de se virarem de costas”, pois abrange um envolvimento emocional, uma empatia e o estar atento ao outro.

Manne, Ostroff, Norton, Fox, Goldstein e Grana (2006) acrescentam que quando os parceiros respondem a um evento positivo de uma forma compreensiva, o cônjuge sente-se mais próximo, mais íntimo e, de uma forma geral, mais satisfeito com a relação, do que quando a resposta é realizada de forma contrária. Segundo estes autores, pode haver quatro formas de acolher um evento positivo: a activa-constructiva (apoio entusiástico), passiva-constructiva (reacção de apoio quieta e sossegada, apenas de compreensão), activa-destrutiva (rebaixar ou humilhar o evento) ou passiva-destrutiva (ignorar o evento). Apenas quando as respostas são do primeiro tipo é que os cônjuges sentem maior intimidade e confiança, têm maior satisfação conjugal e reportam menos conflitos.

A intimidade envolve, também, o partilhar um comportamento vulnerável com o parceiro e este apoiá-lo, aceitá-lo e compreendê-lo. Como a intimidade envolve níveis crescentes de exposição e vulnerabilidade, os parceiros íntimos estão mais susceptíveis a serem magoados um pelo outro (Mirgain e Cordova, 2007). Podemos realizar um paralelismo com os indivíduos ostomizados, onde a vulnerabilidade física e emocional está presente, tendo eles, por isso, comportamentos de não revelação e partilha por medo de serem magoados.

O desenvolvimento da intimidade depende, também, da existência de confiança mútua na relação conjugal (Narciso, 2002). A confiança, segundo Levinger e Huston (1990), revela-se, muitas vezes, na capacidade que um cônjuge tem de demonstrar que é capaz de colocar os interesses do outro à frente dos seus.

Desta forma, a confiança pode ser definida, segundo Narciso (2002), por um lado, pelo acreditar na eficácia da relação, e, por outro lado, pela convicção de que o comportamento do parceiro é consistente (observação da repetição de comportamentos positivos), e que as suas características, intenções e comportamentos são essencialmente positivos e assim se manterão ao longo do tempo.

O apoio emocional é um dos factores relacionados com a intimidade que também contribui para a satisfação conjugal. Existem vários estudos que comprovam esta correlação (Vinokur e Vinokur-Kaplan, 1990; Purdom et al, 2006; Patrick et al, 2007). No estudo de Vinokur e Vinokur-Kaplan (1990), verifica-se que a quantidade de apoio que o marido sentia ter da mulher, assim com o inverso eram importantes *factores* da satisfação conjugal. A mulher que se sente apoiada acredita que a relação tem menos problemas e os superará mais facilmente.

As mulheres têm uma rede maior e recebem apoio de várias fontes, contrariamente aos maridos, que tendem a depender da sua mulher, preferencialmente segundo Antonucci e Akiyama (1987, citados em Vinokur e Vinokur-Kaplan, 1990).

No estudo de Purdom et al (2006) constatou-se que à medida que o apoio social aumentava, assim aumentava a satisfação conjugal, sendo que casais que referiam ter um apoio social baixo, relatavam um menor nível de satisfação conjugal.

Acredita-se que o apoio social protege contra os *stressores* externos, aumentando a qualidade conjugal, o bem-estar e o funcionamento individual (menor stress e depressão). Segundo Purdom et al (2006) o apoio social do cônjuge contribui para níveis mais elevados de intimidade que, como sabemos, contribui para a satisfação. Segundo estes autores, o apoio pode ser revelado através de comportamentos positivos ou negativos. A maior frequência dos primeiros relativamente aos segundos está associada à satisfação conjugal.

O apoio emocional propicia o sentir-se amado, compreendido, valorizado e respeitado, sentir-se cuidado, protegido pelos outros. Relaciona-se com o princípio de Gottman e Silver (2001) “virar-se um para o outro em vez de se virarem de costas” pois abrange um envolvimento emocional, uma empatia e o estar atento ao outro.

A mutualidade, outro componente da intimidade, segundo Narciso (2002), pressupõe um envolvimento comum numa realidade conjugal partilhada, promovendo uma identidade de casal elevada, ou seja, o sentido de “nós”, o que envolve, de acordo com Gottman e Silver (2001), a criação de um significado partilhado. Os casais com mais semelhanças entre si, têm mais facilidade em estabelecer a mutualidade, (Narciso, 2002). Um aspecto facilitador da mutualidade é a equidade. Esta consiste no equilíbrio entre os contributos e os benefícios recebidos da relação, o que implica uma relação entre intimidade e poder. As relações onde existe mais equidade revelam maior satisfação conjugal (Narciso, 2002).

A interdependência equaciona a pertença e a autonomia dos indivíduos na relação conjugal (Narciso, 2002), constituindo, pois, um importante elemento da intimidade. Refere-se à (in)dependência mútua em relação ao apoio, recursos, compreensão e

ações, de maneira a envolver duas vidas com fronteiras individuais pré-existentes. É fundamental que um casal estabeleça um equilíbrio entre estes dois aspectos para conseguir uma satisfação elevada.

A sexualidade é um dos aspectos que muito interfere quer na satisfação conjugal, quer na estabilidade conjugal (Lindahl et al, 1997). A maioria dos casamentos terá problemas sexuais a determinada altura (Heiman e Verhulst, 1990).

Vários autores relatam a associação da satisfação sexual com a satisfação conjugal (Duvall, 1977; Litzinger e Gordon, 2005; Spence, 1997). Existe uma correlação positiva entre estas duas variáveis segundo os estudos de Fields (1983), Henderson-King e Veroff (1994), Kumar (1986) e Trudel (2002) e Donnelly (1994) citados por Litzinger e Gordon (2005).

Duvall (1977) acrescenta que uma satisfação conjugal elevada está associada a uma alta satisfação sexual, enquanto a insatisfação sexual está associada a relações conjugais mais infelizes. Spence (1997) corrobora tal facto, afirmando que os casais que reportam maior satisfação conjugal, habitualmente também reportam elevada satisfação sexual. Do mesmo modo, o autor refere que a grande maioria dos casais que procuram ajuda para os problemas conjugais, referem problemas sexuais.

Litzinger e Gordon (2005), no seu estudo, referem que existe uma interacção significativa entre a comunicação e a satisfação sexual na determinação da satisfação conjugal. Se um casal tiver uma boa comunicação, a satisfação sexual não contribui significativamente para a satisfação conjugal. No entanto, se o casal tiver dificuldades na comunicação, terá maior satisfação conjugal se a satisfação sexual for elevada (do que se não for).

Completando o que foi dito, Heiman e Verhulst (1990) mencionam também que a satisfação com as relações sexuais melhora, muitas vezes, pela melhoria da própria relação conjugal em si. Apesar de muitos indivíduos reportarem problemas sexuais, consideram a sua vida sexual satisfatória.

Muitos dos factores que influenciam a satisfação conjugal, influenciam também a satisfação sexual. Estes factores são a comunicação, a intimidade, assim como os sentimentos e atitudes para com o parceiro.

Existem outros aspectos que também influenciam a satisfação sexual como, por exemplo, as circunstâncias familiares (presença de crianças pequenas na família, desemprego, trabalho excessivo, etc.), estados de bem-estar psicológicos alterados tais como ansiedade, depressão e fadiga e atitudes, pensamentos e crenças. Segundo Spence (1997), as crianças vão influenciar a frequência e a satisfação das relações sexuais dos pais. No que respeita ao último aspecto, tal como vimos anteriormente para a satisfação conjugal, também para a satisfação sexual, as crenças, pensamentos e atitudes irracionais e desadaptadas têm sido associadas a problemas sexuais.

Por fim, dentro dos processos afectivos existe o compromisso que se refere ao desejo e decisão de continuar a relação. Podemos considerar três tipos de compromisso: o compromisso estrutural que está relacionado com as pressões ou constrangimentos externos e o indivíduo sente que tem de manter a relação; no compromisso moral, o indivíduo sente que deve continuar a relação e está associado a crenças e valores que obrigam à manutenção da mesma; por fim, no compromisso pessoal, o indivíduo deseja continuar a relação. Este desejo de continuidade traduz a satisfação com o parceiro e relação e implica um investimento pessoal na relação (Berscheid e Lopes, 1997; Narciso

et al, 2002). A experiência do indivíduo, juntamente com estes três tipos de compromisso, influencia a sua decisão de manter ou não a relação.

O comprometimento e preocupação do casal, o querer perseverar quando ocorrem dificuldades, o ter uma perspectiva a longo prazo da relação e a fidelidade são características de um casamento saudável (Moore et al, 2004).

### *2.3.2 Factores Centrífugos*

#### *2.3.2.1 Factores Pessoais*

Segundo vários estudos realizados, tem-se constatado que as características da personalidade de um cônjuge bem como os seus valores e atitudes vão influenciar o seu comportamento e o do seu parceiro e, conseqüentemente, a satisfação conjugal.

Os casais com diferentes valores ou atitudes podem ter mais dificuldades pois vêm os eventos de pontos de vista distintos. Desta forma, verifica-se que as semelhanças de valores, religião, raça, idade, motivos para estar casado, capacidades cognitivas, formas de resolução de problemas são essenciais para a satisfação conjugal. Segundo um estudo destes autores, à medida que as diferenças de identidade aumentam, a satisfação conjugal da mulher tem tendência a diminuir. Estes dados suportam a ideia que as mulheres são mais afectadas pela semelhança de estilos de identidade. Contrariamente, para os maridos, não se verificou relação significativa (Berscheid e Lopes, 1997; Cook e Jones, 2002).

Apesar de Levinger e Huston (1990) afirmarem que não existe uma sólida evidência que certos tipos de personalidade têm casamentos mais harmoniosos que outros, outros autores têm uma visão contrária, que passaremos a explicar.

Para Bouchard, Lussier e Sabourin (1999, citados em Whisman, Uebelacker, Tolejko, Chatav e Mackelvie, 2006) e Narciso (2001), no modelo das cinco grandes características da personalidade, a extroversão (vs introvertido, submisso), a amabilidade (vs frio ou desconfiado), a responsabilidade (vs não confiável e desorganizado), o neuroticismo (vs estabilidade emocional) e a abertura à experiência (imaginação, intelecto ou cultura) estariam associados à satisfação conjugal.

Segundo Narciso (2001), nos factores pessoais incluem-se, também, as competências sócio-afectivas que podem influenciar de forma positiva ou negativa a satisfação conjugal. Estas competências englobam o auto-conhecimento, a auto-estima, a empatia, a tolerância à frustração e ao stress, o auto-controlo, a assertividade, o realismo, a flexibilidade, a resolução de problemas e a gestão de relações. Facilmente compreendemos como estas competências vão interferir na conjugalidade. Por exemplo, a empatia ajuda-nos a compreender a posição e os sentimentos do outro enquanto a tolerância à frustração e ao stress e o auto-controlo são fundamentais para o controlo dos conflitos. A flexibilidade e uma boa gestão de relações com capacidades de cooperação e negociação são muito importantes para lidar com as diferenças individuais.

Por outro lado, Mirgain e Cordova (2007) referem que as capacidades emocionais (manifestações das emoções através dos comportamentos) estão relacionadas com a intimidade e a satisfação conjugal. Um indivíduo com capacidades pobres manifesta a sua mágoa ao outro com retaliação, retirada da interacção, postura defensiva, hostilidade e evitamento. Contrariamente, se um indivíduo tiver capacidades adequadas, revela-se através da auto-revelação/partilha, comunicação emocional confiante e assertiva, procura de reparação, interacção positiva, perdão, atribuições que valorizam a relação. As segundas promovem a intimidade e, conseqüentemente, a qualidade conjugal.

Um outro aspecto importante dos factores pessoais é a religião. No estudo de Norgren et al (2004), constatou-se que a totalidade dos casais satisfeitos era praticante de uma religião, enquanto entre os insatisfeitos, a maioria (61%) não era praticante. O facto da maioria dos casais satisfeitos deste estudo serem católicos praticantes pode indiciar que estes valorizam a sua religião e assumem o casamento como sacramento indissolúvel, e se comprometam nos momentos fáceis e difíceis da relação. Feeney, Noller e Ward (1997) explicam que a religião é preditiva da satisfação conjugal, pelo facto de fornecer um sistema de valores que promove os comportamentos positivos e a família.

### *2.3.2.2 Factores Contextuais*

#### *2.3.2.2.1 Rede social e família de origem.*

Narciso (2001) relata que a rede social dos amigos pode influenciar positiva ou negativamente a relação conjugal. O número de amigos comuns, a sua aprovação da relação e a sua própria satisfação conjugal são factores que influenciam positivamente a relação e a satisfação conjugal, sendo que o contrário também se verifica. Segundo esta autora, a aprovação e apoio dos amigos influenciam positivamente o desenvolvimento e manutenção da relação amorosa, sendo que a sua reprovação afecta negativamente a mesma (a nível da atracção mútua, compromisso pessoal, redução da incerteza em relação à escolha do parceiro, etc). Verifica-se, também, que quando há maior partilha de amigos, os cônjuges parecem ficar mais satisfeitos com a relação (Narciso, 2001; Patrick et al, 2007).

A aprovação da família de origem, a felicidade conjugal dos pais, o nível baixo de conflito com os pais e a nitidez das fronteiras familiares estão igualmente associados a um maior ajustamento conjugal (Narciso, 2001).

Para Veroff et al (1997), os comportamentos presentes e passados das famílias de origem e dos casais amigos servem de modelos de casamento ao casal recém-formado, fornecendo muitas normas de como um marido e uma mulher enquanto casal se devem comportar e sentir.

#### *2.3.2.2.2 O trabalho.*

Também o trabalho é um factor que pode interferir na satisfação conjugal, pois pode afectar o casamento de várias maneiras (Veroff et al, 1997). O stress e o mau temperamento trazido do local de trabalho podem influenciar a vida do casal. O facto dos dois membros do casal trabalharem e serem o sustento da família (contrariamente ao passado onde esse papel era apenas atribuído ao homem), pode, também, de acordo com o autor acima referido, actuar na satisfação conjugal. Vemos, então, que a satisfação com o trabalho tem potenciais consequências para o casamento, assim como o contrário também se pode verificar, para algumas pessoas. Por outro lado, no estudo de Jose e Alfons (2007), verifica-se que as mulheres que estão empregadas têm maior satisfação que as que são domésticas.

Relacionado com o trabalho temos a reforma. A reforma influencia a satisfação conjugal, no entanto, os resultados de vários estudos têm sido variados. Segundo um estudo de Lee e Shelan (1989, citado em Patrick et al, 2007), a satisfação não aumenta ou diminui para todos os casais, mas baixa apenas nos casos em que as mulheres continuam a trabalhar depois da reforma dos maridos. Por outro lado, Kaufman e

Taniguchi (2006) defendem que o efeito da reforma na satisfação também depende da idade ou dos papéis tradicionais. Os casais que se reformam mais cedo reportam mais satisfação que os que o fazem mais tarde. Esta ideia relaciona-se com o facto de os cônjuges poderem estar mais tempo juntos e serem capazes de aproveitá-los melhor em diferentes actividades, pois ainda estão activos.

#### *2.3.2.2.3 Aspectos demográficos.*

Há certos factores demográficos que foram estudados por Lindahl et al (1997) como sendo preditores da satisfação conjugal. Estes autores referem que quanto mais baixo o estatuto sócio-económico, menor a qualidade conjugal e maior o risco de divórcio. A empregabilidade e o rendimento também influenciam positivamente (se maiores) a satisfação.

A idade ao casar é outro aspecto relevante. Se, ao casar, pelo menos um dos membros do casal for muito jovem, tal pode condicionar a satisfação conjugal, sendo que uma idade mais avançada está associada a uma maior satisfação conjugal (Cook e Jones, 2002; Lindahl et al, 1997; Wilson et al, 1997).

O nível de educação revela resultados contraditórios nos estudos realizados. Kaufman e Taniguchi (2006) e Feeney e tal (1997) verificaram que as mulheres mais felizes no seu casamento tendiam a ter níveis mais elevados de educação.

#### *2.3.3 Factor Tempo ou Percurso de Vida*

O nível de satisfação conjugal varia também com o número de anos do casamento.

O facto de um casal permanecer muito tempo junto não significa obrigatoriamente satisfação, sendo, por isso, importante distinguir entre satisfação e estabilidade. Segundo Norgren et al (2004), podem existir casamentos estáveis e não necessariamente satisfatórios, que se mantêm pelas mais variadas razões. Lindahl et al (1997) acrescentam que a duração de um casamento está negativamente correlacionada com a satisfação conjugal mas positivamente com a estabilidade. A capacidade de se adaptar às circunstâncias da vida permite que um casal permaneça unido por mais tempo (Halford et al, 1997).

Segundo Feeney et al (1997) existem vários estudos que reportam que a qualidade do casamento varia através do ciclo de vida. No entanto, há resultados que apontam para um aumento gradual, outros para uma diminuição e outros para um padrão curvilíneo. Estes resultados podem depender também da metodologia utilizada na recolha de dados, que pode condicionar as respostas dadas. Também diferentes dimensões analisadas mostram diferentes padrões de evolução. Uma das justificações para o padrão curvilíneo é a presença de filhos. O facto de ter crianças a viver ainda em casa reflecte uma menor intimidade e mais conflitos. Este último padrão é defendido por vários autores (Duvall, 1977; Feeney et al, 1997; Patrick et al, 2007; Vaillant e Vaillant, 1993). O nascimento de uma criança provoca uma maior instabilidade e uma menor intimidade entre o casal que, como já vimos, é essencial para a satisfação. Por outro lado, a saída das crianças de casa levaria a uma reaproximação do casal. A ausência de filhos para criar diminui muitas fontes de conflito existentes e pode aumentar as fontes de prazer mútuo. Por outro lado, a saída de casa dos filhos também pode levar a uma diminuição da satisfação. Segundo Norgren et al (2004), muitos casamentos não resistem à saída, ou mesmo à independência dos filhos, e o divórcio acontece após 20 anos, ou mais, de casados.

Também Clements et al (1997), na sua pesquisa, verificaram que a satisfação conjugal declinava nos primeiros anos da relação, tanto para os maridos como as mulheres. No entanto, apesar deste declínio consideravam-se felizes nas suas relações. Depois de casados por algum tempo, os casais atingiam um nível de satisfação aparentemente estável. Uma das razões apontadas para este declínio é o nascimento das crianças, sendo que estas não serão a razão por si, mas pela diminuição da intimidade, aumento de conflitos relacionados com a educação das mesmas, etc, corroborando, assim, os estudos anteriores.

Um aspecto mais concreto relacionado com a satisfação conjugal é a presença de conflitos, como já pudemos analisar anteriormente. Hatch e Bulcroft (2004) referem que a frequência dos conflitos declina com o tempo numa relação conjugal e dão várias explicações para este facto. Uma primeira onde se defende que os parceiros se tornam mais acomodados um ao outro e, por isso, mais tolerantes. Uma segunda, relacionado com o ciclo de vida da família, especialmente quando existem crianças pequenas. Estas são fonte de comunicação e negociação frequente devido à sua educação, provocando muitas discórdias entre o casal. Quando saem de casa, aumenta o tempo que pode ser dedicado à relação conjugal. No entanto, a reforma e a doença podem contrariar esta tendência. Uma terceira explicação engloba a progressiva introversão com a idade e, conseqüentemente, menor tendência a entrar em conflitos e em exprimir emoções negativas. Por último, defende-se que os casais que discutem mais têm maior probabilidade de divórcio e, desta maneira, os casais que permanecem juntos têm uma maior harmonia.

Segundo uma publicação de Sharlin et al (2000, citado em Norgren et al, 2004), constataram-se diversas características dos casais satisfeitos de longa duração em diferentes países que são: comunicação aberta e honesta, resolução de conflitos eficaz,

confiança, compromisso, apreciação, amor e respeito mútuos, habilidade em dar e receber, sensibilidade aos sentimentos do parceiro, valores, religião e interesses comuns e distribuição de poder igualitária e flexível. Além disto também se verifica o sentimento de envolvimento e pertença, o gostar de passar o tempo juntos, de ter actividades de lazer com prazer, ser bons amigos e a valorização da sexualidade na relação.

No estudo de Norgren et al (2004), vários foram os motivos para os casais se manterem juntos. Os casais satisfeitos valorizam a relação e o parceiro, tendo em conta os seus valores e crenças e a capacidade de resolução de problemas. Por outro lado, os casais insatisfeitos também valorizaram motivos intrínsecos à relação e as crenças e os valores. No entanto, são mais influenciados pela pressão social (normas e expectativas sociais) e caracterizam-se por grande dependência (não conseguem viver sem o cônjuge).

Neste mesmo estudo, as variáveis que se revelaram mais influentes na satisfação conjugal foram a proximidade, a solução de problemas, a coesão, a comunicação, o estatuto sócio-económico e a religião, sendo que os casais satisfeitos demonstraram que o seu casamento permanece vivo, através do investimento contínuo e da crença que é possível estar casado muito tempo e continuar unido.

#### 2.4 Satisfação Conjugal e Doença Crónica

Sabe-se que a doença física provoca stress numa relação conjugal e que o stress e a insatisfação conjugal, por sua vez, têm efeitos negativos no curso de uma doença (Schmaling e Sher, 1997).

Uma doença crónica atinge vários aspectos da vida de uma pessoa, nomeadamente, o trabalho, os papéis familiares e a própria satisfação conjugal. A nível do trabalho, pode haver diminuição do rendimento mensal do casal pelo facto de um deles não poder trabalhar. Também as responsabilidades e as tarefas domésticas podem ser afectadas quando há sobrecarga de trabalho para um dos membros ou a distribuição das tarefas é alterada (Schmaling e Sher, 1997). Além do referido, o ter de cuidar de um cônjuge doente pode ser um fardo pesado para muitos indivíduos. Este fardo vai influenciar o cuidar e, conseqüentemente, a satisfação conjugal.

Ainda, os problemas de saúde requerem maior disponibilidade de tempo, energia e atenção. Estas exigências podem ser tão elevadas que a qualidade conjugal pode ficar comprometida. Isto é mais verdadeiro quanto mais novo for o casal, onde as preocupações com a saúde estão “fora de tempo” (Wilson et al, 1997).

O nível de incapacidade física do doente provoca-lhe stress e sofrimento. Estes estão relacionados com uma menor qualidade conjugal, segundo Fang, Manne e Pape (2001). Em primeiro lugar, a incapacidade física do cônjuge leva ao seu stress e insatisfação. De seguida, estes contribuem para a pior qualidade conjugal para o parceiro por vários motivos. Um doente pode estar egocentricamente concentrado em si e não ser capaz de responder as necessidades de apoio emocional e intimidade do outro, reduzindo a qualidade das interacções conjugais. Por outro lado, se estiver ansioso ou deprimido pode ter comportamentos mais negativos e hostis para com o parceiro, promovendo mais conflitos. Também, quando o cônjuge doente está sob grande stress, pode querer poupar o parceiro, levando a uma comunicação menos aberta e, conseqüentemente, à insatisfação conjugal.

Quando um dos membros do casal está doente, o seu estado pode implicar a necessidade de apoio social.

O apoio social engloba o emocional, informacional e o instrumental (Vinokur e Vinokur-Kaplan, 1990). O primeiro tipo de apoio já foi desenvolvido anteriormente. O segundo relaciona-se, como o próprio nome indica, com informações úteis sobre diversos assuntos. E o terceiro implica a assistência material, e, muitas vezes, o cuidado físico.

Quanto ao tipo de apoio conjugal, Hagedoorn, Kuijer, Buunk, Dejong e Wobbles (2000), estudaram três tipos: o envolvimento activo (envolver o doente nas discussões e utilizar métodos de resolução de problemas construtivos), a protecção dissimulada (esconder as preocupações, prevenir o indivíduo de pensar na doença) e a super protecção (subestimar as capacidades do doente, substituí-lo e ajudá-lo desnecessariamente). Verificaram, então, que existia uma associação positiva entre o envolvimento activo e a satisfação conjugal e que esta associação era maior nos doentes com pior estado físico e psicológico que nos com melhor condição. Pelo contrário, a protecção dissimulada e a super protecção estavam negativamente associadas à satisfação conjugal, apenas quando os doentes tinham um estado físico e psicológico pior.

Além do referido, Cramer (2006) verificou que mais apoio e menos conflito estavam independentemente relacionados com a satisfação conjugal. Estes resultados, segundo o autor, sugerem que encorajar os casais a apoiarem-se emocionalmente pode melhorar a satisfação conjugal.

As pessoas com níveis de apoio satisfatórios lidam melhor com o stress, são mais saudáveis e recuperam da doença mais rapidamente, pois este protege contra a ansiedade e a depressão, promovendo a qualidade de vida. O efeito protector do apoio social é função mais do apoio percebido que o recebido segundo Saranson, Saranson e Gurung (1997).

Também se tem verificado que as respostas mais solícitas por parte dos parceiros às necessidades dos cônjuges estão correlacionadas com a satisfação conjugal (Williamson, Robinson e Melamed, 1997).

Como as relações conjugais são uma das fontes da maior quantidade de apoio fornecido, podemos subentender que o apoio fornecido pelo cônjuge contribui para uma melhor saúde (Saranson et al, 1997; Vinokur, Vinokur-Kaplan, 1990).

Saranson et al (1997) referem, também, um modelo que relaciona a saúde, o apoio social e a personalidade. As características da personalidade em conjunto com o apoio social contribuem directamente para a saúde e o bem-estar. Por outro lado, as características da personalidade contribuem, igualmente, para as relações próximas e estas directamente para a saúde e apoio social.

Um indivíduo, quando está doente, tem maior necessidade de apoio social. Associado a este apoio, está a proximidade emocional e/ou a intimidade, aspectos fundamentais e essenciais numa relação conjugal. Ora, numa altura de doença, há maior necessidade de proximidade e apoio. Este apoio emocional protege contra os efeitos negativos da doença (ansiedade, a depressão e baixa auto-estima), especialmente quanto maior for a incapacidade física, segundo Mancini e Bonanno (2006). No estudo destes autores, constatou-se que a proximidade conjugal estava fortemente associada a um aumento na auto-estima e a uma diminuição da depressão e ansiedade. Este facto é mais benéfico para os indivíduos com maior incapacidade, pois estes requerem maior ajuda na execução de diversas tarefas.

Relacionado com o apoio prestado ao parceiro doente, temos a alteração de papéis do cônjuge, que se verifica muitas vezes. Numa situação de doença, os papéis pré-estabelecidos entre o casal podem ter de ser alterados. Kalkman, Schillings, Zwarts,

Engelen e Bleijenberg (2006) referem que, à medida que um familiar se torna mais incapacitado pela doença, o papel da pessoa significativa é alterado. Este pode ter de renunciar a actividades sociais, de lazer e familiares fora de casa e diminuir o tempo que tinha para si, habitualmente, de forma a assistir o outro nos cuidados médicos e nas tarefas domésticas.

No respeitante à restrição social, Manne, Taylor, Dougherty & Alfieri (1999), examinaram uma grande amostra de pacientes com cancro e as suas percepções dos comportamentos negativos dos cônjuges. Verificaram que a relação entre o aumento da incapacidade física do doente e os comportamentos negativos do cônjuge era mediado pela restrição de actividades do cônjuge assim como pelo seu temperamento negativo. Desta forma, quanto mais incapacitado estiver o doente, maior a tendência para ter uma resposta negativa dos outros.

O fardo associado à necessidade de cuidar do doente, a alteração de papéis que daí advém e a consequente diminuição de actividades sociais de lazer, provocam, muitas vezes, alterações no estado emocional do cuidador (hostilidade, frustração, etc.). Unger, Jacobs e Cannon (1996) consolidam esta concepção, ao afirmar que os cônjuges isolam-se socialmente devido à necessidade de cuidar do parceiro doente. Referem que, com a diminuição da saúde, o contacto social com a família e amigos sofre, havendo um decréscimo nos contactos realizados. Para os casais, onde um membro está doente, a possibilidade de aproveitar o tempo juntos também é alterada. É comum aos pacientes evitarem as actividades sociais devido ao seu estado de doença. O apoio emocional fornecido é, nesta fase, fundamental para um melhor ajustamento à doença e à satisfação conjugal. No estudo destes autores, os resultados sugerem que as mulheres (doentes ou esposas) e maridos doentes que recebiam apoio das famílias estavam mais satisfeitos com os seus casamentos. Também, os cônjuges eram mais felizes nas suas

relações conjugais quando o parceiro doente recebia apoio tanto de família como amigos. Estes resultados podem querer significar que a sobrecarga emocional do cuidador é menor se houver mais apoio dos outros.

Como já referimos, a satisfação sexual é importante para a satisfação conjugal. Ora, se a primeira está alterada por um processo de doença, a segunda poderá também estar. Segundo Estapé (2002, citado por Ramos e Patrão, 2005), as relações conjugais são o aspecto mais danificado nas doentes com cancro de mama. A diminuição da auto-estima na mulher mastectomizada reflecte-se na sua imagem corporal que, por sua vez, tem implicações negativas na sexualidade e, conseqüentemente, na relação conjugal. Podemos fazer aqui um paralelismo com os doentes ostomizados que podem passar pela mesma situação e sequência de passos. No estudo destas autoras, verificou-se uma correlação significativa positiva entre a imagem corporal e a satisfação sexual, sendo a pontuação obtida nas duas escalas reflexo de maiores problemas. Concluem que, ao aumentarem as problemáticas a nível da imagem corporal, aumenta, também, a insatisfação sexual. Constatou-se, ainda, uma correlação negativa entre a qualidade do relacionamento conjugal e a satisfação sexual.

Num outro estudo realizado por Wimberly, Carver, Laurenceau, Harris e Antoni (2005) com mulheres com cancro da mama, verificaram-se os seguintes resultados. O bem-estar da mulher está relacionado fortemente com a percepção do envolvimento emocional positivo do parceiro e com a percepção da iniciação da actividade sexual do parceiro ou do seu interesse sexual. Ainda, a qualidade da primeira relação sexual pós-cirurgia está fortemente relacionada com o sofrimento emocional sentido no seguimento pós-alta. A reacção adversa do parceiro à cicatriz influencia negativamente a satisfação conjugal. Podemos realizar, aqui, uma analogia com os doentes ostomizados, onde a

presença da ostomia pode, também, provocar reacções adversas do parceiro e influenciar a satisfação sexual.

Ainda, num estudo realizado por Quek, Loh, Low, & Dublin (2003), verificou-se que numa amostra com pacientes com sintomas urinários, existia uma grande insatisfação conjugal devido aos problemas prostáticos. Posteriormente ao tratamento realizado, que minimizava esses sintomas, a satisfação conjugal aumentou, pois a actividade sexual melhorou.

Outro aspecto fundamental na satisfação conjugal é a comunicação. Como vimos anteriormente, é um dos factores que contribui para a satisfação conjugal. Num estado de doença, como, por exemplo, o cancro, onde existe maior stress, e onde o cônjuge do doente é o principal cuidador, é fundamental que a comunicação seja aberta para manter um nível de satisfação conjugal elevado. Segundo Hodgson et al (2003), podem surgir problemas de comunicação, quando os cônjuges são incapazes ou têm medo de exprimir os seus sentimentos de tristeza, raiva ou impotência. Muitas vezes, em situações de cancro, há dificuldade em falar sobre o diagnóstico, mesmo em casais com elevada satisfação conjugal. As estratégias de comunicação evitantes ou de desprendimento levam a um estilo fechado de comunicação e a uma menor satisfação conjugal. Por outro lado, a utilização de comunicação aberta, onde se discutem as dificuldades e conflitos e se partilham valores, promove uma maior proximidade entre o casal, fortalece a relação e está associada a um melhor ajustamento à doença.

No estudo de Hodgson et al (2003), com casais onde a mulher tinha cancro da mama, verificou-se que o evitamento na comunicação da mulher e do marido estava correlacionado negativamente com a satisfação conjugal do cônjuge. Para os maridos, este evitamento, tanto da mulher como do próprio, estava também correlacionado com a

sua própria satisfação conjugal. Estes resultados suportam a ideia de que uma partilha aberta durante a doença promove a satisfação do casal.

Manne et al (2006) corroboram esta ideia ao afirmar que a qualidade e a quantidade de comunicação sobre as preocupações dos cônjuges, relativamente ao cancro, influenciam a qualidade conjugal. Casais que lidam com os problemas, utilizando a discussão mútua, expressão de sentimentos, compreensão dos dois pontos de vista, negociação de soluções e resolução do problema em equipa, ou seja, uma comunicação construtiva, relatavam maior satisfação conjugal. Por outro lado, o padrão de exigência e retraimento, como vimos anteriormente no subcapítulo dos processos operativos, leva à insatisfação. A satisfação conjugal para as pacientes e os cônjuges estava associada à percepção da discussão dos problemas relacionados com o cancro, sendo que a comunicação construtiva relacionava-se com menos stress e maior satisfação para ambos os parceiros.

Além do referido, também os estilos de vinculação amorosa podem interferir na satisfação conjugal, na presença de uma doença.

Shields, Travis e Rousseau (2000) realizaram um estudo que examinava o papel do estilo de vinculação do casal na adaptação ao diagnóstico e tratamento do cancro. Segundo estes autores, perante a ameaça de uma doença, os indivíduos procuram a proximidade do parceiro. Aqueles com estilos mais seguros, conseguem mais eficazmente esta proximidade pois, como já vimos previamente, estão mais cientes das suas necessidades e do parceiro e mantêm uma comunicação aberta. Caso não haja esta comunicação aberta, muitos indivíduos sentem-se isolados. O apoio fornecido, nestes casos, está também associado a uma maior satisfação conjugal. Os estilos evitantes revelaram menor satisfação conjugal para ambos os parceiros e os estilos seguros maior satisfação.

Importa, ainda, reflectir sobre a associação existente entre qualidade conjugal e depressão. Esta ligação parece-nos relevante, uma vez que muitos doentes ostomizados manifestam sintomas de depressão, muito associada a uma baixa auto-estima.

Verifica-se, então, uma associação entre a qualidade marital e a depressão, nos vários estudos que têm sido realizados (Gotlib e McCabe, 1990; Hawkins e Booth, 2005; Whisman et al, 2006; Wilson et al, 1997). De uma forma geral, quanto pior a qualidade conjugal – que se reflecte, sobretudo, na diminuição da positividade da comunicação, no aumento dos conflitos, na diminuição do grau de intimidade presente, entre outros -, maior é a tendência dos membros do casal para sofrerem de ansiedade, depressão, baixa auto-estima, etc.

A falta de uma relação íntima e confiante provoca, sobretudo nas mulheres, um aumento da vulnerabilidade para a depressão. Num estudo referido em Gotlib e McCabe (1990), constatou-se que as relações conjugais de mulheres deprimidas tinham maior grau de hostilidade e menor afectividade para com o parceiro. Também, quatro anos depois do início do estudo, verificou-se que os problemas conjugais persistiam, mesmo já não estando as mulheres deprimidas.

Um outro aspecto importante, referido por Gotlib e McCabe (1990), relaciona-se com a positividade na comunicação. Os pacientes deprimidos codificam a maioria das mensagens do parceiro como sendo negativas, havendo poucas interpretações positivas. Isto significa que o comportamento do outro é avaliado de forma problemática.

Num diferente estudo de Gotlib e Whiffen (1989, referido em Gotlib e McCabe 1990), verificou-se que a satisfação dos casais deprimidos era inferior ao grupo de controlo. Igualmente, durante as interacções conjugais, este primeiro grupo sorria menos, exibia uma expressão facial menos agradável e tinha um contacto visual inferior ao outro grupo de controlo. Desta forma, verifica-se que a interacção dos indivíduos

deprimidos com os seus cônjuges é marcada por tensão e hostilidade e, sobretudo, por comportamentos verbais e não verbais negativos. Wilson et al (1997) complementa esta ideia, ao dizer que os indivíduos deprimidos e os seus cônjuges tendem a engendrar resoluções menos construtivas para os problemas e a apresentar comportamentos mais negativos.

Completando o que foi referido, Halford et al (1997) afirmam que a insatisfação conjugal está associada à psicopatologia. A depressão, especialmente nas mulheres, e a ansiedade, especialmente nos homens, está fortemente correlacionada com a insatisfação conjugal.

Também Noller et al (1997) sustentam a correlação negativa existente entre depressão e satisfação conjugal. O neuroticismo (afecto negativo mais elevado, relativamente ao positivo) está relacionado longitudinalmente com mau ajustamento conjugal.

Por outro lado, Halford e Bouma (1997) e Gotlib e Hooley (1989) afirmam que uma relação conjugal com baixa satisfação é um forte preditor do desenvolvimento de depressão, especialmente nas mulheres. Num casamento onde a intimidade e a satisfação são elevadas, a possibilidade de surgir uma doença psiquiátrica é mais reduzida, assim como existe maior protecção contra os efeitos negativos de *stressores*, como o desemprego ou doença crónica.

Ainda Whisman et al (2006) referem que o desacordo conjugal está associado a uma taxa maior de depressão e uma satisfação com a vida e auto-estima inferiores.

Um estudo de Speer, Hillenberg, Sugrue, Blacker, Kresge, Decker, Zakalik e Decker (2005), onde se estudou a sexualidade em doentes sobreviventes de cancro, indica que a depressão está intimamente ligada ao desejo sexual. Nestes doentes, os padrões de comunicação e de resolução de problemas também se relacionam com a

sexualidade, através de um menor desejo e satisfação sexual. As mulheres que têm papéis não tradicionais e mais igualitários reportaram maiores níveis de satisfação sexual. Por fim, verificou-se que a percepção do corpo estava relacionada com a depressão e esta, por sua vez, com a satisfação sexual. Estes aspectos são importantes, como veremos mais adiante no capítulo da imagem corporal.

### 3. AUTO ESTIMA

#### 3.1 Introdução ao Auto-Conceito

De forma a contextualizar e melhor compreender o conceito de auto-estima, faremos uma primeira abordagem ao auto-conceito, conceito mais abrangente.

Shavelson (1976, citado em Bruges, 2006) iniciou o desenvolvimento da definição teórica do auto-conceito, conceptualizando-o como a ideia que o indivíduo tem de si próprio, sentida através da experiência e com interpretação do seu meio ambiente.

Também Gecas (1982, citado em Bruges, 2006) afirma que o auto-conceito é o conceito que o indivíduo realiza de si mesmo como ser físico, social e espiritual ou moral. Esta noção é igualmente corroborada por Vaz Serra (1988) e Faria (2003).

Por sua vez, Seigley (1999) defende que o auto-conceito é o conjunto de percepções que cada pessoa mantém em relação às características e objectivos pessoais e engloba a imagem mental do seu eu.

De acordo com André (2002; 2005) e Bruges (2006), podemos considerar três componentes do auto-conceito: o cognitivo, o avaliativo e o comportamental.

O componente cognitivo pode também denominar-se auto-imagem, ou seja, a visão de nós mesmos relativamente a ideias, crenças ou opiniões, percepções e processamento da informação, personalidade, modo de agir, etc. (Alcantará, 1997; André, 2005; Bruges, 2006).

A auto-imagem, por sua vez, pode ser dividida em auto-imagem real, ideal e social, segundo Bruges (2006). A primeira consiste na percepção que o indivíduo tem das suas características e particularidades (podendo, por exemplo, um indivíduo ter uma imagem corporal positiva ou negativa, consoante gosta ou não da forma como se percebe). A

segunda baseia-se na representação que o indivíduo tem de como gostaria de ser. A congruência entre as duas imagens provoca um adequado nível de auto-estima. Por fim, a auto-imagem social engloba a imagem que o indivíduo tem de si, tendo em conta a opinião dos outros. Salientamos, aqui, a importância que a opinião dos outros pode ter na auto-imagem de um indivíduo.

O componente avaliativo ou afectivo do auto-conceito é a auto-estima (Bruges, 2006; Faria, 2003 e Vaz Serra, 1988), pois está ligada à avaliação que o indivíduo faz da sua auto-imagem, capacidades e acções e às emoções que daí advêm.

A auto-estima pode ainda dividir-se em auto-estima global e auto-estima específica. A primeira consiste numa avaliação global de si mesmo e, a segunda, de uma parte específica de si próprio. Seigley (1999) e André (2005) complementam esta ideia ao defenderem que a auto-estima é o que a pessoa sente do modo como se vê.

Esta avaliação de si engloba a comparação entre a auto-imagem ideal e a real e a comparação entre as aspirações e os êxitos ou fracassos. Se estes não são concordantes, um indivíduo pode fazer uma avaliação negativa de si, levando a uma baixa auto-estima (Bruges, 2006; Faria, 2003 e Vaz Serra, 1988). No entanto, as pessoas que aceitam as suas realizações, erros ou insucessos têm, habitualmente, um adequado nível de auto-estima.

Sabe-se, também, que a auto-estima baixa se exprime por sentimentos de depressão, ou seja, por comportamentos, não sendo apenas uma avaliação (Bruges, 2006).

Em terceiro lugar, temos, então, a componente comportamental do auto-conceito. Se um indivíduo se percepção de forma positiva, adoptará mais facilmente comportamentos de aceitação. Se, por outro lado, esta percepção for negativa, haverá maior tendência a adoptar comportamentos de rejeição (André, 2005; Bruges, 2006).

De acordo com Carpenito (1995), um distúrbio do auto-conceito é um estado em que o indivíduo apresenta, ou corre o risco de apresentar, uma mudança negativa na maneira de sentir, pensar ou de se ver a si mesmo. Este distúrbio pode dar origem a mudanças na imagem corporal e na auto-estima. Estas mudanças podem incluir: recusa em olhar ou tocar parte do corpo afectada, recusa em olhar ao espelho, dependência crescente dos outros, recusa no auto-cuidado, hostilidade com os outros, isolamento social, etc. Note-se que todos estes aspectos podem verificar-se nos indivíduos ostomizados, quando há alterações na imagem corporal e auto-estima.

Segundo Bruges (2006), os distúrbios do auto-conceito podem ter causas fisiopatológicas, situacionais e maturacionais. As primeiras dizem respeito a mudanças na aparência, no estilo de vida ou nos papéis desempenhados, decorrentes de alterações na morfologia e função do corpo, doenças, etc. As segundas têm a ver com o ambiente e as pessoas em redor e podem relacionar-se com insatisfação conjugal, divórcio, morte de pessoa significativa, perda de emprego, etc. Por fim, as terceiras ligam-se às alterações e perdas funcionais associadas, por exemplo, ao envelhecimento.

### 3.2 Definições de Auto-Estima

Faremos uma pequena resenha histórica da evolução das principais definições de auto-estima, baseando-nos no trabalho de Mruk (1998).

Um dos primeiros autores a definir auto-estima foi James (1890, citado por Mruk, 1998), o qual defendia que a auto-estima é determinada por um ratio das nossas qualidades e presumíveis potencialidades. Considerando uma fracção, no denominador, estariam as pretensões do indivíduo e, no numerador, os seus êxitos. Ora, tal valor pode ser elevado, reduzindo o denominador e aumentando o numerador. Indo de encontro à

definição de James (1890), Hoyle, Kernis, Leary e Baldwin (1999) defendem que a auto-estima é o ratio dos sucessos de um indivíduo e das suas aspirações ou pretensões. Ou seja, é uma auto-avaliação sumária do desempenho de um indivíduo nas áreas que ele quer realizar bem. Na sequência do que foi dito, poderemos aceitar que este construto tem um lado mutável. Isto, porque as nossas aspirações podem mudar ao longo da vida e o nosso desempenho pode variar consoante as alturas. Assim, a auto-estima é um fenómeno dinâmico, dado que é possível mudar-se qualquer uma das duas partes da fracção (o indivíduo pode alterar as suas aspirações e pode ter diferentes desempenhos com êxitos variados). Por outro lado, segundo os mesmos autores, a auto-estima terá também um lado mais estável, pois reflecte uma média dos sentimentos que temos sobre nós próprios, sobre o nosso valor, aceitação e amor-próprio. Compreende-se, pois, que, tal como é referido por Mruk (1998), há, na auto-estima, uma componente afectiva forte - o que sentimos por nós próprios -, e uma componente de conduta, pois depende dos valores e da acção do indivíduo.

Também Rosenberg (1965), um dos principais estudiosos da auto-estima, conceptualiza-a como uma avaliação que um indivíduo faz e mantém em relação a si mesmo, o que implica um sentimento de valor, englobando uma componente sobretudo afectiva, a qual se expressa numa atitude de aprovação/desaprovação de si próprio (Mruk, 1998; Romano, Negreiros e Martins, 2007). Contudo, a auto-estima não é só um sentimento, dado que implica todas as cognições (por exemplo, percepções) envolvidas no desenvolvimento de atitudes (Mruk, 1998). Para Rosenberg (1965, citado em Mruk, 1998), uma elevada auto-estima significa que o indivíduo se sente suficientemente bom, uma pessoa de valor, com respeito por si mesmo. No entanto, não implica sentir-se superior aos outros. Por outro lado, um indivíduo com baixa auto-estima está insatisfeito consigo mesmo, despreza-se e não se respeita (Mruk, 1998).

De acordo com Rosenberg (1986, citado por Faria, Pepi e Alesi, 2004) a auto-estima global consiste na soma de juízos de valor que um indivíduo gera acerca de si mesmo, sendo uma avaliação de carácter geral dos vários elementos da auto-estima – valor pessoal, respeito por si mesmo, auto-confiança e amor-próprio. No mesmo sentido, Blascovich e Tomaka (1991) afirmam que a auto-estima é o sentimento de valor que o indivíduo tem a seu respeito ou o nível que valoriza, gosta, aprecia e aprova de si.

Outro autor que estudou a auto-estima foi White (1963, citado por Mruk, 1998), ligando muito a auto-estima a sentimentos de eficácia e competência, sendo que o sentimento de eficácia se regula mediante o êxito ou fracasso dos seus esforços. Trata-se, pois, de uma conceptualização com foco na dimensão afectiva. É, também, uma perspectiva que considera a auto-estima dinâmica e evolutiva, uma vez que o indivíduo vai integrando todas as experiências anteriores. Cada pequena vitória vai-se acumulando com o tempo, levando a um sentimento de competência.

Coopersmith (1967, citado por Mruk, 1998)) vem acrescentar a noção de merecimento ou valor do indivíduo como ser humano, quando este realiza um juízo sobre si próprio. Este merecimento advém do êxito que o indivíduo tem da sua conduta. Este autor defende também que a auto-estima se aprende. Aprendemos a nossa competência (ou falta dela) através dos êxitos ou fracassos que temos ao longo do tempo. As pessoas com baixa auto-estima, ao serem mais vulneráveis ao stress, defendem-se mais das situações e não as enfrentam, sentindo-se, por isso, muitas vezes, inferiores e inadequadas.

Branden (1969, citado por Mruk, 1998) adiciona, ao anteriormente referido, a inter-relação entre a competência e o merecimento. Afirma que a auto-estima é a soma integrada da auto-confiança e do auto-respeito, e o acreditar que um indivíduo é

competente para viver e merece viver. Para este autor, a auto-estima é uma necessidade humana básica, existencial, influenciando a nossa conduta. No entanto, o indivíduo tem de descobrir e aprender como satisfazê-la, pois não nasce ensinado. Este autor, além do aspecto social e evolutivo de outras teorias, acrescenta um aspecto pessoal: nós somos responsáveis pela aquisição ou perda da nossa auto-estima ao longo da nossa vida.

Por fim, Epstein (1985, citado por Mruk, 19998), corroborando os outros autores, defende, também, que a auto-estima é uma necessidade humana de merecimento e que influencia a nossa conduta.

Vaz Serra (1988a) afirma que a auto-estima resulta dos processos de avaliação que o indivíduo faz das suas qualidades, desempenhos, virtudes ou valor moral. Mais concretamente, o autor defende que é o resultado dos julgamentos realizados acerca de si mesmo, de onde advêm atribuições de bom ou de mau, feitas a aspectos considerados relevantes da sua identidade.

Se, por exemplo, um indivíduo tiver sucesso numa actividade que valoriza, há um realce da auto-estima, mas se, pelo contrário, falhar, há um abalo na auto-estima tanto maior quanto mais importante for esse aspecto para o indivíduo.

Por fim, já no século XXI, surgem outras conceptualizações de auto-estima que vão de encontro ao já supra mencionado. Bruges (2001) afirma que a auto-estima é um juízo de valor pessoal que se exprime nas atitudes do indivíduo para consigo. Também Faria et al (2004) e Albuquerque e Oliveira (sd) defendem que a auto-estima é um conjunto de aspectos avaliativos e emocionais do auto-conceito e resulta de um julgamento realizado sobre si próprio. Este julgamento pode ser mais positivo ou mais negativo.

### 3.3 Desenvolvimento da Auto-Estima

Como referimos, a auto-estima é dinâmica e mutável, sujeita a influências internas e externas ao indivíduo, e evolui ao longo da vida. Segundo Lamia, Rochinha e Azevedo de Figueiredo (2003), enquanto na infância, ela será determinada parcialmente pela opinião dos pais sobre os filhos, nos adultos, outros parceiros vão influenciar a auto-avaliação.

O desenvolvimento da auto-estima é, pois, um processo dinâmico, especialmente no início da vida. Segundo Mruk (1998), nos estádios iniciais do desenvolvimento, a auto-estima é apenas reactiva às consequências dos limites biológicos e cognitivos da criança. Já na idade adulta, as influências são múltiplas e diversas: por exemplo, o estabelecimento de uma relação interpessoal satisfatória ou insatisfatória, a perda de um posto de trabalho são situações comuns na vida adulta e que englobam desafios e dificuldades. Estas, se forem bem superadas, contribuem para um aumento da auto-estima mas, se não o forem, podem levar à sua diminuição. Epstein (1979, citado por Mruk, 1998) constatou que, quando a auto-estima sobe, verificam-se níveis elevados de felicidade, segurança, afecto, calma e espontaneidade. Por outro lado, quando a auto-estima baixa, surgem sentimentos de infelicidade, ira, ameaça, abatimento, e aumenta o nervosismo, a desorganização, o conflito, etc.

Ao alcançar a idade adulta, o indivíduo tem a sua história de êxitos e fracassos em termos da sua competência e merecimento. Este historial contribui para a sua auto-estima global, segundo Mruk (1998).

A auto-estima não segue uma trajectória linear e constante ao longo do percurso de vida. Num estudo de Robins, Trzesniewski, Tracy, Gosling e Potter (2002), verificou-se que era elevada na infância, decrescia na adolescência, crescia gradualmente na vida

adulta e declinava fortemente na velhice. Contudo, é notória a falta de consenso quanto à trajectória da auto-estima, o que se deve, sobretudo, a cinco factores: (1) os estudos mais recentes foram realizados há, pelo menos, uma década; (2) a maioria dos estudos centra-se na infância e adolescência; (3) a inconsistência de resultados encontrados (auto-estima decresce ou aumenta na adolescência; aumenta, declina ou não sofre alterações na velhice); (4) a dimensão das amostras dos estudos que têm sido realizados, são pequenas e homogéneas, não permitindo generalizações; a variedade dos instrumentos de recolha de dados.

Durante a infância, as crianças posicionam-se acima da média e acima das outras crianças, podendo mesmo ter uma versão de si muito exagerada. Estas auto-avaliações (ex: habilidade matemática) e comparações começam a declinar quando as crianças avançam na escola e na idade. No período da adolescência, há estudos que reportam um aumento, enquanto outros constataam uma diminuição da auto-estima. No entanto, há uma tendência dos rapazes para terem maior auto-estima do que as raparigas.

Relativamente à fase adulta, há muito poucos estudos, quando comparados com a infância e adolescência. Os seus principais resultados revelam um ligeiro e gradual aumento durante a adultícia. No entanto, como utilizam intervalos de tempo muito longos (jovem adulto, adulto de meia idade e idoso), providenciam apenas ideias rudimentares da evolução da auto-estima. Por fim, como já referimos, na velhice, há uma maior inconsistência dos dados. No entanto, tal como na adolescência, há uma maior tendência dos homens para revelarem uma auto-estima mais elevada do que as mulheres.

No estudo de Robins et al (2002) pretendeu-se verificar qual a trajectória da auto-estima dos 9 aos 90 anos e como variava em função do sexo, nacionalidade, estatuto sócio-económico e etnia. A amostra deste estudo foi de 326.641 indivíduos. Os

principais resultados demonstraram que os homens tinham uma auto-estima mais elevada do que as mulheres, assim como as pessoas com maior estatuto sócio-económico face às de estatuto mais baixo. Quanto à nacionalidade, verificou-se que os participantes dos Estados Unidos tinham maior auto-estima. Relativamente à etnia, os negros tinham maior auto-estima, seguindo-se os latinos, os do Médio Oriente, os asiáticos e, por fim, os brancos. Relativamente à idade, verificou-se que a auto-estima era máxima na infância; declinava da infância (9-12 anos) até à adolescência; continuava a diminuir até à idade da universidade (18-22 anos); elevava-se ligeiramente até estagnar por volta dos 30 a 40 anos; subia de novo até aos 50-60 anos; finalmente, a auto-estima declinava fortemente dos 60 aos 80 anos, sendo que aos 80 anos, os níveis eram semelhantes aos encontrados durante a adolescência.

Quanto a diferenças demográficas, verificou-se que, durante a infância, não existem diferenças de género, contrariamente ao que acontece na adolescência, onde a auto-estima das raparigas diminui o dobro em relação à dos rapazes. Esta diferença mantém-se durante a idade adulta.

Santos e Maia (2003) corroboram tais diferenças de género, afirmando que se constata níveis mais elevados de auto-estima nos indivíduos do sexo masculino quando comparados com o sexo feminino. Também num estudo de Romano et al (2007), verificou-se que os adolescentes do género masculino evidenciavam uma maior auto-estima comparativamente aos do género feminino, sendo esta diferença significativa.

Existe, ainda, um vasto leque de outros factores que influenciam a auto-estima tais como: factores ligados a uma doença, factores contextuais e factores ligados a crenças e ao desenvolvimento. Temos como exemplos no primeiro caso, a perda de uma parte do corpo, a perda de uma ou mais funções do organismo, a desfiguração e alterações

psiquiátricas (depressão, alteração das operações do pensamento). Nos factores contextuais temos, por exemplo, a hospitalização, o desemprego, a separação de uma pessoa importante, problemas conjugais, etc. Por fim, no terceiro caso, ligado ao desenvolvimento, temos a nível dos adultos, o stress do trabalho, a menopausa, entre outros (Carpenito, 1995).

### 3.4 Tipos de Auto-Estima

A auto-estima pode ser elevada ou baixa. No entanto, pode, também, ser implícita ou explícita, contingente ou verdadeira e estável ou instável. Abordaremos, de seguida, as características referentes a cada um destes aspectos.

Segundo Hoyle et al (1999), as pessoas com elevada auto-estima envolvem-se em actividades que as promovam e sentem-se superiores aos outros. Não gostam de ver defeitos em si nem que os outros os critiquem. Em contraste com indivíduos com auto-estima baixa, os indivíduos com auto-estima elevada explicam os seus sucessos, enaltecendo-se, e referem-se aos seus fracassos, negando a sua responsabilidade. Muitas vezes, depois de terem um mau desempenho ou de serem insultados, envolvem-se mais facilmente em críticas aos outros. Por fim, a superação por outro indivíduo, incita-os a realizarem mais comparações de desempenho com o mesmo, de forma a minimizar e relativizar o seu fracasso na comparação inicial. Quando não se sentem ameaçados, os indivíduos com elevada auto-estima estabelecem objectivos elevados e têm um bom desempenho. Esta perspectiva defende que os indivíduos com elevada auto-estima não são seguros do seu amor-próprio e valorização, sendo, por isso, necessário promover e defender constantemente a mesma.

Outras perspectivas (Hoyle et al, 1999) sustentam que estes indivíduos se sentem valorizados e gostam de si mesmos, aceitando as suas fraquezas, não sendo necessária uma validação e promoção contínua. Por outro lado, os indivíduos com baixa auto-estima avaliam-se negativamente em diversas áreas, aceitam passivamente as críticas dos outros, estão mais susceptíveis a experienciar emoções negativas tais como ansiedade e depressão e têm estratégias mais deficientes para lidar com as adversidades. Estes indivíduos com baixa auto-estima são, frequentemente, caracterizados como pessoas inseguras, confusas e com muitas incertezas, que evitam expor os seus defeitos. Quando um indivíduo com baixa auto-estima falha algo, tem maior tendência que um indivíduo de elevada auto-estima, em experienciar emoções negativas: vergonha, humilhação e falta de motivação. Este facto pode dever-se à justificação das suas falhas com a sua própria personalidade.

Para Morais (sd), os indivíduos com baixa *auto-estima* subvalorizam-se e aceitam o que lhes é imposto, mesmo que não respeite os seus direitos, ou seja justo. Vivem numa postura passiva, não acreditando serem capazes de argumentar a sua posição. Por outro lado, os indivíduos com elevada auto-estima têm maior auto-confiança para ultrapassar os desafios da vida e são capazes de demonstrar a sua opinião no ambiente de trabalho e nas relações interpessoais.

Segundo Vaz Serra (1988a), as pessoas com auto-estima baixa descompensam mais facilmente do que as que têm auto-estima elevada. As primeiras auto-depreciam-se, e as segundas tendem mais a julgar-se como competentes e eficazes naquilo que fazem.

Seigley (1999) afirma que as pessoas com elevada auto-estima se vêem como poderosas, competentes, valiosas e significantes.

Mruk (1998) defende que as pessoas que têm elevada auto-estima parecem ser mais independentes, assertivas, auto-dirigidas e autónomas que os indivíduos com baixa

auto-estima. São, igualmente, mais capazes de tolerar diferenças e pressões, mais influenciadas pelo *feedback* positivo da sua conduta do que pelo *feedback* negativo, contrariamente aos indivíduos com baixa auto-estima. Uma característica da personalidade associada à auto-estima elevada é a efectividade na gestão dos objectivos e tarefas da vida.

Um outro aspecto relacionado com a auto-estima é o afecto positivo, sendo que há uma relação negativa entre auto-estima e depressão e tristeza (Mruk, 1998).

A auto-estima elevada pode também ser considerada uma dificuldade ou qualidade negativa. Um indivíduo pode estar menos aberto a ver os seus erros e limitações por ter excesso de auto-estima ou não ser tão sensível às limitações dos outros, podendo também prejudicar as relações interpessoais por este motivo (Mruk, 1998).

A auto-estima baixa pode, igualmente, implicar uma falta de auto-consciência e incluir atitudes compensatórias tais como condutas destrutivas (agressividade). Mruk (1998) define-a como auto-estima defensiva. Uma das características da auto-estima baixa é a vulnerabilidade. Esta pode dar origem a uma atitude mais retraída e precavida ou, por outro lado, a uma resposta com agressividade ou hostilidade.

Mruk (1998) refere, ainda, a existência de uma auto-estima média, que é onde muitos de nós nos situamos.

André (2004) afirma que uma baixa auto-estima se manifesta através das seguintes características: um conhecimento de si medíocre e enviesado, uma tendência à autocrítica feroz, uma fraca resiliência, uma grande dependência, a presença de dúvidas, a tendência à procrastinação e uma propensão à renúncia e ao derrotismo.

Em primeiro lugar, o fraco conhecimento de si próprio manifesta-se, sobretudo, porque os indivíduos com baixa auto-estima, ao pensarem sobre si, apenas vêem as suas limitações e falhas e não toda a envolvência que também engloba aspectos positivos.

Estes indivíduos criticam-se severamente, acusando-se, muitas vezes, de não terem qualquer valor. Apesar de poderem ter as mesmas qualidades de outros, não as valorizam. Esta atitude pode mesmo alcançar níveis de hostilidade e agressividade elevados para consigo. Há, então, uma desvalorização e crítica interior constante e feroz.

Em terceiro lugar, verifica-se uma fraca resiliência, ou seja, uma parca capacidade em superar as adversidades (críticas, falhas, obstáculos, etc.). Qualquer indivíduo perante uma dificuldade pode ficar abatido, no entanto, recupera rapidamente, contrariamente ao indivíduo com baixa auto-estima que fica afectado por esta mais tempo.

As dúvidas sobre si tornam o indivíduo dependente da opinião e julgamento dos outros. Este desejo de aprovação e reconhecimento dos outros pode fazer com que a sua atitude se modele ao que ele pensa que os outros esperam dele e não ao que ele quer.

A presença da dúvida constante é outro dos aspectos característicos referidos por André (2004). Um indivíduo com baixa auto-estima duvida antes de agir, durante a acção propriamente dita e depois da sua realização.

Em sexto lugar existe a procrastinação. Este conceito implica um adiar a tomada de decisão e realização de tarefas. Isto apenas se torna patológico se se tornar um modo de vida, e não quando é ocasional.

Por fim, temos o derrotismo e a renúncia. Os indivíduos menosprezam as suas capacidades e evitam tomar certas atitudes ou envolver-se em acções por medo de falhar. Tal deve-se, sobretudo, ao facto de sentirem que vão ser observados e comentados pelos outros. (André, 2005). Este facto leva a muitos sentimentos de frustração por não terem agido.

O processo atribucional é, também, um factor relevante para a compreensão da auto-estima. Os indivíduos com baixa auto-estima, face aos insucessos, tendem a justificar com atribuições internas, globais e estáveis (“a culpa é minha, eu sou uma nulidade e serei sempre”). Por outro lado, a auto-estima elevada leva a atribuições externas, específicas e pontuais (“não tive oportunidade, continuo a ser uma pessoa globalmente válida e isto foi só desta vez”) (André, 2005; Faria, 2003).

Faria (2003) defende que a influência dos outros, especialmente dos significativos, é importante na construção do conceito de si próprio.

O peso do olhar do outro sobre a auto-estima interfere mais na auto-estima elevada que na baixa. André (2002, 2005) dá um exemplo concreto. Perante um grupo de pessoas que iriam ser escolhidas para realizar um determinado trabalho, umas foram seleccionadas e outras rejeitadas. Ora, segundo o mesmo autor, o facto de ter sido escolhido aumentava a auto-estima ligeiramente, mas o ter sido rejeitado abalava profundamente a auto-estima dos indivíduos. Desta forma, verifica-se que o ser escolhido não faz mais que tranquilizar o indivíduo, enquanto o ser excluído destabiliza fortemente.

De acordo com Bruges (2006), a auto-estima baixa pode ser crónica ou situacional, sendo que, na primeira, o indivíduo faz uma auto-avaliação negativa de si mesmo e das suas capacidades de forma crónica e prolongada no tempo. No segundo caso, o indivíduo, que até poderia ter uma auto-estima elevada anterior, manifesta uma avaliação negativa de si, como resposta a um acontecimento.

Também para Carpenito (1995), a perturbação da auto-estima pode ser passageira ou crónica. A primeira, contrariamente à segunda que se estende no tempo, consiste

numa situação onde a pessoa, que antigamente tinha uma imagem positiva de si, experiencia sentimentos negativos face a si própria, devido a circunstâncias difíceis (perda, mudança). Este é um problema pontual, no entanto, se a desvalorização se prolongar no tempo, pode tornar-se uma perturbação crónica da auto-estima.

A auto-estima elevada pode ser genuína ou defensiva (Hoyle et al, 1999). No primeiro caso, os indivíduos têm sentimentos favoráveis genuínos sobre si próprios e não têm medo das falhas, enquanto no segundo caso, os sentimentos negativos sobre si próprios são escondidos de forma a só transparecer o socialmente aceitável, ou seja, o que é adequado à aprovação social. Como não revelam as fraquezas, estes últimos parecem ter elevada auto-estima. Assim, percebe-se que resultados elevados numa escala de avaliação da auto-estima, podem corresponder a significados diferentes.

A auto-estima pode, também, ser explícita ou implícita. A explícita engloba sentimentos de auto-valorização que os indivíduos têm consciência de possuir e pode ser medida por escalas tais como a de Rosenberg (1965). A implícita reporta-se a sentimentos inconscientes só medidos através de comportamentos indirectos (reacções não verbais por exemplo), (Hoyle et al, 1999). André (2004) sustenta que a auto-estima é um julgamento sobre si mesmo, muitas vezes secreto (pois não o revelamos aos outros) e, por vezes, inconsciente.

Também podemos considerar, ainda de acordo com Hoyle et al (1999), uma divisão entre auto-estima contingente e verdadeira. A primeira requer uma validação contínua e depende da satisfação de objectivos ou do atingir certos níveis de desempenho. Na segunda, os sentimentos de auto-valorização não flutuam com os resultados obtidos.

Por fim, deve considerar-se a instabilidade/estabilidade da auto-estima, o que está relacionado com as alterações ou flutuações dos sentimentos de auto-valorização actuais. Para alguns indivíduos, esta flutuação é mais exacerbada que para outros, que se

podem manter relativamente estáveis no que se refere a tais sentimentos (Hoyle et al, 1999).

Compreende-se, pois, que resultados iguais obtidos numa escala de auto-estima podem revelar indivíduos com elevada ou baixa auto-estima mas de naturezas diferentes.

### 3.5 As perturbações da Auto-Estima

Segundo Carpenito (1995), o distúrbio da auto-estima é definido como um estado no qual o indivíduo apresenta, ou corre o risco de apresentar, uma auto-avaliação negativa sobre si mesmo ou as suas capacidades.

Algumas características gerais que se podem manifestar (directa ou indirectamente) em indivíduos com alteração da auto-estima são: auto-desvalorização, sentimentos de culpa e vergonha, incapacidade em fazer face aos acontecimentos, rejeição dos comentários positivos e ampliação dos negativos sobre si próprio, incapacidade em estabelecer objectivos e resolver problemas, indecisão, manifestação de sinais de depressão (problemas do sono e alimentação), necessidade exagerada de aprovação pelos outros, comportamentos auto-destrutivos, renúncia a novas experiências, entre outros.

### 3.6 Auto-Estima e Conduta

Morais (sd) afirma que o modo como nos sentimos vai afectar a nossa vida, sendo que a visão que temos de nós mesmos vai reflectir-se no mundo do trabalho e na vida pessoal. Um indivíduo que se sente bem consigo mesmo e confiante consegue mais

facilmente enfrentar os desafios do dia-a-dia, enquanto se tiver uma baixa auto-estima terá problemas em adaptar-se a mudanças, pois não acredita nas suas forças e recursos.

Segundo Alcantará (1997), a auto-estima influencia vários aspectos da vida, nomeadamente, a aprendizagem e autonomia. Fazendo um paralelismo com o paciente ostomizado, se este tiver uma baixa auto-estima, poderá tender a resistir a uma aprendizagem sobre como cuidar da sua ostomia e, conseqüentemente, pode tornar-se dependente de outros. Por outro lado, nesta situação de ostomia, uma auto-estima elevada poderá, também, ser um factor influente para ultrapassar momentos difíceis e superar as dificuldades. Segundo André (2005), uma das funções da auto-estima é, precisamente, potenciar a capacidade do indivíduo se envolver eficazmente na acção. Um indivíduo com baixa auto-estima envolve-se com muita prudência e hesitação nas várias situações e acções, renuncia às mesmas mais facilmente se encontrar dificuldades, adoptando, por isso, frequentemente, a procrastinação. Pelo contrário, um indivíduo com elevada auto-estima, toma mais rapidamente a decisão de agir e persevera face às adversidades que vão surgindo.

### 3.7 Auto-Estima e Bem-Estar

O bem-estar subjectivo é a avaliação que o indivíduo faz da sua vida tanto a nível de satisfação com a mesma como de afectividade estável (Simões, Ferreira, Lima, Pinheiro, Vieira, Matos e Oliveira, 2003). Com a idade, a afectividade positiva tende a aumentar e a negativa mantêm-se estável.

Vaz Serra (1986, citado por Oliveira, 2004) afirma que um elevado auto-conceito diminui a probabilidade do indivíduo possuir sintomas depressivos. Desta maneira, um indivíduo com um bom auto conceito tem maior facilidade em adaptar-se a situações

geradoras de stress, pois estas são consideradas menos ameaçadoras, e tem menos tendência à solidão.

Vários estudos realizados revelam, também, uma relação entre o auto-conceito e a saúde, sendo que pessoas com melhor auto-conceito teriam menos doenças e um estilo de vida mais saudável (Albuquerque e Oliveira, sd; Vaz Serra, 1988).

Outros estudos referem o contrário, ou seja, que indivíduos com baixo auto-conceito tendem a adoptar estilos de vida menos saudáveis. Por exemplo, num estudo de Burton, Sussman, Hansen, Johnson e Flay (1989) onde se examinaram as intenções de fumar em alunos do sétimo ano, constatou-se que, quando os alunos tinham um baixo auto-conceito, fumavam mais porque este acto era entendido como “elevador” da identidade social.

Mais concretamente relacionado com a auto-estima, existe um estudo de Muhlenkamp e Sayles (1986) que verificou que a auto-estima e o apoio social eram bons indicadores do estilo de vida e que este último tinha um impacto positivo na auto-estima.

Blascovich e Tomaka (1991), Mruk (1998) e Adler e Stewart (2004) corroboram esta ligação entre auto-estima e saúde, defendendo que a auto-estima influencia os comportamentos de saúde e o bem-estar psicológico (ansiedade, depressão, etc).

Também Seigley (1999) refere que a auto-estima influencia os comportamentos saudáveis e a saúde do indivíduo.

Por fim, também num estudo de Simões et al (2003), verifica-se que a auto-estima contribui para a noção de bem-estar subjectivo dos indivíduos.

#### 4. AUTO-IMAGEM CORPORAL

Na actualidade, o corpo é ponto de partida para numerosos estudos nas mais variadas áreas do conhecimento.

Neste capítulo, iremos abordar a imagem corporal. Numa primeira parte, definiremos o conceito e a evolução histórica da sua importância. Numa segunda parte, abordaremos a alteração da imagem corporal, em função de diferentes idades, o tempo de permanência da alteração e o modo como surgiu, a alteração da imagem corporal em situação de doença, e, mais concretamente, em indivíduos ostomizados. A terceira parte fará alusão, de uma forma muito superficial, às reacções e adaptação à alteração da imagem corporal. A quarta parte será uma ponte de ligação ao capítulo seguinte da auto-estima. Por fim, a última parte incidirá sobre a relação entre a alteração da imagem corporal e a intimidade e sexualidade, constituindo também um elo de ligação para o capítulo da satisfação conjugal.

##### 4.1 Imagem Corporal – Uma Construção em Desenvolvimento

Segundo alguns autores, a imagem corporal faz parte do auto-conceito de um indivíduo. Apesar de não ser objectivo deste trabalho explorar este conceito, faremos apenas um breve enquadramento do mesmo para uma melhor compreensão da temática em estudo.

Para Vaz Serra (1988), a auto-estima e a imagem corporal são duas facetas do auto-conceito. Para este autor, o auto-conceito é a percepção que um indivíduo tem de si próprio nas mais variadas facetas, sejam elas de natureza social, emocional, física ou académica.

Desta forma, segundo o autor atrás referenciado, podemos falar de auto-conceito emocional, social e auto-conceito físico, sendo este último alusivo à aparência e aptidões físicas. É sobre este que nos iremos debruçar mais, ao longo deste capítulo.

Carvalho, Soares e Guedes (2000) afirmam que o auto-conceito humano engloba atitudes relacionadas consigo próprio, a percepção das capacidades pessoais, a imagem física e a identidade e também um sentido geral do seu valor.

Podemos, então, aceitar que a imagem corporal faz parte do auto-conceito de um indivíduo (Brundage e Broadwell, 1995; Martins, 1999). Para Martins (1999), o auto-conceito é mais abrangente, pois é a organização das qualidades que o indivíduo atribui a si próprio.

Apesar de existirem várias definições de imagem corporal, considera-se, de uma forma geral, que a imagem corporal é o retrato mental que o indivíduo tem do seu corpo. Bernstein (1990, citado por Oliveira, 2004), afirma que a imagem corporal é um fenómeno biopsicossocial que engloba a visão de nós próprios, não só fisicamente, mas também fisiologicamente, sociologicamente e psicologicamente. Também segundo Tovian (2002), a imagem corporal é a representação mental ou cognitiva do indivíduo do seu corpo, englobando a sua aparência exterior, órgãos internos e processos fisiológicos. Norris (1982) defende que a imagem corporal é o conjunto de percepções, informações e sensações conscientes e inconscientes, em constante mudança sobre o nosso próprio corpo. *“É uma criação social que se desenvolve através das percepções reflectidas da superfície do corpo, dos investimentos que fazemos de partes ou da totalidade do corpo e das reacções às sensações provenientes das regiões internas do corpo”* (p. 17). Complementando esta ideia, também Schilder (1980) refere que estas sensações podem provir dos músculos e invólucros, da sua enervação e das vísceras, sendo uma imagem tridimensional que todos têm de si mesmos. Para este autor, a

imagem corporal é a figuração do nosso corpo na nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós.

De acordo Pruzinsky e Cash (2002), a imagem corporal pode querer dizer “imagens corporais”, visto ser um conceito de maior complexidade, pois pode ser referente a percepções, pensamentos e sentimentos acerca do corpo e da experiência corporal. Consolidando esta ideia, Vaz Serra (1988) defende que um indivíduo não tem a seu respeito uma, mas várias auto-imagens, sendo que estas contribuem para a construção do auto-conceito.

Além do referido, Carvalho et al (2000) defendem que a imagem corporal pode ser definida por várias partes que se relacionam entre si: o corpo como efectivamente é (imagem real), o corpo como desejaríamos que fosse (imagem ideal), o corpo como os outros o vêem, o corpo como o mostramos (vestuário, postura, maquilhagem e acessórios), estratégias conscientes e inconscientes que desenvolvemos para lidar e/ou adaptar às alterações que surgem e o apoio social e familiar, que pode ser maior ou menor.

A imagem corporal, tal como vários autores defendem, está em constante mudança, sendo por isso um construto dinâmico (Black, 2004; Brundage e Broadwell, 1995; Carvalho et al, 2000; Harcourt e Rumsey, 2006; Lacueva, 1989; Oliveira, 2004; Salter, 1988a).

De acordo com Harcourt e Rumsey (2006), a imagem corporal engloba as percepções, pensamentos e sentimentos da pessoa sobre o seu próprio corpo, podendo esta incluir a aparência, o tamanho do corpo, a forma e a atractividade, sendo, para estas autoras, um construto dinâmico, uma vez que muda consoante as experiências de vida de uma pessoa.

Lacueva (1989) enfatiza a tese de uma pessoa não nasce com uma imagem corporal mas que a começa a desenvolver na altura do nascimento, sofrendo alterações ao longo da vida. Estas alterações podem ser naturais ou espontâneas (as que decorrem do tempo) e não naturais, como é o caso das perdas de partes corporais por trauma, cirurgia, etc.

Para Brundage e Broadwell (1995, p.415), a imagem corporal “*é a ideia mental que a pessoa tem do seu corpo em qualquer momento, e baseia-se nas percepções passadas assim como nas actuais.*” Esta imagem é desenvolvida com o tempo e, tal como os autores referem, decorre também das sensações interiores, contacto com objectos e outros indivíduos e experiências emocionais e fantasias. Por este motivo, é uma percepção dinâmica, constantemente em mudança. Carvalho et al (2000) reforçam esta ideia, defendendo que esta imagem baseia-se nas percepções do indivíduo tanto do passado como do presente do seu corpo. É uma percepção dinâmica que se vai modificando com o crescimento cognitivo e com as mudanças físicas do corpo.

Também Salter (1988a) partilha da ideia de que as atitudes sociais e os factores ambientais reforçam a nossa imagem corporal.

Oliveira (2004) ao reportar-se a Fallon (1990) e Pruzinsky e Cash (1990) sustenta que a imagem corporal está em constante mudança de acordo com o crescimento biológico e com as circunstâncias da vida. Desta forma, como a imagem corporal não é estática, os aspectos da nossa experiência corporal estão permanentemente a alterar-se.

A natureza dinâmica da imagem corporal é, igualmente, reforçada por Norris (1982) ao referir que, tanto na saúde como na doença, existem várias mensagens que o corpo emana, as quais podem provocar a aceitação através de uma integração do eu ou, pelo contrário, a rejeição ou modificação.

Segundo Norris (1992), a imagem corporal começa a desenvolver-se à nascença, sendo que, nesta primeira fase, apenas existe uma percepção de sensações: conforto ou

desconforto, dor, fome, etc. De seguida, há uma exploração do eu e do ambiente e uma tomada de consciência da separação do próprio corpo do corpo da mãe e dos outros. Esta ideia do primeiro e segundo nível de experiência corporal é também suportada por Brundage e Boadwell (1995) e Krueger (2002).

A imagem corporal desenvolve-se, pois, a partir de mensagens sensoriais que provêm tanto do interior como do exterior do corpo, em contacto como o ambiente (Norris, 1992). Estas sensações variadas, que podem ser tácteis, térmicas ou dolorosas, e que podem vir dos músculos, dos órgãos e dos nervos, são recebidas à medida que o nosso organismo se desenvolve e experimenta o próprio corpo e explora o seu ambiente circundante. Estas experiências do corpo podem ser interpretadas em termos de sensações, percepções de si em comparação ou por contraste com outras pessoas e fornecem ao indivíduo uma sensação de unidade corporal (Norris, 1992; Krueger, 2002).

Brundage e Broadwell (1995) corroboram esta ideia ao afirmar também que a imagem corporal além de ser influenciada pelo crescimento cognitivo, o é também pelas alterações do corpo, que originam estímulos físicos. Estes estímulos podem ser internos ou externos ao corpo, sendo que estes últimos advêm do ambiente físico e social.

Norris (1982) afirma que a imagem corporal fornece uma base à identidade e, desta forma, quase todas as mudanças na sua estrutura corporal são sentidas como uma ameaça. Este autor refere que há certos grupos culturais que não permitem que lhes tirem fotografias, pois isso significa roubar a identidade ou a alma da pessoa fotografada (Norris, 1982).

## 4.2 Evolução da Importância do Corpo

As representações do corpo têm sofrido bastantes alterações ao longo dos últimos séculos. Desta forma, para uma melhor compreensão da temática, iremos descrever esta evolução de forma sucinta.

Mesquita e Ferreira (1999) afirmam que, nas sociedades antigas, o corpo era um objecto de trabalho, defesa e prazer, sendo que o seu valor dependia do seu papel no grupo social.

Entre a Idade Média e a Renascença, a concepção de um corpo é a de um corpo microcosmo, a de uma representação em miniatura do universo. Há numerosas gravuras desta época que comprovam bem esta concepção relacional do homem microcosmo e do universo, tais como os homens zodíaco ou homens anatómicos (Dostie, 1988).

A partir do século dezassete, segundo o mesmo autor, o corpo será apreendido mais como uma montagem mecânica. Dostie (1988) reforça a importância do contributo de Descartes nesta concepção do corpo máquina. O dualismo cartesiano coloca a alma num patamar hierarquicamente superior ao do corpo e que o domina e determina as suas acções. Desta maneira, o corpo seria apenas um autómato comandado pela alma. Mesquita e Ferreira (1999) corroboram também esta ideia ao defender Descartes na sua separação da mente, coisa pensante, do corpo. O acto de pensar era, assim, visto como uma actividade separada do corpo.

No século dezoito, surge uma preocupação com o tempo e com a degenerescência da espécie, sendo valorizados o vigor, a força, a robustez e a saúde. Ou seja, é preferida a eficiência do corpo à sua visão estética tradicional. Esta tendência estende-se pelo século dezanove, segundo Dostie (1988).

A partir do século vinte, as representações do corpo terão em conta, além dos aspectos biológicos, os conhecimentos fornecidos pela psicologia.

Graças à psicofisiologia, o corpo pode ser percebido como uma máquina. Dostie (1988) compara o corpo a um computador onde as partes devem ser entregues à inspecção de uma consciência.

Para Mesquita e Ferreira (1999), ao iniciar o século vinte, surge uma nova concepção regida pelas leis da mecânica, termodinâmica e psicologia “corpo são em mente são”. Estes autores referem também que, actualmente, a força de trabalho valorizada no passado, foi substituída pelas máquinas, surgindo, agora, uma valorização à eterna juventude e ao belo. Esta função estética adquiriu um novo papel na sociedade actual.

Percebe-se, então, que as representações do corpo sofreram várias alterações nos últimos séculos.

#### 4.3 Socialização do Corpo

Actualmente, há uma grande valorização pela sociedade da imagem perfeita do corpo, demonstrada pelos inúmeros anúncios que mostram e incentivam a ter um corpo perfeito, sem imperfeições. A primeira impressão que temos de alguém é sobre o seu corpo, sendo costume avaliar as pessoas pelo seu aspecto físico. Deste modo, é frequente os indivíduos chamarem ou desviarem a atenção de aspectos do seu corpo que querem realçar ou esconder.

A beleza exerce uma grande influência na percepção do outro. As primeiras impressões de uma pessoa bela são mais favoráveis e dão-lhe um certo poder social (Dostie, 1988; Jackson, 2002). Jackson (2002) acrescenta, ainda, que associado à beleza

e atractividade física estão certos atributos positivos como a competência social ou ocupacional.

Desta forma, Brundage e Broadwell (1995) referem que todos os indivíduos, em maior ou menor grau, têm necessidade que o seu corpo seja aprovado e aceitável pelos outros.

Norris (1982) afirma que a imagem corporal é uma criação social. A normalidade é julgada pela aparência de um indivíduo, a sua maneira de exprimir e de utilizar o seu corpo. Cada sociedade estabelece as “regras” e as manifestações corporais aceitáveis. Qualquer desvio à normalidade imposta pela sociedade, tanto física como comportamental, implica algum grau de desaprovação, sendo que, contrariamente, uma aparência normal e um comportamento correcto levam à aprovação e aceitação da sociedade. Desta forma, é através das diferentes aceitações e sanções e das reacções dos outros e da sociedade que o indivíduo vai construindo e modificando a sua imagem corporal. Brundage e Broadwell (1995), Jackson (2002) e Cash (2002a), reforçam esta ideia, referindo que a maneira como as pessoas encaram os seus corpos é influenciada pelas atitudes da sociedade, pais e colegas. Podemos, ainda, acrescentar que a noção de beleza depende da cultura onde o indivíduo está inserido (Williamson, Stewart, White e York-Crowe, 2002).

Dostie (1988) fortalece a ideia que o corpo é objecto de uma normalização social constante e de normas impostas pela sociedade tais como: de desenvolvimento (magreza, musculatura), de apresentação (estética, vestuário), de expressão corporal e gestual (comunicação, expressão afectiva). Estas normas sociais levam muitos indivíduos a realizarem esforços incomensuráveis, englobando, muitas vezes, cirurgias plásticas, para tentarem aproximar o seu corpo do socialmente desejável, escondendo ou dissimulando partes e realçando outras.

Existem, hoje em dia, vários factores responsáveis pela importância atribuída ao corpo e à imagem corporal. Oliveira (2004) enumera três factores que considera de maior responsabilidade que são: a importância do consumo, o padrão de beleza mundial e a menor tolerância à adversidade. Relativamente à importância do consumo, a própria sociedade cria necessidades de ordem corporal e estéticas que, segundo a autora, são difíceis de concretizar, exigindo, muitas vezes, o recurso a técnicas como as cirurgias plásticas. Por outro lado, surgiu um padrão de beleza mundial, divulgado sobretudo pelos *media*, que todos devem adoptar, apelando, sobretudo, à magreza e à eterna juventude. Estes dois aspectos reflectem-se numa menor tolerância à adversidade, recusando os indivíduos serem diferentes do modelo ideal do corpo estabelecido pela sociedade. Corroborando esta ideia da pressão da sociedade, também outros autores defendem que os *mass media* apelam à necessidade constante de ter um corpo saudável e com uma aparência agradável e atractiva (Cash, 2002a; Salter, 1988a; Seymour, 1998; Tiggemann, 2002).

Dostie (1988) afirma que os corpos são socialmente trabalhados, desde o seu aspecto físico até às manifestações comportamentais, sendo, por isso, desta forma, objectos sociológicos. O mesmo autor, ao reportar-se a Vigarello (1978), afirma que “*o corpo é o primeiro local onde a mão do adulto marca uma criança, é o primeiro espaço onde se impõem os limites sociais e psicológicos dados à sua conduta, é o emblema onde a cultura vem inscrever os seus sinais como tantas marcas*” (p.56).

Dostie (1988) refere-se, também, à passagem da natureza à cultura onde o ser humano é afastado da sua animalidade, como vimos acima, e submetido a uma quantidade de regras e normas sociais que podem ter várias origens: mitológicas, religiosas, estéticas ou científicas. Esta função serve para lembrar que o corpo social e o indivíduo são um só, indissociável. Temos vários exemplos nas diferentes culturas que

demonstram o que foi descrito tais como: a alongação do pescoço, o encurtamento dos pés, a mutilação genital, entre outros. Em todos estes casos, a lei, o código e a norma são encarnados no corpo dos indivíduos. Aqui, conseguimos entender como certas alterações no corpo são aceitáveis numa cultura e noutras não. Este aspecto é importante para contextualizar a aceitação social da ostomia num indivíduo.

O corpo é sempre um “corpo comunicante”, uma vez que está, por inteiro, implicado em qualquer acto comunicativo. Há vários canais de comunicação: visuo-facial, áudio-vocal, cutâneo (ex: calor do corpo), químico (ex: influência dos odores), movimento e postura corporal, ornamentos e vestuário utilizados (Dostie, 1988). Aqui, podemos entender como o odor e o barulho dos gases e fezes de uma colostomia, por exemplo, podem influenciar a comunicação entre dois indivíduos. Há vários tipos de distâncias aceitáveis socialmente para ocasiões íntimas, sociais e públicas. O odor (que pode emanar de uma ostomia ou o medo de emanar) influencia e condiciona este nível das distâncias íntimas e pessoais.

Bernstein (1990, citado em Oliveira, 2004) diz que cada um de nós tem uma imagem ideal de corpo e compara esse ideal com as próprias concepções e percepções do seu corpo. Este ideal é influenciado pela cultura onde um indivíduo está inserido, sendo que a divergência entre este ideal e o real pode condicionar o auto-conceito.

Após esta exposição, podemos, então, compreender a grande influência que a sociedade tem sobre a percepção que temos do nosso corpo.

#### 4.4 Alterações na Imagem Corporal

Há várias causas de alteração da imagem corporal. Segundo Carvalho et al (2000) a causa das alterações da imagem corporal podem ser de origem biofísicas, cognitivo-

perceptuais, psicossociais, culturais e espirituais. Neste trabalho, focar-nos-emos mais especificamente na alteração da imagem corporal com origem biofísica.

Um exemplo clássico de alteração da imagem corporal é a amputação de uma perna. Este tipo de cirurgia provoca, muitas vezes, a sensação de membro fantasma, que consiste no facto do indivíduo sentir ainda o membro amputado, como se este ainda existisse. A existência de uma colostomia, ileostomia ou urostomia, tal como nos casos anteriores, provoca uma alteração na imagem corporal do indivíduo, à qual este também se tem de adaptar. A alteração da imagem corporal, nestes doentes, pode provocar diferentes reacções emocionais, sendo uma das mais relevantes a diminuição da auto-estima.

A criação de um estoma pode ser realizada em qualquer idade, desde bebé até à velhice. Segundo Salter (1988b), um bebé pequeno não terá o problema da imagem corporal mas os pais é que podem enfrentar-se com o facto de o seu filho ser diferente dos outros bebés. Relativamente às crianças, a autora diz que se elas crescerem com a ostomia, apenas se vão sentir diferentes quando entrarem na escola primária, altura onde a crueldade entre as crianças se verifica frequentemente. No entanto, defende que se os cuidadores demonstrarem afecto e aceitação pela mesma, este processo torna-se mais fácil e a criança aprende a ter uma visão mais positiva sobre si mesma. É de referir que, além da crueldade que estas possam manifestar, o poder de adaptação e aceitação das crianças é também grande.

A adolescência é uma fase da vida onde se verificam várias mudanças corporais e onde a adaptação, se for acompanhada pela presença de um estoma, ainda se torna mais difícil. Claro está que, tal como noutros casos, se o estoma já existir desde criança, torna o processo de adaptação diferente do que seria se surgir apenas na adolescência, assim como, quanto mais incapacitante for a doença que o precede, mais facilmente o

adolescente aceita a ostomia. Temos, como exemplo, as fortes diarreias e dores causadas pelas doenças inflamatórias intestinais (Salter, 1988b). O uso de bikini, especialmente na moda, pode ser extremamente problemático. Esta autora defende que, apesar de não ser aconselhado contar a todas as pessoas do problema, é recomendável que, pelo menos as pessoas mais próximas saibam, para melhor poder ajudar.

Os adultos têm, muitas vezes, o problema de decidir o quê e quando contar ao seu parceiro quando uma relação estabelecida se torna mais profunda. Existe, muitas vezes, o medo da não-aceitação por parte do outro, assim como sentimentos de culpabilização do próprio estoma, se a relação por esse motivo terminar.

Para Martins (1999), apesar da imagem corporal poder sofrer alterações em qualquer fase da vida, a importância atribuída pelo indivíduo varia, consoante essa mesma fase.

Enquanto na adolescência, altura crucial do desenvolvimento, uma alteração pode ter consequências na sua personalidade e no modo de se relacionar com os outros, na idade adulta e velhice assume outras importâncias. Na idade adulta, nosso ponto de análise neste trabalho, pode haver ameaça aos papéis sociais até então desempenhados, ao posicionamento adquirido na sociedade e à imagem que esta tem de si.

Quanto ao tipo de ostomia, Norris (1982) refere um estudo que indica haver grandes diferenças entre um indivíduo que teve uma colostomia e outro que teve uma ileostomia. Esta justificação prende-se com o facto da causa de muitas ileostomias ser, por exemplo, uma colite ulcerosa que provoca transtornos intensos no dia-a-dia pelas inúmeras alterações no trânsito intestinal – as diarreias.

Além da alteração da imagem corporal poder ser diferente consoante a idade, também a rapidez e a duração da mudança influenciam a adaptação do indivíduo.

As mudanças graduais no corpo são mais fáceis de acomodar psicologicamente que as repentinas, segundo White (2002).

A realização de uma ostomia de urgência é muito mais difícil de aceitar do que aquela que é programada. Um indivíduo, quando bem informado e preparado para o que vai ser submetido, aceita melhor a sua situação clínica do que quando tal não se verifica. Ora, a alteração brusca da imagem corporal provoca um choque que requer mais tempo de adaptação (Salter, 1988b). Segundo Norris (1982), uma mudança grande e repentina será mais ameaçadora do que pequenas mudanças num grande espaço de tempo. Uma cirurgia de urgência, que cria uma ostomia, não permite a preparação prévia do doente para uma alteração da imagem corporal.

Há mudanças da imagem corporal que são temporárias (ex: perda de cabelo após quimioterapia, reconstrução da mama após mastectomia) e outras definitivas (ex: amputação, algumas ostomias) que necessitam de um ajustamento e adaptação permanente a esta alteração.

Vários são os autores que afirmam que uma mudança da imagem corporal temporária é mais fácil de tolerar do que uma definitiva. Brundage e Broadwell (1995) referem que muitos doentes toleram as alterações da imagem corporal porque é temporária (ex: ostomias temporárias). No entanto, Martins (1999) realça um aspecto importante quando diz que as alterações temporárias são mais facilmente toleradas, mas não aceites pelos doentes.

A alteração da imagem corporal de um indivíduo ostomizado começa, em muitos casos, na altura da marcação do local do estoma, realizada no dia prévio à cirurgia. Digamos que este é o primeiro marco da alteração que se vai efectuar. Neste caso, desenha-se no abdómen do utente um círculo onde vai ficar a futura ostomia. Harcourt e Rumsey (2006) referem que um doente com uma ostomia pode ficar incomodado com a

alteração da imagem corporal provocada por esta, assim como o cheiro, o barulho, alterações no normal funcionamento e no seu quotidiano que daí advêm.

Relacionado com a presença da ostomia está a incontinência, aspecto que será desenvolvido de seguida, devido à sua crucial importância para a compreensão desta temática do indivíduo ostomizado.

Numa pessoa “normal” o ânus está escondido, é funcional e requer apenas cuidados mínimos de limpeza. A presença de um estoma reverte por completo esta situação, uma vez que este está presente numa zona visível, relembrando constantemente ao indivíduo a sua situação e necessitando de cuidados mais demorados. Além do mais, pode ser também bastante audível com a saída dos gases, tornando a pessoa constrangida, tanto em público como em ocasiões íntimas (Salter, 1988b).

Em condições normais, os adultos estão habituados a controlar a sua eliminação de fezes e urina, prevendo os seus hábitos sanitários de forma precoce (Price, 1994b). E este é um facto socialmente aceite. No entanto, quando tal trajecto é alterado, como quando se tem uma ostomia de eliminação, este facto deixa de ser, para o indivíduo, socialmente aceite, em maior ou menor grau. Dudas (1986) acrescenta ainda que, um indivíduo até pode compreender a razão da construção da ostomia, mas considera a incontinência fecal ou urinária e a exposição da experiência habitualmente privada, como sendo uma situação repugnante. Weerakoon (2001) reforça esta ideia quando afirma que o estoma prova uma mudança numa função corporal que é tida como garantida (micção e defecação).

Todos os seres humanos têm necessidade de eliminar excreções humanas, nomeadamente a urina e as fezes, sendo que este acto é realizado habitualmente na privacidade. Seymour (1998) afirma que falar destes aspectos é desconfortável para os indivíduos, e que a natureza destas actividades pode causar embaraço, vergonha e

humilhação. Um relato de um dos sujeitos do estudo de Seymour (1998) diz que o seu maior desejo é ser parecido o mais possível com os seus amigos, sendo que, desta forma, evita as discussões das eliminações corporais com os outros.

A passagem das excreções humanas para o exterior ou receptáculo apropriado é considerada um trajecto sujo, assim como os locais por onde passam as excreções. Desta forma, a uretra e o ânus são considerados locais vulneráveis e os assuntos abordados sobre estes locais podem provocar uma ansiedade extrema (Seymour, 1998). A aversão a tocar nos produtos de excreção de um corpo, que funciona adequadamente (ex: fezes, urina, saliva, transpiração) é uma das aprendizagens da infância, sendo que uma criança é reprimida se tocar num destes produtos. Uma das principais tarefas da infância é o controlo dos esfíncteres e a consequente continência das fezes e urina. As crianças são treinadas desde cedo nesta tarefa e a sua dominação é mais um passo para o crescimento e evolução. Este é um sinal da importância dada pela nossa sociedade à continência corporal. Segundo Seymour (1998), o processo de civilização depende da gestão das funções e produtos corporais.

Salter (1988a) corrobora esta ideia quando afirma que a incontinência provoca uma alteração da imagem corporal do indivíduo. A imagem saudável que, habitualmente, os indivíduos têm deles, é substituída pela ausência de controlo sobre a eliminação e a necessidade de utilizar dispositivos colectores, assim como a sensação de retorno à infância. Este aspecto da perda de controlo sobre a eliminação é também realçado por Tovian (2002).

De acordo com Seymour (1998), qualquer prática que desvie as atenções de uma determinada zona do corpo ou cause alterações em aquisições tomadas como certas (ex: continência de esfíncteres) pode ameaçar a estabilidade do corpo. Podemos referir-nos, aqui, às cirurgias produtoras de estomas de eliminação.

Segundo a mesma autora, uma diarreia intensa ou movimentos intestinais não controláveis provocam um desmoronamento da capa superficial de civilização que um indivíduo tem e torna-o tão indefeso e vulnerável como uma criança. Isto porque não é fácil um indivíduo ter confiança nos processos corporais, especialmente na capacidade dos orifícios corporais reterem os excrementos até à altura e local convenientes. Assim, conseguimos compreender como a existência de uma ostomia pode provocar uma ansiedade sobre o próprio corpo.

De acordo com Seymour (1998), *“o desconforto físico de uma bexiga que verte deve ser imenso, mas o estigma associado ao falhanço de guardar os seus orifícios corporais é muito maior. A vergonha e a humilhação levam as pessoas a elaborar estratégias de ocultamento, incluindo o isolamento social”* (p.157). Tovian (2002) reforça esta ideia, ao afirmar que um dos maiores medos de um indivíduo com incontinência é a vergonha pública provocada por uma fuga de urina, que acarreta odores ou manchas no vestuário. Por este motivo, o isolamento social é muitas vezes a sua maneira de lidar com a situação.

Para Salter (1988a), a criação de uma ostomia provoca uma alteração da imagem corporal que, embora esteja oculta debaixo do vestuário, não deixa de ser o equivalente ao ânus/uretra colocado numa posição proeminente no abdómen, que requer cuidados contínuos. Pode ter várias complicações e, aí, dominar por completo a vida de um indivíduo.

Os pacientes submetidos a uma cirurgia produtora de um estoma experienciam uma ameaça forte à sua integridade física e auto-conceito, uma vez que existe uma mudança da imagem corporal relacionada com uma função corporal – a eliminação (Black, 2004; Brown e Randle, 2005). Esta alteração da imagem corporal é, ainda, reforçada pela falta de controlo do som e do odor dos produtos eliminados. O controlo da eliminação é

realizado, como já vimos, em estádios precoces da vida e em locais privados e, por este motivo, a sua perda inevitavelmente provoca uma alteração da imagem corporal e um sentimento de regressão à infância. Burch (2005) corrobora esta ideia quando afirma que os ostomizados temem a rejeição dos amigos e família, pois não só têm uma alteração na imagem corporal, como têm uma perda de controlo da eliminação. Este facto leva, muitas vezes, ao isolamento social. Desta maneira, o apoio fornecido pela família é fundamental para ultrapassar esta situação.

Lacueva (1989) afirma que um estoma é o resultado de uma cirurgia mutilante, causando uma alteração na imagem e função corporal pouco visível mas muito traumatizante, pois o indivíduo rompe todos os esquemas corporais que tinha, tornando-se diferente do seu grupo. Segundo Salter (1988b), a perda de um órgão interno e a criação de um externo, como no caso da ostomia, é uma perda que requer um luto. Dudas (1986) acrescenta que a perda de uma função corporal, como é o caso da eliminação, pode ser semelhante à perda de um ente querido.

Muitas vezes, a alteração corporal observável não corresponde à auto-imagem corporal que um indivíduo tem, podendo existir um grande desfasamento da realidade. Estas situações ocorrem, sobretudo, quando o sofrimento respeitante à alteração da imagem corporal é elevado e a adaptação psicológica à incapacidade é difícil, de acordo com Shontz (1990, citado por Oliveira, 2004). Por outro lado, segundo a mesma autora, se a vida tem sentido para além da incapacidade, a alteração na imagem corporal pode tornar-se insignificante.

#### 4.5 Reacções à Alteração da Imagem Corporal

Uma alteração da imagem corporal pode provocar diversas reacções num indivíduo. Estas reacções dependem de vários factores, nomeadamente, a origem e o tipo da alteração e a reacção dos outros.

Harcourt e Rumsey (2006) referem que uma alteração na imagem corporal pode tornar-se numa experiência emocional difícil, uma vez que uma pessoa tem sempre incorporado à sua imagem um conjunto de sentimentos e significados. Brundage e Broadwell (1995) salientam que a maneira como o indivíduo reage à perda é influenciada pelo valor que este dá à parte do corpo em causa.

A necessidade de um estoma provoca, nalgumas pessoas, sentimentos de choque e desgosto, uma vez que este tipo de cirurgia tem impacto tanto na mente como no corpo. Aquela imagem de corpo saudável é, agora, substituída por outra. Além do aspecto físico da própria ostomia, vermelha, inchada e suja, vem também associada a conotação social (Salter, 1988b). Mais uma vez, realçamos que qualquer tipo de mudança desfigurativa no corpo é difícil de gerir numa sociedade onde a ênfase dada ao belo, saudável e perfeito é elevada.

Salter (1988b) diz que alguns doentes com ostomia sentem-se muitas vezes estigmatizados no trabalho, família ou sociedade. Esta autora dá como exemplos raparigas que em determinadas culturas não são consideradas aceitáveis para casar porque têm uma ostomia ou os empregados da restauração que vêem o seu retorno ao trabalho mais dificultado do que em outro tipo de trabalhos ou, ainda, pessoas que vivem em camaratas, partilhando o seu espaço pessoal do quarto e casa de banho com

outros indivíduos, tornando o processo de ocultação da ostomia difícil e, muitas vezes, não aceites pelos outros.

Norris (1982) relata um estudo realizado, cinco a treze anos após a operação de 38 doentes colostomizados casados, onde se verificou que 25 cônjuges nunca tinham visto a colostomia ou que só a viram de início. Treze doentes (dos quais, seis mulheres) tiveram necessidade de cuidados após a alta hospitalar, o que implicou a visualização da colostomia por parte do cônjuge. Pelo menos nove cônjuges tiveram reacções relativamente à colostomia que iam desde a recusa a olhar, expressões de nojo, vômitos e desmaio. Alguns doentes dissimulavam a sua colostomia porque sabiam que os seus cônjuges não a suportavam.

A perda do controlo de uma função do nosso corpo (ex. controlo da eliminação) provoca um grau variável de perda de controlo sobre si mesmo o que ameaça a imagem corporal (Norris, 1982). Harcourt e Rumsey (2006) reforçam, também, esta noção de controlo. Afirmam que alguns doentes podem sentir que o corpo deles está a falhar e fora de controlo, na medida em que não funciona nem tem a aparência esperada.

Relativamente à incontinência, um sujeito referido no estudo de Seymour (1998), afirmou que, durante anos, não foi a lado nenhum porque era muito duro. Neste momento, ele consegue controlar sozinho, todos os aspectos do funcionamento da bexiga e dos intestinos e sente-se mais normal.

O medo de muitos indivíduos é terem outra pessoa envolvida neste processo, pois é considerada uma espécie de intrusão. Seymour (1998), referindo-se a doentes que ficaram incontinentes após lesão medular, diz que o facto de terem de depender de outros para os assistir nestas funções corporais básicas, é um factor extremamente penoso para a manutenção da auto-identidade. O mesmo se pode verificar em

indivíduos ostomizados que tenham de depender de outros para a mudança do sistema colector de fezes ou urina.

Um indivíduo com alteração da imagem corporal tem, frequentemente, de lidar com as reacções, questões e comentários dos outros. Segundo Harcourt e Rumsey (2006), por este motivo, e de forma a evitar uma chamada de atenção à sua aparência corporal, muitas vezes, os indivíduos incorrem em atitudes de isolamento social, evitando o contacto visual, os diálogos ou mesmo fugindo a encontros sociais. Brundage e Broadwell (1995) reforçam também esta opinião afirmando que as interacções sociais são afectadas e diminuem à medida que a alteração se torna mais evidente.

A observação do comportamento e reacção dos outros permitem testar e consolidar a nossa imagem corporal. Desta forma, compreendemos como reacções de nojo, perante uma ostomia, por parte dos outros, não ajuda na construção de uma imagem positiva de si.

Harcourt e Rumsey (2006) dão, igualmente, o exemplo de indivíduos com desfiguramento facial devido a cancro da cabeça e pescoço, onde o desafio social é grande, dada a visibilidade destas áreas, ficando, também, a comunicação muitas vezes alterada.

Brundage e Broadwell (1995) referem que, para os homens, a capacidade para trabalhar e de ganhar dinheiro são muito importantes, sendo que a perda desse poder pode provocar alterações na sua auto-estima e, conseqüentemente, nas relações familiares. Os mesmos autores explicam que, depois de uma ostomia, a diminuição do trabalho doméstico parecia ser mais aceitável para as mulheres do que a redução do emprego remunerativo era para os homens, sendo que a maioria dos homens referiu um medo da dependência da mulher e dos filhos. Withbourne e Skultety (2002) acrescentam, ainda, algumas diferenças verificadas entre os homens e as mulheres. Para

estes autores, os homens são menos vulneráveis às diferenças na imagem corporal no respeitante à aparência exterior e mais sensíveis quando afecta a saúde e a competência corporal. Verifica-se, então, que, de uma maneira geral, as mulheres estão menos satisfeitas com os seus corpos que os homens (Mckinley, 2002).

Para finalizar, apesar de tudo o que foi referido anteriormente, importa salientar que o descontentamento com uma parte do corpo não implica uma insatisfação com a sua imagem corporal. Cash (2002b) afirma que algumas pessoas podem não gostar de determinadas partes do seu corpo e manter sentimentos de atractividade perante os outros.

#### 4.6 Adaptação à Alteração da Imagem Corporal

A perda de partes do corpo (ex: mama, olhos, nariz, pernas, entre outros) necessita de um ajustamento, por parte do indivíduo da sua imagem corporal (Norris, 1982). Mullen e McGinn (1992) referem que, além do corpo se adaptar às mudanças, é necessário, também, que a nossa mente e emoções se ajustem. O tempo é um factor de adaptação (Norris, 1982).

Segundo Harcourt e Rumsey (2006), a adaptação bem sucedida da nova imagem corporal implica a integração das novas mudanças na anterior imagem que o indivíduo tem de si mesmo. As estratégias para lidar com esta situação podem ser evitantes ou não evitantes. Nas primeiras, as pessoas evitam as situações sociais e negam muitas vezes a sua situação, enquanto nas segundas procuram informação e adaptação à situação (Harcourt e Rumsey, 2006). Os mesmos autores dizem que os problemas da imagem corporal podem tornar-se mais visíveis se os doentes se compararem negativamente

com pares saudáveis, em vez de se compararem positivamente com pessoas em piores situações (ex: tratamentos mais agressivos de quimioterapia).

Price (1994b) considera três etapas na mudança da imagem corporal. Na primeira fase, há uma defesa da antiga imagem corporal, até o indivíduo verificar que já não é possível manter a imagem prévia. Esta fase verifica-se sobretudo na altura do diagnóstico clínico da doença e da proposta de cirurgia construtora de estoma. A segunda etapa consiste na rendição da antiga imagem corporal. O paciente, aqui, pode ter reacções de ira, dor, incredulidade e negociação. Por fim, na última fase, há uma construção de uma nova imagem corporal defeituosa. Ocorre no período pós cirúrgico e meses seguintes e é onde, normalmente, o doente aprende a cuidar do estoma. Esta fase é muito importante, pois é a fase onde os pacientes estudam as atitudes dos outros e esperam encontrar reacções fiáveis. Se os vários encontros sociais efectuados forem bem sucedidos, então, o indivíduo começará a explorar a forma como o seu corpo é aceite a nível íntimo e sexual. Será, nesta última fase, onde os indivíduos ostomizados deste estudo estarão.

Segundo Martins (1999), os indivíduos com alterações da imagem corporal relacionadas com a estrutura ou função têm, geralmente, de lidar com o desconforto provocado por aparelhos. No exemplo específico de indivíduos ostomizados, estes têm de utilizar um sistema colector de fezes ou urina - o saco. Deste modo, além da aceitação da ostomia, o indivíduo ainda tem de integrar na sua imagem a existência permanente de um saco colector de fezes ou urina (Price, 1994a; White, 2002).

O apoio social fornecido é fundamental para uma melhor adaptação à sua situação de saúde e aceitação da nova imagem corporal (Harcourt e Rumsey, 2006; Salter, 1988b; Seymour, 1998). Também Brundage e Broadwell (1995) salientam que o apoio

fornevido pela família e equipa de saúde é fundamental para uma melhor adaptação à alteração da imagem corporal.

Se um indivíduo não se adaptar à nova imagem corporal, pode deixar de realizar as actividades sociais habituais, como já vimos anteriormente. Dudas (1986) acrescenta que a presença de um estoma não é impeditivo de realizar actividades físicas e sociais, a não ser que esteja debilitado fisicamente ou não se adapte psicologicamente à alteração da imagem corporal. Este aspecto é relevante para entendermos como pode condicionar a vida social do casal.

A adaptação às modificações da imagem corporal (tamanho, estrutura, funcionamento) depende do tipo da alteração, do seu significado para o indivíduo, da capacidade do indivíduo para lidar com esta, das reacções das pessoas significativas e da ajuda oferecida ao doente e família para ultrapassar esta situação. Se esta adaptação compreende uma operação, então, começa antes. Ainda, segundo Pruzinsky (2002), as mudanças corporais que estão ocultas são mais facilmente adaptáveis do que as visíveis, pois não implicam uma exposição social tão acentuada no quotidiano.

Para Norris (1982), muitas vezes, os doentes começam o processo de adaptação, pedindo para ver a parte do corpo alterada. Frequentemente, o indivíduo ostomizado, ainda internado, não o faz directamente mas deita um relance quando o enfermeiro faz o penso. A negação é uma reacção frequente. Pode estar relacionada com uma ansiedade reprimida ou com uma alteração da percepção (Norris, 1982).

#### 4.7 Imagem Corporal e Auto-Estima

De acordo com vários autores, a alteração da imagem corporal está fortemente ligada à auto-estima de um indivíduo (Black, 2004; Cash, 2002a; Jackson, 2002;

Mesquita e Ferreira, 1999; Oliveira, 2004; Salter, 1988a; Weerakoon, 2001; Whitbourne & Skultety, 2002; Williamson et al, 2002).

Freedman (1990, citado por Oliveira, 2004), refere que existe uma correlação positiva entre imagem corporal e auto-imagem, e entre satisfação corporal e auto-estima.

Hoyle et al (1999) realçam a ligação entre a auto-estima e a imagem corporal, afirmando que há estudos que demonstram que a atracção física determina a auto-estima, e outros, o inverso. Verifica-se uma forte relação entre estes dois conceitos, sendo que as auto-avaliações no respeitante à imagem corporal estão fortemente relacionadas com a auto-estima global.

Santos e Maia (2003) defendem, também, que indivíduos com níveis mais elevados de auto-estima possuem uma imagem mais positiva de si.

Também Weerakoon (2001) aponta a relação existente entre as preocupações com a ostomia, sua aparência, odor e sonoridade e auto-imagem corporal e auto-estima diminuídas, incluindo a depressão. Desta forma, verificamos que uma alteração da imagem corporal pode dar origem à diminuição da auto-estima e a situações de depressão (Black, 2004; Mesquita e Ferreira, 1999; Williamson et al, 2002). Além do referido, Salter (1988a) defende que a insatisfação com a sua imagem corporal vai afectar a maneira de lidar e relacionar com os outros. Por outro lado, Cash (2002b) refere também que uma baixa auto-estima pode condicionar a auto-imagem corporal de um indivíduo, pois esta fica mais vulnerável.

A continência corporal, como vimos anteriormente, é uma das principais tarefas da criança e prova a sua passagem para a maturidade. Ora, um adulto, quando sofre de uma doença que lhe provoca incontinência, sente uma espécie de regressão à infância, uma falta de controlo. Passa a existir uma preocupação constante com casas de banho

disponíveis, odores, roupa suja, regime alimentar mais restrito e irritações cutâneas. Este facto constitui, segundo Seymour (1998), um grave assalto à auto-estima de um indivíduo, uma vez que o atender a estes aspectos está associado aos primeiros anos de vida.

A incontinência, particularmente para os homens, é difícil de suportar. De acordo com Seymour (1998), este aspecto está relacionado com o papel tradicional que as mulheres desempenham no cuidar da eliminação corporal (ex: mudar as fraldas das crianças).

A incontinência e o ter de depender de outros para cuidar de necessidades humanas básicas, tais como a eliminação de urina ou fezes, é um ataque feroz à auto-estima de um indivíduo. Um dos sujeitos apontados no estudo de Seymour (1998), refere que uma das coisas mais humilhantes e vergonhosas é não ter controlo nos seus intestinos, pois provoca um enorme sentimento de impotência.

A fuga de fezes ou urina por um dispositivo que não está bem adaptado, acrescido muitas vezes da necessidade de ajuda para o mudar (mexendo nos produtos de eliminação) por parte de um familiar, contribui para uma diminuição da auto-estima de um indivíduo (Salter, 1988).

A necessidade de depender de outros, mesmo do próprio parceiro para cuidar de partes e funções do corpo vistas como privadas e íntimas, é um ataque severo à integridade corporal de um indivíduo e à sua auto-estima (Seymour, 1998). Isto porque, habitualmente, as pessoas apenas permitem aos outros conhecer tanto das suas partes íntimas, quanto se sentem confortáveis a lidar com isso.

Segundo Harcourt e Rumsey (2006), as alterações na imagem corporal podem ser bastante embaraçosas e o ser diferente e/ou sentir-se visivelmente diferente pode ter um impacto elevado na qualidade de vida, incluindo diminuída auto-confiança, reduzida

auto-estima, dificuldade nas interações sociais e, em último caso, o isolamento social. Estes autores dão o exemplo de pessoas com cancro da cabeça e pescoço, onde a maioria das pessoas evita actividades sociais devido à sua aparência. Realçam, no entanto, que a severidade das mudanças não é directamente proporcional à reacção emocional demonstrada. Este facto é perfeitamente compreensível quando entendemos a complexidade e variedade do ser humano.

Por fim, Dostie (1988) refere que a beleza produz efeitos positivos no desenvolvimento da personalidade de um indivíduo, nomeadamente no conceito de si. Este autor reforça a ideia que a auto-estima é tanto maior quanto mais positiva for a imagem do próprio corpo, sendo que as pessoas menos belas teriam tendência a subestimar-se e a ter maior dificuldade nas relações sociais e sexuais. Segundo Martins (1999), a alteração da imagem corporal pode provocar uma baixa auto-estima, se a imagem corporal deixar de corresponder aos padrões que a sociedade ou grupo de pertença defende.

Mais uma vez, verificamos a influência da sociedade nos padrões de beleza e a consequente influência no estado psicológico de um indivíduo.

#### 4.8 Imagem Corporal e Intimidade/Sexualidade

A sexualidade é uma parte importante da vida de um indivíduo. Segundo Seymour (1998), o corpo é central para a sexualidade e esta é uma grande preocupação nas nossas vidas, sendo que é necessário um corpo para se ser sexual e haver intimidade. Para se estabelecer uma nova relação, é necessária atractividade e, daí, a importância da aparência.

A sexualidade envolve incerteza, dúvida e vulnerabilidade sobre o corpo e o seu desempenho, sendo um processo complexo de pensamentos, sentimentos e comportamentos (Wiedermann, 2002). A exposição íntima do corpo causa algum desconforto e insegurança sobretudo pelo medo de ser avaliado negativamente pelo parceiro. Desta forma, a atractividade e o conforto com o seu próprio corpo podem influenciar a experiência sexual (Wiedermann, 2002).

A existência de um estoma provoca, frequentemente, preocupações na área da sexualidade (Black, 2004; Brown e Randle, 2005; Burch, 2005).

A criação de um estoma pode afectar a sexualidade de uma forma directa pela lesão nervosa causada durante a cirurgia, como indirectamente através da alteração da imagem corporal, auto-estima e pelo manuseio do estoma durante a relação sexual (Salter, 1988b; Weerakoon, 2001).

A função sexual pode estar diminuída após a cirurgia e deve melhorar com o tempo, exceptuando nos casos onde há lesões nervosas que causam disfunções sexuais permanentes. Indivíduos após ablação radical da bexiga ficam sempre com disfunção eréctil e uma grande percentagem de indivíduos que realizam excisão do recto ficam temporária ou permanentemente. As mulheres podem ficar com inadequada lubrificação, encurtamento vaginal após o trauma directo na cirurgia da parede posterior da vagina e, conseqüente, formação de tecido cicatricial e dispareunia (dor nas relações sexuais).

Verificamos, então, que as causas dos problemas sexuais depois de uma cirurgia produtora de uma ostomia podem ser físicas ou psicológicas, sendo frequente ocorrerem em simultâneo (Soeder, 1994).

Um aspecto relevante que pode interferir na relação íntima é a alteração dos papéis que os indivíduos desempenhavam antes da cirurgia.

Os papéis tradicionais das mulheres englobam o cuidar do parceiro homem. Ora, quando o reverso acontece, quando um homem tem de cuidar da sua parceira, especialmente em aspectos íntimos, isto é difícil de aceitar para muitas mulheres (Seymour, 1998). No entanto, há mulheres que tornam este facto num laço forte de amor da relação. Como referem algumas mulheres com incapacidades num estudo de Fishwick (1991, citado por Seymour, 1998), *“é uma forte e profunda parte da nossa relação, parte do nosso amor, e parte da nossa sexualidade e sensualidade. É apenas uma parte natural do que a nossa relação é”* (p.170).

Por outro lado, os papéis sexuais rígidos existentes, por vezes, condicionam a adaptação a uma nova imagem corporal, quando poderiam enriquecer a experiência sexual do casal. Temos, como exemplo, a tradicional posição de mulher passiva e homem activo. Ora, no caso de um indivíduo ostomizado, onde devem ser evitadas posições que possam ferir a ostomia, se o casal não tiver abertura suficiente para explorar novas opções e posições sexuais, a sexualidade pode estar em causa e sofrer alterações drásticas (Seymour, 1998).

Um aspecto fundamental numa relação conjugal é o dos papéis desempenhados por cada membro. Com a criação de uma ostomia, pode haver mudanças nestes papéis. Salter (1988b) dá como exemplo um indivíduo de meia-idade, com emprego estável, que, subitamente, se vê com uma colostomia. Além de ter de lidar com o aspecto da incontinência fecal, necessitando de um dispositivo colector de fezes, surge, muitas vezes, embora temporariamente, a perda do controlo da bexiga. Desta forma, a sua posição de “chefe de família” fica em risco. Mais ainda, devido à sua situação física debilitada, o indivíduo, habituado a realizar certas tarefas em casa, vê-se obrigado a delegá-las noutros membros da família, tornando ainda mais fraca a sua anterior posição de poder e chefia.

A influência da incontinência na sexualidade está igualmente presente em vários estudos realizados. O estudo de Seymour (1998) vinca bem esta relação.

A sexualidade envolve vulnerabilidade, incerteza e insegurança, uma vez que o nosso corpo pode não corresponder às nossas expectativas e desapontar-nos, especialmente quando a incontinência está presente. Um indivíduo com incontinência ou com necessidade do uso de um sistema colector de urina ou fezes por ter uma ostomia, está constantemente a lembrar-se daquelas partes que, habitualmente, as pessoas tentam esquecer. Neste estudo, apesar de muitos dos sujeitos terem explorado e desenvolvido novas formas de sexualidade, sentimentos como a vergonha, embaraço ou indignidade estão, ainda, muitas vezes presentes.

Seymour (1998) reporta também o impacto da incontinência nas relações sexuais. Um dos sujeitos deste estudo refere que um dos maiores impedimentos ao desempenho sexual é o não controlar a bexiga ou os intestinos, nunca sabendo quando vão funcionar. Para ele, este facto é ameaçador e assustador, sendo que um indivíduo para se proteger, não se abre totalmente ao outro. Este sujeito considerou muito difícil conciliar o seu corpo com a sua sexualidade. E como este exemplo, existem muitos outros semelhantes. Podemos constatar, através de vários relatos, que o controlo é um aspecto fundamental na aceitação da imagem corporal. Desta forma, quando um indivíduo adquire algum controlo sobre a sua situação (compreender o funcionamento do intestino ou bexiga ou manusear de forma independente os dispositivos colectores de urina ou fezes), melhora a relação com o outro.

As alterações na imagem corporal podem ter um impacto nos sentimentos de atractividade que um indivíduo tem sobre si mesmo. Harcourt e Rumsey (2006) afirmam que este aspecto é particularmente relevante quando esta alteração se localiza numa parte do corpo associada à sexualidade.

Brundage e Broadwell (1995) referem um estudo de Glockner (1984) onde o autor conclui que as percepções de atractividade reduziram após a cirurgia produtora de uma ostomia, especialmente no primeiro ano, onde foram negativas, tornando-se, depois, ao longo do tempo, mais positivas. Pessoas com ileostomia, cujo período de doença prévio à cirurgia foi de cerca de 10 anos ou mais, tinham sensações aumentadas de atracção sexual na altura da entrevista, comparativamente a outras com outros tipos de cirurgia e outra duração da doença. Este facto estaria relacionado com o incapacitante estado provocado por certas doenças crónicas inflamatórias intestinais onde as crises de diarreia são muito frequentes.

Por outro lado, Brown e Randle (2005) relatam outro estudo de Persson e Hellstrom's (2002), onde todos os indivíduos entrevistados consideravam que a sua atractividade sexual tinha diminuído após a cirurgia produtora de um estoma.

Além do referido, Salter (1988b) afirma que a construção de um estoma pode ter conotações sexuais para os pacientes uma vez que têm um novo orifício diferente dos prévios "normais". As mulheres, sobretudo se tiverem um estoma muito saliente, podem vê-lo como um símbolo fálico. Os homens, por outro lado, podem associá-lo a características femininas tal como a menstruação, uma vez que este pode sangrar quando é limpo.

Existem vários medos e preocupações dos indivíduos aquando uma relação de intimidade física com o parceiro que passaremos a descrever de seguida.

Salter (1998b) referencia vários medos dos indivíduos ostomizados quando têm uma relação íntima nomeadamente o medo de cheirar mal, o que fazer ao saco durante uma relação sexual e o medo de magoar o estoma ou do saco se abrir. A cor dos dispositivos também pode constituir um problema, não tanto para a população branca

pois existem dispositivos da cor da pele, mas para a população de cor onde o contraste se torna mais evidente.

As principais preocupações que se verificam durante a actividade sexual de um casal no respeitante à ostomia são: a visibilidade do saco colector durante a actividade, o cheiro e a sonoridade que possam emanar do estoma, o medo do dispositivo se descolar e derramar fezes ou urina e o medo de ferir o próprio estoma (Black, 2004; Mullen e McGinn, 1992; Weerakoon, 2001). Muitas vezes, este medo do dispositivo se deslocar durante a relação sexual e da própria actuação sexual leva a que muitos indivíduos evitem momentos de intimidade física com o seu parceiro (Black, 2004).

O medo da rejeição é também referido por Schover (1986), sendo que os indivíduos que já têm uma relação de conjugalidade têm medo que o parceiro os abandone ou, se forem solteiros, que ninguém deseje ser seu parceiro sexual. No entanto, mesmo em relações onde existe bastante apoio, a maioria dos indivíduos demora meses até se sentir seguro e aceite pelo outro.

Soeder (1994) afirma que, após a cirurgia, todos os indivíduos ostomizados têm que enfrentar a sua nova imagem corporal. O medo de ser rejeitado, de não ser amado e a preocupação de não ser atractivo e perfeito (como a sociedade o exige) leva muitos doentes ao isolamento. O sentimento de falta de atractividade ou falta de confiança no controlo da eliminação pode provocar alterações e mesmo deterioração na vida sexual de um casal. Desta forma, a aceitação, a comunicação e o apoio fornecido pelo cônjuge para a melhor aceitação e integração da imagem corporal e sexualidade são fundamentais, sendo estes aspectos realçados por Burch (2005); Foulkes (1989); Mullen e McGinn (1992); Seymour (1998), Tantleff-Dunn e Gokee (2002) e Weerakoon (2001).

O sentido de humor e a compreensão são fundamentais numa relação de conjugalidade para ajudar a aceitar esta nova situação (Salter, 1988b). Às vezes, um estoma começa a funcionar quando o indivíduo se deita, o que pode causar embaraço no meio de uma relação sexual. Além disto, em muitos casos, os indivíduos sentem vergonha da sua nova imagem corporal e não querem que os parceiros os vejam despidos. Desta forma, compreendemos como o apoio fornecido pelo cônjuge é fundamental para ajudar a ultrapassar estas dificuldades.

Tantleff e Gokee (2002) acrescenta que a percepção que os indivíduos têm da aparência dos seus parceiros, e o modo como a manifestam, vai influenciar o modo de se verem a si próprios e a própria relação. Segundo o mesmo autor, a insatisfação corporal está associada a uma baixa satisfação conjugal. Uma imagem corporal negativa está relacionada com um menor número de experiências sexuais e com uma baixa satisfação sexual (Tantleff e Gokee, 2002; Wiedermann, 2002).

Schover (1986) afirma que a sexualidade não pode ser separada da relação conjugal. Quando ocorre um problema sexual relacionado com a ostomia, um casal flexível consegue adaptar-se, mas um casal que já estava em conflito pode separar-se. Segundo este autor, existem alguns factores que ajudam um casal a lidar com alterações no estilo de vida e na sexualidade, nomeadamente: comunicação clara e aberta sobre os seus sentimentos, emoções e sexualidade, capacidade de negociar as tomadas de decisão, sentido de humor e abertura a novas experiências sexuais.

Brown e Randle (2005) reportam um estudo de Piwonka e Merino (1999), onde foi constatado que mais de metade dos participantes relataram problemas conjugais relacionados com a colostomia. Podemos também constatar, através de certos estudos, que a satisfação conjugal está associada significativamente à satisfação da auto-imagem (Friedman, Dixon, Brownell, Whisman e Wilfley, 1999).

Segundo Mullen e McGinn (1992), há casais que demoram mais tempo a aceitar uma ostomia, outros menos, e outros que nunca a aceitam. Afirmam, também, que se o indivíduo aceitar a sua ostomia, mais facilmente o parceiro a aceita também. Por fim, Hoogland, Aguilera, López e Aldosa (1989), realçam que a aceitação do estoma por parte dos dois parceiros permite o relaxamento necessário à intimidade sexual.

## PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO

## 5. PROCESSO METODOLÓGICO

### 5.1 Desenho da Investigação

De acordo com Fortin (1996), num estudo descritivo - correlacional, os objectivos prendem-se com o descobrir e descrever as relações entre as variáveis, sendo que já existe um conhecimento prévio no domínio. No caso do presente estudo, já existe algum conhecimento sobre a satisfação conjugal, auto-estima e imagem corporal. No entanto, a relação entre estas três variáveis e os indivíduos ostomizados está pouco estudada, razão pela qual optámos por este tipo de estudo. Num tipo de estudo descritivo - correlacional, como o presente, devem ser levantadas questões de investigação e não hipóteses (Fortin, 1996).

Tendo em conta os objectivos do nosso estudo (apresentados de seguida), optámos por uma metodologia quantitativa e do tipo correlacional, o que nos permite estabelecer relações entre variáveis, sem, contudo, estabelecer quaisquer relações de causalidade. Segundo Cohen, Manion e Morrison (2000), este tipo de estudo é particularmente útil na investigação em Ciências Sociais porque permite medir várias variáveis assim como a sua relação simultaneamente, em ambientes mais realistas (contrariamente aos experimentais onde as condições são sempre mais artificiais para se controlar a realidade). Exerce menor controlo nas variáveis independentes mas permite, como referimos, estabelecer padrões de relações.

### *5.1.1 Mapa Conceptual*

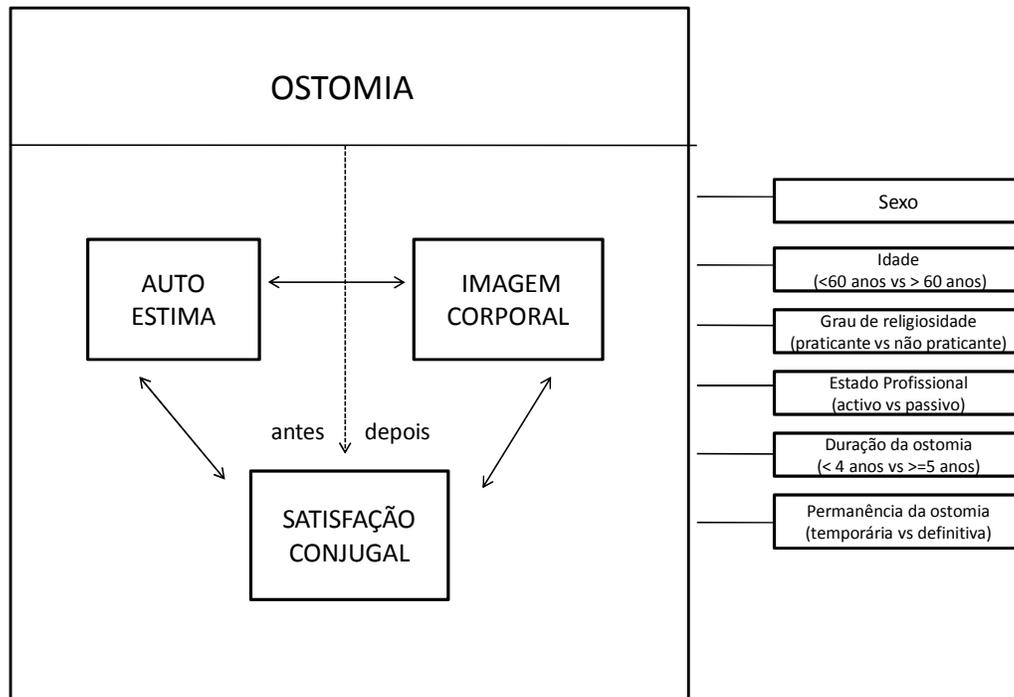
Através do mapa conceptual, pretendemos apresentar uma representação gráfica dos principais construtos que nos propomos estudar assim como a relação entre as diversas variáveis.

Desta forma, como se pode observar na Figura 1, existe um contexto geral que é a ostomia, característica comum aos indivíduos do nosso estudo.

Em primeiro lugar, pretendemos estudar os três principais construtos: satisfação conjugal, auto-estima e auto-imagem corporal e as relações entre estes. Pretendemos, também, saber qual o grau de satisfação antes e depois da ostomia. Além do referido, pretendemos estudar a relação entre os três principais construtos e as variáveis sócio-demográficas.

Figura 1.

## Mapa Conceptual



### 5.1.2 Objectivos do Estudo

Apresentamos, de seguida, o objectivo geral e os objectivos específicos para o nosso trabalho.

Objectivo geral:

Analisar a satisfação conjugal, imagem corporal e auto-estima em indivíduos ostomizados em situação de conjugalidade.

Objectivos específicos:

1. determinar o grau de satisfação conjugal média, satisfação conjugal global actual, satisfação conjugal global anterior à ostomia, auto-estima e insatisfação corporal dos indivíduos ostomizados;
2. determinar quais as áreas de maior e menor satisfação conjugal nos indivíduos ostomizados;
3. analisar as relações existentes entre as variáveis sócio-demográficas do estudo e a satisfação conjugal média, satisfação conjugal global actual, satisfação conjugal global anterior à ostomia, auto-estima e insatisfação corporal;
4. analisar as relações existentes entre satisfação conjugal, auto-imagem corporal e auto-estima;
5. determinar quais as áreas da vida conjugal onde se verificam variações na satisfação conjugal após a ostomia.

### *5.1.3 Questões de Investigação*

Colocamos as seguintes questões de investigação:

- Qual o grau de satisfação conjugal média, satisfação conjugal global actual, satisfação conjugal global anterior à ostomia, auto-estima e insatisfação corporal dos indivíduos ostomizados?

- Quais as áreas de maior e menor satisfação conjugal em indivíduos ostomizados?

- O grau de satisfação conjugal média, satisfação conjugal global actual, satisfação conjugal global anterior à ostomia, auto-estima e insatisfação corporal varia em função do sexo, da idade, do estado profissional, do tempo de permanência da ostomia, da sua duração e da prática religiosa dos indivíduos ostomizados?

- Que relações se verificam entre auto-imagem corporal, auto-estima e satisfação conjugal em indivíduos ostomizados?

- Quais as áreas da vida conjugal onde se verificam variações na satisfação conjugal após a ostomia?

#### *5.1.4 Estratégia Metodológica*

##### *5.1.4.1 Selecção da Amostra*

A amostra é constituída por indivíduos ostomizados (com colostomias, ileostomias, urostomias, provisórias e definitivas), de ambos os sexos, adultos, e em situação de conjugalidade (casamento ou união de facto).

Como pretendemos estudar a satisfação conjugal, é fundamental que os indivíduos estejam numa relação de conjugalidade. Por outro lado, como as ostomias podem surgir em ambos os sexos e todas as idades, decidimos englobar adultos dos dois sexos. A amostra é composta pelos doentes das consultas de enfermagem de estomaterapia de diversos Hospitais e Centros de Saúde.

Tendo em conta que o universo corresponde aos indivíduos ostomizados em situação de conjugalidade, a nossa população alvo refere-se as utentes que frequentam as consultas de estomaterapia portuguesas. Por uma questão de acessibilidade e consequente colheita de dados, foram seleccionados os 16 Hospitais e 2 Centros de Saúde portugueses que possuem consultas de enfermagem de estomaterapia, com os quais havia conhecimento da nossa parte dos profissionais que as praticavam.

Este tipo de amostragem é não probabilístico, pois, como o próprio nome indica, cada elemento da população não tem a mesma probabilidade de ser escolhido para

formar a amostra (Fortin, 1996). Segundo a mesma autora, a amostra de conveniência é uma técnica onde o investigador escolhe os sujeitos em função de uma característica específica para compreender um fenómeno. No presente estudo, as características específicas são ter uma ostomia e estar numa relação de conjugalidade.

#### *5.1.4.1.1 Caracterização da amostra.*

Dos 152 questionários recolhidos apenas considerámos válidos 142, pois oito apresentavam uma elevada taxa de não respostas ou não estavam correctamente preenchidos e dois questionários foram considerados *outliers*, relativamente à idade.

A nossa amostra é composta por 142 indivíduos, dos quais 84 são do sexo masculino e 57 do sexo feminino (correspondendo respectivamente a 59,6% e 40,4%).

A idade média dos participantes é de 57,13 anos ( $M = 57,13$ ;  $DP = 10,09$  anos). Dado que a distribuição dos indivíduos pelas categorias de idade que inicialmente delineámos era pouco homogénea, optámos por dividir a amostra em dois grandes segmentos etários: menos de 60 anos (72 indivíduos, correspondendo a 50,7%) e mais de 60 anos (70 indivíduos, correspondendo a 49,3%).

No respeitante à escolaridade, elaborámos a caracterização da amostra, tendo em conta a divisão nacional dos ciclos: 1º (0 – 4 anos), 2º (5 – 6 anos), 3º ciclo (7 – 9 anos) e ensino secundário (10 – 12 anos). Para além destes, considerámos, ainda, a frequência universitária e o ensino superior, que implica a conclusão do curso. Verificamos que 51,8% da população (73 indivíduos) completou o primeiro ciclo de escolaridade. Sendo esta a categoria com a maior percentagem, podemos dizer que a maioria da nossa amostra se encontra no nível mais baixo de escolaridade.

Quanto às profissões dos indivíduos, foi inicialmente realizada uma divisão baseada na Classificação Nacional de Profissões (CNP). No entanto, como se constatou a presença de um elevado número de reformados e domésticas, optou-se por codificar a situação profissional em activa e passiva, (sendo que activa corresponde a indivíduos que trabalham e passiva inclui os reformados, as domésticas e os desempregados), estando incluídos em cada grupo respectivamente 70 indivíduos (52,2%) e 64 indivíduos (47,8%).

A zona residencial dos inquiridos divide-se em Norte (56 indivíduos - 39,7%), Centro (37 indivíduos - 26,2%), Grande Lisboa (27 indivíduos - 19,1%), Alentejo (7 indivíduos - 5,0%), Algarve (7 indivíduos - 5,0%) e Madeira (7 indivíduos - 5,0%).

Verificamos que a maioria dos indivíduos é casada (129 indivíduos - 92,1%), estando os outros 11 indivíduos (7,9%) em união de facto.

No que se concerne ao número de filhos, constatou-se que 11 indivíduos (8,1%) não têm filhos, 37 indivíduos (27,2%) têm um filho, 63 indivíduos (46,3%) têm dois filhos, sendo esta a moda, 16 indivíduos (11,8%) têm três filhos, 8 indivíduos (5,9%) têm quatro filhos e um indivíduo (0,7%) tem dez filhos.

Quanto à faixa etária dos filhos, verificamos que a maioria dos indivíduos inquiridos só tem filhos adultos (90 indivíduos, 77,6%). Apenas um indivíduo tem só filhos pré escolares (0,9%). Dos restantes, quatro indivíduos (3,4%) têm filhos escolares, 7 indivíduos (6%) têm filhos adolescentes e 14 (12,1%) têm filhos com idades mistas.

No referente à religião, constatou-se que 128 indivíduos (90,8%) são crentes numa religião, dos quais 61 indivíduos (48,8%) são praticantes e 64 indivíduos (51,2%) não o são.

O tipo de estoma pode dividir-se em colostomia, ileostomia e urostomia, sendo o mais frequente a colostomia com 103 indivíduos, correspondendo a 72,5%,

O estoma pode ser também temporário ou definitivo. Na nossa população 99 indivíduos (79,8%) têm estomas definitivos e 25 indivíduos (20,2%) têm estomas temporários.

A duração da ostomia foi dividida em dois grupos, pela mesma razão que referimos relativamente à idade dos sujeitos.

Verificamos que 83 indivíduos (69,7%) têm a ostomia há menos de 4 anos, e 36 (30,3%) indivíduos têm a ostomia há 5 anos ou mais.

Para uma consulta detalhada das características da amostra em estudo, consultar anexo I.

#### *5.1.4.2 Instrumentos Utilizados*

O nosso protocolo de recolha de dados é composto por cinco instrumentos: (ver Anexo II):

- Questionário Geral (características sócio-demográficas; tipo e duração da ostomia);

- Questionário de Auto-Estima Global (Rosenberg, 1989; Adaptação: Faria, L., 2000);

- Questionário de atitude corporal – Medida Global da Insatisfação Corporal – MGSC (Pascoal,P., Narciso, I., 2006) e cuja versão original se denomina Global Measure of Body Satisfaction (Probst, Vandereycken, Van Coppenolle & Vanderlinden, 1995);

- Escala de avaliação da satisfação em áreas da vida conjugal - ESAVIC (Narciso, I., Costa, M., 1996);

- Questionário para avaliação de alterações na satisfação conjugal.

#### *5.1.4.2.1 Questionário geral.*

O questionário geral tem como objectivo caracterizar a amostra a nível de sexo, idade, escolaridade, profissão<sup>1</sup>, zona de residência habitual, situação relacional, religião e tipo de ostomia.

#### *5.1.4.2.2 Questionário da Auto-Estima Global.*

A escala utilizada para avaliar a auto-estima global foi a escala de Auto-Estima Global (RSES) (Rosenberg, 1989) adaptada por Luísa Faria (2000).

A RSES é composta por dez itens, com conteúdos relativos aos sentimentos de respeito e aceitação de si próprio. Metade dos itens está enunciada positivamente e a outra metade negativamente. Para cada afirmação, existem quatro hipóteses de resposta (concordo totalmente = 4, concordo = 3, discordo = 2 e discordo totalmente = 1). Após a inversão das respostas negativas, a média dos 10 itens fornece-nos a cotação final da escala que pode variar entre 1 a 4, sendo que uma cotação elevada reflecte uma baixa auto-estima. Uma das limitações desta escala é a susceptibilidade dos indivíduos em fornecerem uma resposta socialmente desejável (Adler e Stewart, 2004).

---

<sup>1</sup> A profissão de cada indivíduo será depois classificada de acordo com a classificação nacional de profissões.

Num estudo de Romano et al (2007) de validação da escala de Rosenberg numa população de adolescentes portugueses, verificou-se uma consistência interna satisfatória e uma estrutura bifactorial que explicava 46% da variância total. A nível da fidelidade, obtiveram um valor de alpha de Cronbach para o modelo com dois factores de .63 nos itens que saturam o factor 1 (auto-estima negativa) e de 0,74 nos itens que avaliam a auto-estima positiva. Este estudo confirma então a presença de dois factores através da análise factorial confirmatória.

Um outro estudo realizado por Santos e Maia (2003) analisou as estatísticas descritivas da escala, verificando que a mesma tinha um bom nível de consistência interna (alpha de Cronbach = .86). Através da análise factorial confirmatória, verificou-se que o RSES avalia uma única dimensão, contrariamente ao estudo anteriormente citado.

A RSES foi também utilizada noutros estudos (Faria e Silva, 2001) mas na sua versão adaptada à população portuguesa. Estes autores defendem que é uma medida unidimensional, que avalia a auto-estima global, baseada na teoria de Rosenberg do auto-conceito. A RSES adaptada para a população portuguesa por Santos e Maia (1999) foi utilizada no estudo de Santos (2003), revelando uma elevada consistência interna (alpha Cronbach de .84) e fidelidade com teste reteste (duas semanas de intervalo) de .90. Os valores médios da amostra foram de 31.44, sendo na amostra masculina de 31.86 e na amostra feminina de 31.02.

No presente estudo, a análise das ordens com *Ranks*<sup>2</sup> demonstrou a existência de dois factores que explicam 62,37% da variância. No entanto, verificamos que os dez

---

<sup>2</sup> Como as escalas, ao nível dos itens, são ordinais, utilizou-se uma variante da análise em componentes principais, efectuando-a sobre as ordens (ranks) dos itens. Desta forma, aplicou-se a teoria subjacente à análise em componentes principais a uma matriz de correlações de Pearson. Esta análise designa-se por análise das ordens (Lebart, L., Morineau, A., & Piron, M. (1995). *Statistique Exploratoire Multidimensionnelle*. Paris: Dunod Ed.).

itens estão mais fortemente relacionados com o factor 1, positivamente (1, 2, 4, 6 e 7) e negativamente (3, 5, 8, 9 e 10). O factor 1 explica 50,73% da variância, pelo que se assume uma estrutura unifactorial deste instrumento. Verificamos que, no nosso estudo, obtivemos uma boa consistência interna (alpha de Cronbach de .87).

#### 5.1.4.2.3 *Questionário de Atitude Corporal.*

O objectivo desta escala é avaliar a insatisfação corporal.

Esta escala cuja versão original é de Probst, Vandereycken, Van Coppenolle & Vanderlinden (1995), foi recentemente adaptada por Pascoal, Narciso e Ferreira (2008)<sup>3</sup>, com a designação de MGIC-Medida Global de Insatisfação Corporal, sub-escala do Questionário de Atitudes Corporais. O estudo de adaptação foi realizado com uma amostra de 2157 participantes, recolhida *online*. O estudo das qualidades psicométricas revelou uma estrutura unifactorial, revelando uma boa consistência interna (*Alpha de Chronbach* de .84).

Esta escala é composta por quatro itens, sendo que para cada afirmação existem seis hipóteses de resposta (nunca = 1; raramente = 2; às vezes = 3, frequentemente = 4; quase sempre = 5 e sempre = 6). A média dos quatro itens fornece-nos a cotação final da escala que pode variar entre 1 a 6. Desta forma, uma cotação elevada reflecte uma elevada insatisfação corporal.

No presente estudo, a análise das ordens principais com *Ranks* demonstrou uma estrutura unifactorial que explica 68.51% da variância. Também verificamos que, no nosso estudo, obtivemos uma boa consistência interna (alpha de Cronbach de .85).

---

<sup>3</sup> Estudo para doutoramento ainda não publicado (comunicação informal com os autores).

#### 5.1.4.2.4 Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal.

Segundo Narciso e Costa (1996), o objectivo da presente escala é avaliar a satisfação em áreas da vida conjugal.

Esta escala é composta por 44 itens que se inserem em duas grandes dimensões: o funcionamento conjugal e o amor. Na primeira dimensão, incluem-se as seguintes áreas: funções familiares, tempos livres, autonomia, relações extra-familiares, comunicação e conflitos. Na segunda dimensão, englobam-se as áreas: sentimentos e expressão de sentimentos, sexualidade, intimidade emocional, continuidade e características físicas e psicológicas.

Destes 44 itens, 16 focalizam o casal, 14 o próprio e 14 o cônjuge.

A escala de avaliação da satisfação em áreas da vida conjugal é uma escala de Likert com seis hipóteses de resposta: 1 – nada satisfeito, 2- pouco satisfeito, 3- razoavelmente satisfeito, 4 – satisfeito, 5 – muito satisfeito e 6 – completamente satisfeito.

Segundo o estudo psicométrico da escala realizado por Narciso e Costa (1996) em 219 casais, a análise factorial exploratória (*varimax*) permitiu determinar dois factores principais. O factor um reúne os itens referentes à dimensão amor e apresenta um alpha de .97 e o factor dois reúne os itens relativos à dimensão funcionamento, com um alpha de .90. Mais recentemente, Narciso, Ribeiro e Ferreira (2008)<sup>4</sup> realizaram um estudo com 652 indivíduos casados ou em união de facto e, através de uma análise das ordens demonstraram uma estrutura unifactorial e uma elevada fiabilidade (alpha=.97).

No presente estudo, obtivemos um alpha de .98, indicador de uma elevada consistência interna.

---

<sup>4</sup> Estudo não publicado; comunicação informal com os autores.

#### *5.1.4.2.5 Questionário para avaliação de alterações na satisfação conjugal.*

Foram utilizadas duas escalas de item único para avaliar a satisfação conjugal global actual e antes da presença da ostomia.

Foi ainda criado um inventário relativo a diversas áreas da vida conjugal, adaptado do ESAVIC, com o objectivo de analisar possíveis alterações na satisfação conjugal depois da presença da ostomia. Caso tenha havido alterações, era pedido que se enumerassem as áreas onde as mudanças ocorreram, tendo por base as áreas já expostas no questionário anterior (ESAVIC).

Cada uma das escalas de item único tem sete hipóteses de escolha que vão desde o totalmente insatisfeito (1) ao totalmente satisfeito (7).

O inventário realizado tem dez itens (relacionados, como referimos, com as áreas da conjugalidade) com duas hipóteses de resposta cada um: aumento ou diminuição da satisfação. A não resposta foi considerada uma não alteração da satisfação nesse campo.

#### *5.1.4.3 Procedimentos de Recolha de Dados*

Foi realizado, inicialmente, um primeiro contacto informal com as enfermeiras das consultas de estomaterapia do nosso conhecimento, com o âmbito de saber a disponibilidade para a aplicação dos questionários, bem como qual o número hipotético de utentes existentes com as características supra numeradas. Este facto permitiu realizar uma primeira explicação do estudo assim como verificar se conseguiríamos atingir o número de indivíduos suficientes para ter uma amostra estatisticamente significativa. Como o número hipotético rondava os 120 indivíduos, optámos por apenas englobar estes Hospitais e Centros de Saúde.

Em segundo lugar, foi realizado um pedido de autorização formal às Instituições que possuem tais consultas através de carta com a respectiva finalidade do estudo (Anexo III). Foi, ainda, necessário o envio de documentos complementares, tais como o consentimento informado, resumo do projecto de investigação, entre outros documentos informativos para certas Instituições. De salientar que foi necessário realizar pequenos ajustes aos documentos complementares visto que cada Instituição tinha os seus requisitos (Ver, no Anexo IV, o modelo de consentimento base realizado). Dois hospitais não autorizaram o estudo: um primeiro, pela existência de questões da sexualidade, e um segundo hospital, sem motivo expresso. Apenas após o envio destes documentos e da autorização oficial do estudo é que foram enviados os questionários para as várias consultas. Este envio foi realizado por carta que continha os questionários, envelopes brancos e consentimento informado (sempre que requisitado).

A entrega e recolha dos questionários aos utentes foram realizadas pelas enfermeiras responsáveis de cada uma das consultas de estomaterapia portuguesas, em envelope fechado de forma a manter o anonimato. A participação foi totalmente voluntária. Este processo de recolha de dados decorreu de Janeiro a Junho de 2008.

#### *5.1.4.4 Análise de Dados*

A análise posterior dos dados foi feita através de procedimentos estatísticos com o auxílio do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Antes de proceder à análise dos dados, efectuámos os testes de normalidade e homogeneidade de variâncias para a população global, de forma a decidir se as variáveis reuniam as condições para a realização de testes paramétricos ou de não paramétricos. Deste modo, foram efectuados o teste de Kolmogorov-Smirnov para a normalidade e o

teste de Levene para a homogeneidade das variâncias para as variáveis Auto-Estima, Insatisfação Corporal, Satisfação Conjugal Média, Satisfação Conjugal actual e Satisfação Conjugal anterior à ostomia por variáveis independentes: sexo, idade (< 60 anos vs >= 60 anos), estado profissional (activo vs passivo), praticante da sua religião (vs não praticante), permanência da ostomia (definitiva vs temporária), e duração da ostomia (< 5 anos vs igual ou maior que 5 anos).

Verificamos que a Auto-Estima, a Insatisfação Corporal e a Satisfação Conjugal actual e anterior à ostomia não cumpriam as condições de normalidade e/ou de homogeneidade das variâncias, implicando, por isso, a utilização de testes não paramétricos. No referente à Satisfação Conjugal média, observámos que cumpre as condições de normalidade e homogeneidade das variâncias ( $p > .05$ ), pelo que permitiu a utilização de testes paramétricos, excepto relativamente à idade.

## 6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

### 6.1 Resultados globais

Os resultados do Quadro 1 indicam que os indivíduos do nosso estudo estão satisfeitos<sup>5</sup> com a sua relação actualmente. Relativamente à satisfação conjugal anterior à ostomia, o grau de satisfação referido é mais elevado, correspondendo a uma média de muito satisfeito.

Quanto à auto-estima, verificamos que os indivíduos apresentam uma auto-estima média elevada<sup>6</sup>. Por fim, no respeitante à insatisfação corporal constatámos que esta é baixa<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> Tendo em conta que, na EASAVIC, a escala de Likert varia entre 1 e 6, correspondendo o valor 4 a “Satisfeito”. Foi efectuada uma comparação de médias da EASAVIC da nossa amostra com a do estudo de Narciso, Ribeiro e Ferreira (2008) acima referido, no âmbito de uma investigação sobre conjugalidade e parentalidade a realizar na FPCE-UL. A comparação efectuada permite constatar uma diferença de médias significativa ( $t(111) = -4,462, p < .001$ ), indicando que os participantes da nossa amostra se encontram menos satisfeitos do que os do referido estudo ( $N=628; M=4,72; DP=.706$ ). É importante ter em consideração que a amostra deste estudo é composta por indivíduos ostomizados enquanto a amostra do referido estudo é composta por indivíduos sem doença crónica.

Relativamente à satisfação conjugal actual, avaliada por uma escala de índice único, variando entre 1 e 7, o valor 4,98 corresponde a “Satisfeito”.

Relativamente à satisfação conjugal anterior, avaliada por uma escala de índice único, variando entre 1 e 7, o valor 5,60 corresponde a “Muito Satisfeito”.

<sup>6</sup> Considerando que na Escala de Auto-Estima Global, a escala de Likert varia entre 1 e 4, e quanto mais baixo o valor, mais elevada é a auto-estima.

<sup>7</sup> Considerando que na Medida Global de Insatisfação Corporal, a escala de Likert varia entre 1 e 6, e quanto mais baixo o valor, menor é a insatisfação corporal.

## Quadro 1.

Estatística descritiva da Satisfação Conjugal média (SCm), Satisfação Conjugal actual (SCa), Satisfação Conjugal anterior à ostomia (SCt), Auto-Estima (AE) e Insatisfação Corporal (IC)

Variáveis	Média	Desvio Padrão
SCm	4,29	1,03
SCa	4,98	1,67
SCt	5,60	1,35
AE	1,68	0,49
IC	2,22	1,16

Nota: média e desvio padrão arredondados a duas casas decimais.

### 6.1.1 Áreas de maior e menor satisfação conjugal

Para determinar as áreas de maior e menor satisfação conjugal, seleccionámos, dos resultados da ESAVIC, os itens com as médias mais elevadas e mais baixas respectivamente. Desta forma, os itens com médias mais elevadas são o 31 e 32<sup>8</sup> com médias respectivas de 5,00 e 5,06. Estes itens correspondem, pois, à confiança entre os sujeitos e os seus cônjuges. Os três seguintes são os itens 9, 19 e 33<sup>9</sup> com médias correspondentes de 4,80, 4,88 e 4,91. Estes itens indicam, assim, respectivamente: o modo como o casal se relaciona com a família do indivíduo questionado, os sentimentos do indivíduo pelo cônjuge e a admiração que o indivíduo tem pelo cônjuge.

<sup>8</sup> Item 31 “A confiança que tenho no meu cônjuge” e Item 32 “A confiança que o meu cônjuge tem em mim”.

<sup>9</sup> Item 9 “O modo como nos relacionamos com a minha família”; Item 19 “O que sinto pelo meu cônjuge” e Item 33 “A admiração que sinto pelo meu cônjuge”.

Podemos, então, afirmar, por hipótese, que estas serão as áreas de maior satisfação conjugal nos indivíduos ostomizados do nosso estudo.

Os itens com médias mais baixas são os 23, 25, 26, 27 e 28<sup>10</sup> com médias respectivas de 3.65, 3.21, 3.31, 3.65 e 3.37. Estes itens relacionam-se com a sexualidade (desejo sexual que o indivíduo sente pelo cônjuge, frequência, prazer e qualidade das relações sexuais). Sendo assim, podemos colocar a hipótese de que a área da sexualidade é uma área de menor satisfação por parte dos indivíduos ostomizados do nosso estudo.

## 6.2 Análise de Correlações

As correlações obtidas a partir da correlação de Spearman entre a Satisfação Conjugal média, a Satisfação Conjugal actual, a Satisfação Conjugal anterior à ostomia, a Auto-Estima e a Insatisfação Corporal, para a amostra global, são apresentadas no Quadro 2.

---

<sup>10</sup> Item 23 “O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge”, Item 25 “A frequência que temos relações sexuais”, Item 26 “O prazer que sinto quando temos relações sexuais”, Item 27 “O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais” e Item 28 “A qualidade das nossas relações sexuais”.

## Quadro 2.

## Correlações para a amostra global

Variáveis	SCm	SCa	SCt	AE	IC
SCm	1,00	.69**	.50**	- .41**	- .49**
SCa		1,00	.60**	- .40**	- .41**
SCt			1,00	- .30**	- .28**
AE				1,00	.47**
IC					1,00

\*\* Correlações significativas a .01

Analisando as correlações para a amostra global, verificamos correlações significativas e positivas entre as três avaliações de satisfação conjugal. Especificamente, a satisfação conjugal média tende a estar associada a maiores níveis de satisfação conjugal actual ( $r=.69^{**}$ ) e de satisfação conjugal anterior ( $r=.50^{**}$ ). A satisfação conjugal actual tende a estar associada a maiores níveis de satisfação conjugal anterior ( $r=.60^{**}$ ).

Por seu turno, a auto-estima está significativamente associada a insatisfação corporal ( $r=.47^{**}$ ), ou seja, quanto maior o valor de auto-estima, o que significa menor auto-estima, maior o valor de insatisfação corporal; e negativamente associada à satisfação conjugal, ou seja, quanto mais elevado o valor de auto-estima (o que significa menor auto-estima), mais baixo o valor de satisfação conjugal média ( $r=-.41^{**}$ ), actual ( $r=-.40^{**}$ ) e anterior à ostomia ( $r=-.30^{**}$ ).

Por último, a insatisfação corporal apresenta associações negativas e significativas com satisfação conjugal média, satisfação conjugal actual e satisfação conjugal anterior

à ostomia ( $r=-.49^{**}$ ,  $r= -.41^{**}$  e  $r= -.28^{**}$ , respectivamente), ou seja, quanto maior a insatisfação corporal menor a satisfação conjugal.

### 6.3 Análise de Comparações

Procedemos à análise do comportamento das variáveis dependentes (satisfação conjugal, auto-estima, insatisfação corporal, satisfação conjugal actual e satisfação conjugal anterior à ostomia) relativamente às variáveis independentes (sexo, idade, estado profissional, prática da religião, permanência e duração da ostomia). Excepto para a Satisfação Conjugal média, utilizar-se-ão os testes de comparação não paramétrico para as restantes variáveis (Satisfação Conjugal actual, Satisfação Conjugal anterior à ostomia, Auto-Estima e Insatisfação Corporal), visto não se verificarem os pressupostos de normalidade e de homogeneidade de variância. Assim, para a comparação de médias das variáveis atrás referidas, utilizamos o teste  $U$  de Mann-Whitney e para a Satisfação Conjugal média o teste  $t$  de student (com excepção da idade, onde se aplicou o teste  $U$  de Mann-Whitney).

#### 6.3.1 Satisfação Conjugal Média

Procedeu-se à comparação de médias na escala da satisfação conjugal média entre os seguintes grupos: homens e mulheres, com idade inferior ou igual ou superior a 60 anos, activos e passivos relativamente à situação profissional, praticantes e não praticantes da sua religião, com estomas temporários ou definitivos e com estomas com menos de 4 anos ou 5 ou mais anos.

Os resultados demonstraram que não existem diferenças significativas ao nível da satisfação conjugal em função da idade, da prática da religião nem da duração da ostomia ( $p > .05$ ).

Relativamente ao sexo, constatou-se uma diferença significativa entre homens ( $M=65,34$ ) e mulheres ( $M=43,29$ ) demonstrando que, nos homens, a satisfação conjugal é maior ( $p < .001$ ).

No referente ao estado profissional, também se constatou uma diferença significativa entre estado activo e estado passivo ( $t(2,063)$ ;  $gl = 105$  e  $p = .042$ ). Como a média é mais elevada nos activos, significa que, neste grupo, a satisfação conjugal é maior.

Por fim, relativamente à permanência da ostomia, constatou-se uma diferença significativa entre definitivo ( $M=46,59$ ) e temporário ( $M=60,85$ ), demonstrando que nos temporários a satisfação conjugal é maior ( $p < .05$ ).

### *6.3.2 Satisfação conjugal actual*

Os resultados demonstraram que não existem diferenças significativas ao nível da satisfação conjugal actual em função da idade, do estado profissional, da prática da religião nem da duração e permanência da ostomia.

Relativamente ao sexo, constatou-se uma diferença significativa entre homens ( $M=76,07$ ) e mulheres ( $M=59,88$ ), demonstrando que, nos homens, a satisfação conjugal actual global é maior ( $p < .05$ ).

### 6.3.3 Satisfação conjugal anterior à ostomia

Os resultados demonstraram que não existem diferenças significativas ao nível da satisfação conjugal anterior em função da idade, do estado profissional, nem da duração e permanência da ostomia.

Relativamente ao sexo, constatou-se uma diferença significativa entre homens ( $M=76,46$ ) e mulheres ( $M=59,31$ ), demonstrando que, nos homens, a satisfação conjugal anterior à ostomia é maior ( $p < .05$ ).

No referente à prática da religião, verificou-se uma diferença significativa entre praticantes ( $M=54,97$ ) e não praticantes ( $M= 67,82$ ), significando que, no grupo dos indivíduos não praticantes, a satisfação conjugal anterior à ostomia é maior ( $p>.05$ ).

### 6.3.4 Auto-estima

Os resultados demonstraram que não existem diferenças significativas ao nível da auto-estima em função do sexo, da prática da religião nem da duração e permanência da ostomia.

Relativamente à idade, constatou-se uma diferença significativa entre menos de 60 ( $M=60.56$ ) e igual ou superior a 60 anos ( $M=73.74$ ), demonstrando que, nos indivíduos com 60 ou mais anos, a auto-estima é mais baixa ( $p<.05$ ).

No referente ao estado profissional, também se constatou uma diferença significativa entre estado activo ( $M=50.83$ ) e estado passivo ( $M=76.62$ ), demonstrando que, nos indivíduos em estado profissional passivo, a auto-estima é mais baixa.

### 6.3.5 *Insatisfação corporal*

Os resultados demonstraram que não existem diferenças significativas ao nível da insatisfação corporal em função da idade, do estado profissional, da prática da religião nem da duração e permanência da ostomia.

Relativamente ao sexo, constatou-se uma diferença significativa entre homens ( $M=63,57$ ) e mulheres ( $M=81,95$ ), demonstrando que, nas mulheres, a insatisfação corporal é maior ( $p < .05$ ).

### 6.4 Comparação do Padrão de Relações entre Satisfação Conjugal Média, Satisfação Conjugal Actual, Satisfação Conjugal Anterior à Ostomia, Auto-Estima e Insatisfação Corporal em Função do Sexo e do Estado Profissional

Como verificámos que as variáveis sexo e estado profissional são importantes para explicar diferenças nos valores médios das nossas variáveis em estudo, analisámos as matrizes de correlação separando, num caso, homens e mulheres e, noutro, indivíduos em estado profissional activo e passivo. Desta forma, pretendemos verificar se o padrão de associações entre as variáveis se mantém semelhante entre homens e mulheres e entre indivíduos em estado profissional activo e passivo.

Passamos a analisar agora as correlações entre as variáveis acima referidas para os grupos seguintes: homens e mulheres e activos e passivos.

## Quadro 3.

## Correlações para a amostra dos homens

Variáveis	SCm	SCa	SCt	AE	IC
SCm	1,00	.56**	.35**	- .36**	- .45**
SCa		1,00	.58**	- .30**	- .35**
SCt			1,00	-.22	- .25*
AE				1,00	.42**
IC					1,00

Nota:

\* Correlações significativas a .05

\*\* Correlações significativas a .001

Analisando as correlações para a amostra dos homens no Quadro 3, verificamos correlações significativas e positivas entre as três avaliações de satisfação conjugal. Especificamente, a satisfação conjugal média tende a estar associada a maiores níveis de satisfação conjugal actual ( $r=.56^{**}$ ) e de satisfação conjugal anterior ( $r=.35^{**}$ ). A satisfação conjugal actual tende a estar associada a maiores níveis de satisfação conjugal anterior ( $r=.58^{**}$ ).

Por seu turno, a auto-estima está significativamente associada a maiores níveis de insatisfação corporal ( $r=.42^{**}$ ) e a menores níveis de satisfação conjugal média ( $r=-.36^{**}$ ), actual ( $r=-.30^{**}$ ), ou seja, quanto mais baixa a auto-estima (valores mais elevados), maior a insatisfação corporal e menor a satisfação conjugal média e actual.

Por último, a insatisfação corporal está significativamente associada a menores níveis satisfação conjugal média, satisfação conjugal actual e satisfação conjugal anterior à ostomia ( $r=-.45^{**}$ ,  $r=-.35^{**}$  e  $r=-.25^{*}$ , respectivamente).

## Quadro 4.

## Correlações para a amostra das mulheres

Variáveis	SCm	SCa	SCt	AE	IC
SCm	1,00	.80**	.64**	- .46**	- .40**
SCa		1,00	.62**	- .52**	- .40**
SCt			1,00	- .37**	-.19
AE				1,00	.53**
IC					1,00

Nota:

\* Correlações significativas a .05

\*\* Correlações significativas a .001

Analisando as correlações para a amostra das mulheres no Quadro 4, verificamos correlações significativas e positivas mais fortes do que nos homens entre as três avaliações de satisfação conjugal. Especificamente, a satisfação conjugal média tende a estar associada a maiores níveis de satisfação conjugal actual ( $r=.80^{**}$ ) e de satisfação conjugal anterior ( $r=.64^{**}$ ). A satisfação conjugal actual tende a estar associada a maiores níveis de satisfação conjugal anterior ( $r=.62^{**}$ ).

Por seu turno, a auto-estima está significativamente associada, apresentando correlações mais fortes do que nos homens, a maiores níveis de insatisfação corporal ( $r=.53^{**}$ ) e a menores níveis de satisfação conjugal média ( $r = -.46^{**}$ ), actual ( $r = -.52^{**}$ ) e, também, anterior à ostomia ( $r = -.37^{**}$ ), o que não acontece com os homens. Tal significa que, quanto mais baixa a auto-estima (valores mais elevados), maior a insatisfação corporal e menor a satisfação conjugal média, actual e anterior à ostomia.

Por último, a insatisfação corporal está significativamente associada a menores níveis satisfação conjugal média e satisfação conjugal actual ( $r = -.40^{**}$  e  $r = -.40^{**}$

respectivamente) mas não se encontra associada à satisfação conjugal anterior à ostomia, ao contrário do que se verifica nos homens.

Em resumo, a comparação entre as mulheres e os homens, permite-nos verificar que:

- Quanto à correlação entre a satisfação conjugal média e a actual e anterior constatamos uma força de relação maior no grupo das mulheres comparando com os homens ( $r=.80^{**}$  e  $r=.64^{**}$  vs  $r=.56^{**}$  e  $r=.35^{**}$ ).
- Relativamente à correlação entre a auto-estima e a insatisfação corporal, verificamos que nas mulheres esta relação é mais forte que nos homens ( $r=.53^{**}$  vs  $r=.42^{**}$ ). No respeitante à correlação entre a auto-estima e a satisfação conjugal média e actual esta relação também é mais forte nas mulheres que nos homens ( $r=-.46^{**}$  e  $r=-.52^{**}$  vs  $r=-.36^{**}$  e  $r=-.30^{**}$ ).
- No respeitante às restantes correlações, verificamos que a força de relação é semelhante nos dois grupos.

#### Quadro 5.

##### Correlações para a amostra dos activos

Variáveis	SCm	SCa	SCt	AE	IC
SCm	1,00	.73**	.51**	- .41**	- .48**
SCa		1,00	.51**	-.25	- .41**
SCt			1,00	-.21	-.19
AE				1,00	.51**
IC					1,00

Nota:

\* Correlações significativas a .05

\*\* Correlações significativas a .001

Analisando as correlações para a amostra dos activos no Quadro 5, verificamos correlações significativas e positivas entre as três avaliações de satisfação conjugal. Especificamente, a satisfação conjugal média tende a estar associada a maiores níveis de satisfação conjugal actual ( $r=.73^{**}$ ) e de satisfação conjugal anterior ( $r=.51^{**}$ ). A satisfação conjugal actual tende a estar associada a maiores níveis de satisfação conjugal anterior ( $r=.51^{**}$ ).

Por seu turno, a auto-estima está significativamente associada a maiores níveis de insatisfação corporal ( $r=.51^{**}$ ) e a menores níveis de satisfação conjugal média ( $r = -.41^{**}$ ), ou seja, quanto mais baixa a auto-estima (valores mais elevados), maior a insatisfação corporal e menor a satisfação conjugal média.

Por último, a insatisfação corporal está significativamente associada a menores níveis satisfação conjugal média e satisfação conjugal actual ( $r = -.48^{**}$  e  $r = -.41^{**}$  respectivamente).

#### Quadro 6.

##### Correlações para a amostra dos passivos

Variáveis	SCm	SCa	SCt	AE	IC
SCm	1,00	.56**	.66**	-.40**	-.43**
SCa		1,00	.42**	-.64**	-.36**
SCt			1,00	-.53**	-.33**
AE				1,00	.46**
IC					1,00

Nota:

\* Correlações significativas a .05

\*\* Correlações significativas a .001

Analisando as correlações para a amostra dos passivos no Quadro 6, verificamos correlações significativas e positivas entre as três avaliações de satisfação conjugal. Especificamente, a satisfação conjugal média tende a estar associada a maiores níveis de satisfação conjugal actual ( $r=.56^{**}$ ) e de satisfação conjugal anterior ( $r=.66^{**}$ ). A satisfação conjugal actual tende a estar associada a maiores níveis de satisfação conjugal anterior ( $r=.42^{**}$ ).

Por seu turno, a auto-estima está significativamente associada a maiores níveis de insatisfação corporal ( $r=.46^{**}$ ) e a menores níveis de satisfação conjugal média ( $r = -.40^{**}$ ), actual ( $r = -.64^{**}$ ) e anterior à ostomia ( $r = -.53^{**}$ ), ou seja, quanto mais baixa a auto-estima (valores mais elevados), maior a insatisfação corporal e menor a satisfação conjugal média, actual e actual.

Por último, a insatisfação corporal está significativamente associada a menores níveis satisfação conjugal média e satisfação conjugal actual ( $r = -.43^{**}$ ;  $r = -.36^{**}$  e  $r = -.33^{**}$  respectivamente).

Realizando uma comparação entre os activos e os passivos, podemos, também, retirar algumas conclusões.

- Quanto à correlação entre a satisfação conjugal média e a actual constatamos uma força de relação maior no grupo dos activos comparando com o grupo dos passivos ( $r=.73^{**}$  vs  $r=.56^{**}$ ).
- A correlação entre a satisfação conjugal média e anterior, pelo contrário, revela uma força de relação maior no grupo dos passivos ( $r=.66^{**}$  vs  $r=.51^{**}$ ).
- Também a correlação entre a satisfação conjugal actual e a anterior demonstra uma força de relação superior no grupo dos activos face aos passivos ( $r=.51^{**}$  vs  $r=.42^{**}$ ).

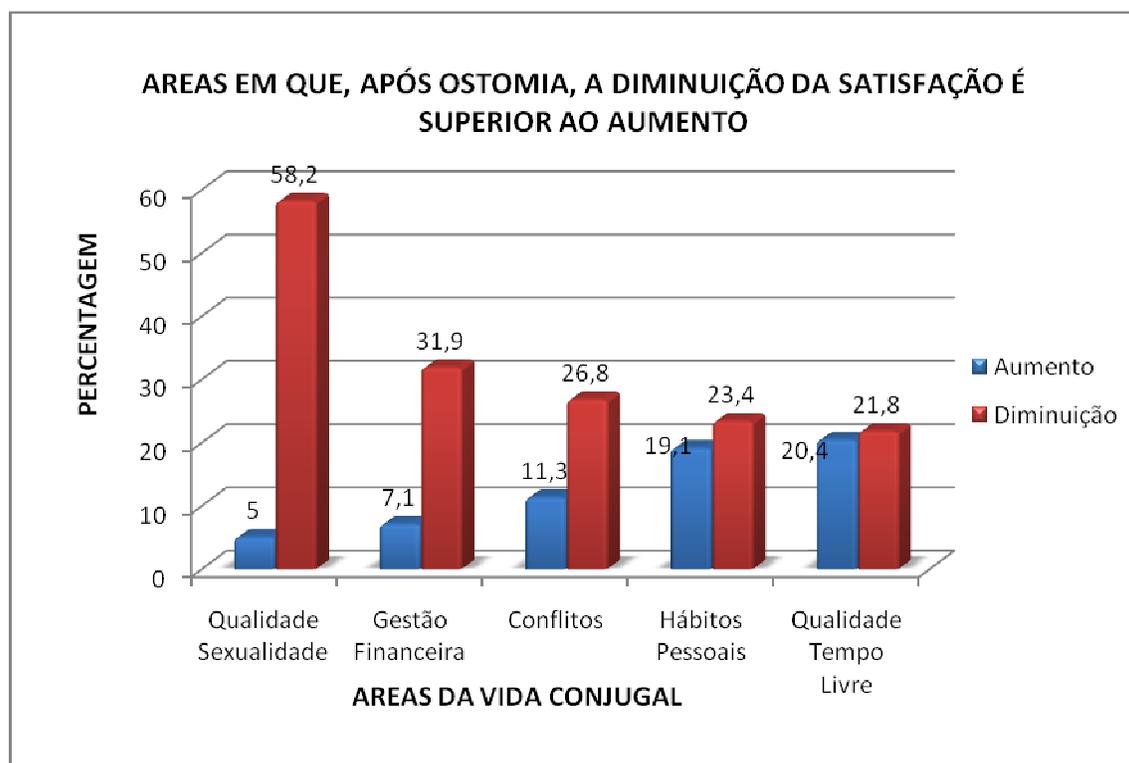
- Relativamente às restantes correlações, verificamos que a força de relação é semelhante nos dois grupos.

### 6.5 Áreas da Vida Conjugal Afectadas pela Presença de Ostomia

Como podemos verificar no Gráfico 1, é na qualidade da sexualidade que mais indivíduos referem ter havido diminuição da satisfação conjugal (58,2%). Cerca de um terço refere, ainda, a gestão financeira (31,9%) e a quantidade e intensidade dos conflitos (26,8%) como áreas onde a satisfação conjugal diminuiu. As características e os hábitos pessoais do próprio e a qualidade de tempos livres em casal são outras áreas onde, apesar de uma percentagem, que podemos considerar elevada, de indivíduos referirem uma diminuição da satisfação conjugal (23,4% e 21,8%), tal não será tão evidente pois uma percentagem muito semelhante referiu aumento dessas mesmas áreas (19,1% e 20,4%, respectivamente).

Gráfico 1.

Áreas da vida conjugal em que a diminuição da satisfação é superior ao aumento, após a ostomia

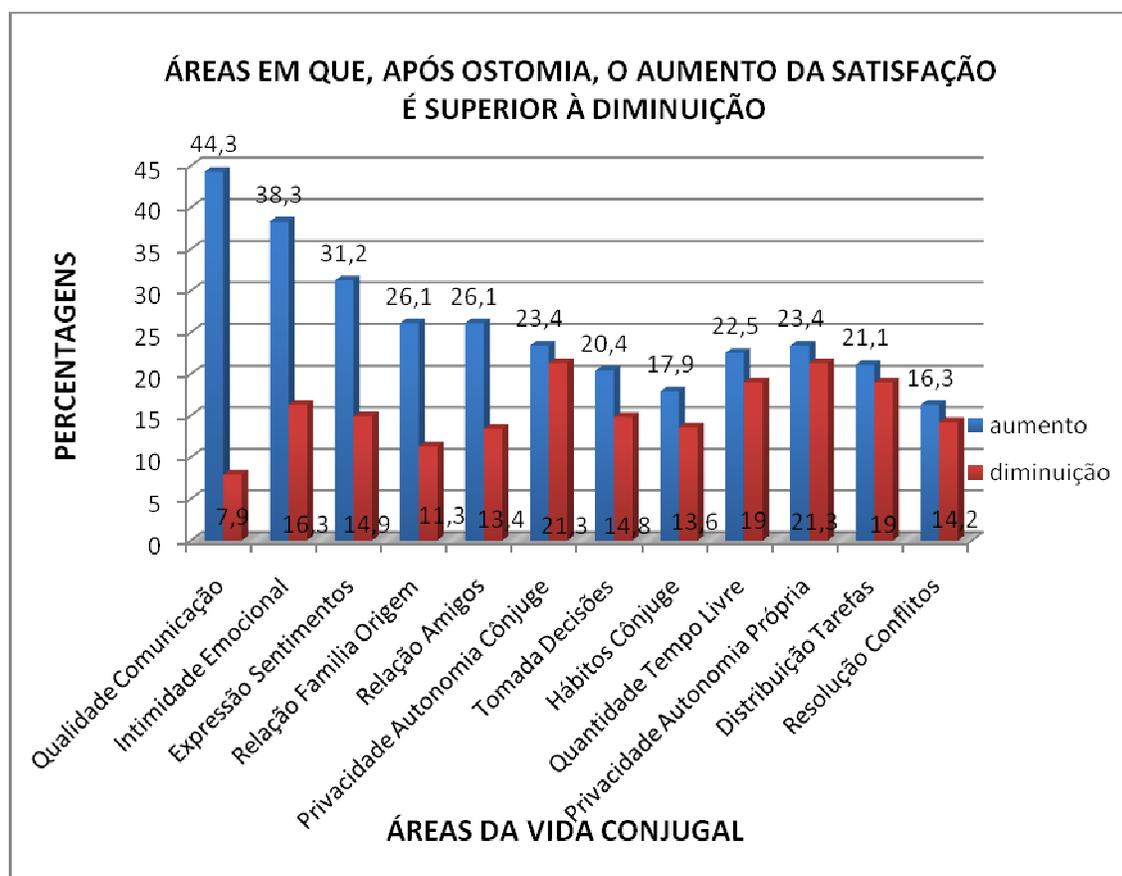


Como podemos constatar no Gráfico 2, é na qualidade da comunicação, na intimidade emocional e na expressão de sentimentos que mais indivíduos referem ter havido aumento da satisfação conjugal (44,3%; 38,3% e 31,2% respectivamente).

As outras duas áreas onde houve aumento da satisfação conjugal após a ostomia são a qualidade da relação com famílias de origem e a qualidade da relação com amigos (26,1% em ambas). As restantes áreas - a privacidade e autonomia do cônjuge, a tomada de decisões, as características e hábitos pessoais do cônjuge, a quantidade de tempos livres, a privacidade e autonomia próprias, a distribuição de tarefas e a resolução de conflitos -, são áreas onde o relato do aumento está muito próximo do da diminuição.

Gráfico 2.

Áreas da vida conjugal em que o aumento da satisfação é superior à diminuição, após a ostomia



## 7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Analisemos, pois, os resultados obtidos, tendo em conta os objectivos do nosso trabalho:

1. determinar o grau de satisfação conjugal média, satisfação conjugal global actual, satisfação conjugal global anterior à ostomia, auto-estima e insatisfação corporal dos indivíduos ostomizados;
2. determinar quais as áreas de maior e menor satisfação conjugal nos indivíduos ostomizados;
3. analisar as relações existentes entre as variáveis sócio-demográficas do estudo e a satisfação conjugal média, satisfação conjugal global actual, satisfação conjugal global anterior à ostomia, auto-estima e insatisfação corporal;
4. analisar as relações existentes entre satisfação conjugal, auto-imagem corporal e auto-estima;
5. determinar quais as áreas da vida conjugal onde se verifica variações na satisfação conjugal após a ostomia.

### **Satisfação Conjugal**

O grau de satisfação conjugal dos indivíduos ostomizados foi calculado através de três escalas distintas que permitiam avaliar a satisfação actual global, a satisfação global anterior à ostomia e a satisfação conjugal média (tendo em conta as várias áreas da vida conjugal). Os resultados das três escalas foram concordantes e revelaram que os participantes da nossa amostra estavam, de uma forma geral, satisfeitos com a sua relação.

No entanto, como a satisfação conjugal anterior à presença da ostomia revelou uma média superior, podemos constatar que a nossa amostra refere ter estado, antes da presença da ostomia, muito satisfeita com a sua relação, ou seja, a satisfação conjugal actual é inferior à anterior à ostomia.

Analisando a comparação efectuada entre os resultados do ESAVIC no nosso estudo com o estudo de Narciso, Ribeiro e Ferreira (2008; não publicado), no âmbito de uma investigação sobre conjugalidade e parentalidade a realizar na FPCE-UL, onde a média é de 4,72 constatámos uma diferença de médias significativa. Como a amostra do referido estudo é uma amostra de participantes casados ou em união de facto, com ou sem filhos, e sem doença crónica, podemos levantar a hipótese que esta diferença poderá estar relacionada com a situação clínica que deu origem à ostomia. No entanto esta será apenas uma hipótese, não podendo ser estabelecida qualquer relação de causa-efeito entre doença crónica e satisfação conjugal.

As áreas de maior satisfação conjugal nos indivíduos ostomizados do nosso estudo, avaliadas no ESAVIC, são a confiança entre os sujeitos e os seus cônjuges, o modo como o casal se relaciona com a família do indivíduo questionado, os sentimentos do indivíduo pelo cônjuge e a admiração que o indivíduo tem pelo cônjuge. A confiança faz parte da intimidade emocional (que pertence à dimensão amor) e os sentimentos e admiração são outra área da dimensão amor. A relação com família de origem está dentro das relações extra-familiares e, conseqüentemente, dentro da dimensão funcionamento.

De acordo com Narciso (2002), o desenvolvimento da intimidade depende da existência de confiança mútua na relação conjugal. A confiança, segundo Levinger e Huston (1990), revela-se, muitas vezes, na capacidade que um cônjuge tem de

demonstrar que é capaz de colocar os interesses do outro à frente dos seus. Ora, se a confiança é um dos aspectos revelados no nosso estudo como sendo de maior satisfação, a intimidade também o poderá ser. Segundo Levinger e Huston (1990), a satisfação parece ser mais elevada em casais com elevados níveis de intimidade, assim como os casais com grande intimidade têm maior capacidade de se adaptar às mudanças e conflitos que surgem numa relação. Desta forma, compreendemos que a presença de uma ostomia poderá ser facilmente ultrapassada em casais com uma elevada intimidade. De acordo com a teoria de Reis e Shaver (1988), a intimidade é influenciada por motivos, objectivos e medos e pode ser procurada pelo desejo de afecto, compreensão, validação, partilha de sentimentos, sentimento de solidão, atracção sexual, entre muitos outros. Pelo contrário, a fuga da intimidade verifica-se quando existem os medos da exposição, do abandono, de ataques furiosos, da perda de controlo, etc. Tendo em conta o referido, podemos pensar que os casais do nosso estudo procuram o afecto e a compreensão do outro e têm *feedback* positivo, tendo por isso uma intimidade elevada (revelada pela confiança que demonstram).

Também a revelação e partilha de sentimentos, especialmente os positivos, ao parceiro e a sua receptividade, aceitação e compreensão por parte do outro, são aspectos fundamentais para a construção e manutenção da intimidade (Levinger e Huston, 1990). Vemos que a expressão de sentimentos é uma das áreas com maior satisfação nos sujeitos do nosso estudo.

O modo como o casal se relaciona com a família do indivíduo ostomizado é outra das áreas de maior satisfação. Este aspecto será discutido mais adiante.

As áreas de menor satisfação conjugal, avaliadas também pela ESAVIC, relacionam-se com a sexualidade (desejo sexual que o indivíduo sente pelo cônjuge,

frequência, prazer e qualidade das relações sexuais). Sendo assim, podemos destacar que a área da sexualidade é a área de menor satisfação por parte dos indivíduos ostomizados do nosso estudo. Esta é uma das áreas da dimensão amor, considerada essencial para a satisfação conjugal.

Sabemos que a derivação da eliminação das fezes ou urina, através de uma ostomia, provoca uma alteração da imagem corporal da pessoa e, muitas vezes, uma diminuição da sua auto-estima. Pode também causar alterações a nível da sexualidade, tanto por diminuição do desejo (associada aos factores referidos, assim como ao medo de cheirar mal ou do saco rebentar) como a nível físico (ex: disfunção sexual, devido a causas directas da cirurgia). Desta forma, os resultados obtidos no nosso estudo vão de encontro ao referido por Black e Matassarini-Jacobs (1996) que defendem que, após a ostomia, a sexualidade é uma das áreas afectadas.

De acordo com os resultados do estudo de Narciso e Costa (1996), a satisfação em áreas referentes à funcionalidade pode não ter uma influência tão significativa na satisfação global, enquanto a satisfação em áreas relacionadas com o amor tem uma influência significativa na satisfação global, especialmente as áreas da intimidade e paixão (sentimentos e expressão de sentimentos, intimidade emocional e sexualidade). Vemos, então, que, no nosso estudo, as áreas de maior e menor satisfação prendem-se sobretudo com a dimensão amor. Provavelmente, estas forças equilibram-se e permitem uma avaliação positiva e satisfatória da relação conjugal.

A avaliação da satisfação conjugal, como vimos na nossa revisão bibliográfica, é uma avaliação subjectiva sobre várias áreas. Por esse motivo, o facto de uma área ter baixa satisfação, só interfere na sua avaliação global se a importância dada pelo sujeito à mesma for muito elevado.

Analisando as áreas da vida conjugal afectadas pela presença de ostomia, podemos verificar que é na *qualidade da sexualidade* que mais indivíduos referem ter havido diminuição da satisfação conjugal. Este ponto é concordante com as áreas de menor satisfação conjugal avaliadas pelo ESAVIC e já se encontra desenvolvido nesse subcapítulo.

Cerca de um terço refere ainda a gestão financeira e a quantidade e intensidade dos conflitos como áreas onde a satisfação conjugal diminuiu.

As características e os hábitos pessoais do próprio e a qualidade de tempos livres em casal são outras áreas onde, apesar dos indivíduos referirem uma diminuição da satisfação conjugal não será tão evidente pois uma percentagem muito semelhante referiu aumento dessas mesmas áreas.

Relativamente à *gestão financeira*, podemos pensar que o custo do material de ostomia – um peso financeiro para muitas famílias com baixos rendimentos – pode ser a causa desta alteração para pior. Este material, apesar de ser gratuito nalgumas zonas do país, noutras não o é e os indivíduos têm de o adquirir na totalidade e depois aguardam o reembolso. A espera deste reembolso por vezes pode durar até 6 meses, o que implica um esforço financeiro por parte das famílias que todos os meses têm de comprar o material. No entanto, esta é apenas uma hipótese que levantamos, tendo em conta o nível socioeconómico (apenas incompletamente avaliado pela profissão dos indivíduos). A maioria da nossa amostra engloba sobretudo os grandes grupos 7, 8 e 9 (segundo a Classificação Nacional de Profissões), reformados e domésticas.

O *aumento dos conflitos* pode advir de uma situação de crise ou alteração da dinâmica conjugal e pode ser compreendido neste contexto. Todos os casais têm conflitos durante o seu casamento. No entanto, tal não implica necessariamente insatisfação conjugal nem o divórcio. Pode até intensificar a intimidade e ser indicativo

de um funcionamento positivo. Logo, o importante não é a presença de conflitos mas a maneira como estes são resolvidos (Halford et al, 1997; Lindahl et al, 1997; Moore et al, 2004; Shackelford e Buss, 1997; Veroff et al, 1997). Desta maneira, verificamos que, apesar da quantidade e intensidade dos conflitos ser menos satisfatória, a sua resolução sofreu uma discreta melhoria no âmbito geral da nossa amostra.

*A qualidade dos tempos livres em casal* poderá também ser menos satisfatória devido a outras preocupações relacionadas com a situação clínica que passaram a existir. O medo de cheirar mal ou de alguém ver o saco, que causa, muitas vezes, o isolamento social da pessoa em causa, pode condicionar certas actividades de lazer que o próprio pudesse ter e as interacções com os outros.

Se houver necessidade de cuidar do cônjuge doente (é frequente em graus variáveis de dependência), os cônjuges podem isolar-se socialmente devido à necessidade de cuidar do parceiro doente, segundo Unger et al (1996). Estes autores defendem que, com a diminuição da saúde, o contacto social com a família e amigos sofre, havendo um decréscimo nos contactos realizados. Para os casais, onde um membro está doente, a possibilidade de aproveitar o tempo juntos também é alterada. É comum aos pacientes evitarem as actividades sociais devido ao seu estado de doença.

*As características e os hábitos pessoais do próprio* são inevitavelmente alterados pela presença de um estoma. Este implica o uso de um sistema colector e é necessário realizar os seus cuidados de higiene diários assim como proceder à substituição do material colector que pode requerer algum tempo e exigir um espaço com alguma privacidade.

É na qualidade da comunicação, na intimidade emocional e na expressão de sentimentos que mais indivíduos referem ter havido aumento da satisfação conjugal.

As outras duas áreas onde houve aumento da satisfação conjugal após a ostomia são a qualidade da relação com famílias de origem e a qualidade da relação com amigos. Nas restantes áreas - a privacidade e autonomia do cônjuge, a tomada de decisões, as características e hábitos pessoais do cônjuge, a quantidade de tempos livres, a privacidade e autonomia próprias, a distribuição de tarefas e a resolução de conflitos -, o relato do aumento está muito próximo do da diminuição.

A *qualidade da comunicação* é fundamental e está fortemente correlacionada com a satisfação conjugal. Sabemos que casais não satisfeitos têm uma comunicação menos positiva, uma comunicação mais exigente/evitante e mais conflito ou distância psicológica que casais que não estão em sofrimento (Fincham e Beach, 2002; Lindahl et al, 1997; Litzinger e Gordon, 2005; Russell-Chapin, Chapin e Sattler, 2001; Wilson, Larson, McCulloch e Stone, 1997). Segundo Moore et al (2004), num casamento saudável, a natureza e a qualidade da comunicação são mais importantes que a quantidade (embora alguma quantidade seja necessária).

Num estado de doença, como, por exemplo, o cancro, onde existe maior stress, e onde o cônjuge do doente é o principal cuidador, é fundamental que a comunicação seja aberta para manter um nível de satisfação conjugal elevado. A utilização de comunicação aberta, onde se discutem as dificuldades e conflitos e se partilham valores, promove uma maior proximidade entre o casal, fortalece a relação e está associada a um melhor ajustamento à doença.

Desta forma, podemos pensar que este aumento na qualidade da comunicação se poderá dever à necessidade de comunicar numa situação de doença e à sua eficácia.

A *intimidade emocional* engloba o apoio, a confiança e a partilha. Este aspecto vai de encontro às áreas de maior satisfação referidas, nomeadamente a confiança, já desenvolvida anteriormente. No entanto, podemos também considerar que uma situação

de doença e a ostomia requerem o apoio por parte do cônjuge. Mas este apoio só contribui para a satisfação conjugal se for um envolvimento activo (envolver o doente nas discussões e utilizar métodos de resolução de problemas construtivos) segundo Hagedoorn et al (2000). Sabemos também que as pessoas com níveis de apoio satisfatórios lidam melhor com o stress, são mais saudáveis e recuperam da doença mais rapidamente, pois este protege contra a ansiedade e a depressão, promovendo a qualidade de vida (Saranson et al, 1997). Levantamos a hipótese que este aumento de intimidade emocional se deve a uma aproximação do casal numa altura de crise de doença.

Podemos entender o aumento da satisfação na área da *expressão de sentimentos* à luz dos autores Manne et al (2006). Estes autores afirmam que a qualidade e a quantidade de comunicação sobre as preocupações dos cônjuges, relativamente ao cancro, influenciam a qualidade conjugal. Casais que lidam com os problemas, utilizando a discussão mútua, expressão de sentimentos, compreensão dos dois pontos de vista, negociação de soluções e resolução do problema em equipa, ou seja, uma comunicação construtiva, relatavam maior satisfação conjugal.

*A relação com as famílias de origem e a qualidade da relação com os amigos* pode ser interpretada à luz da teoria sócio-emocional de Carstensen<sup>11</sup> para uma optimização dos afectos.

Segundo a teoria da selectividade sócio-emocional de Carstensen, enquanto o principal objectivo para os jovens adultos é procurar contactos sociais de forma a adquirir informações e contactos futuros, para os adultos mais velhos torna-se mais importante o ganho afectivo e a intimidade (Blanchard-Fields, 1997; Carstensen, Gross e Fung, 1997; Magai e Passman, 1997 e Magai, 2001). Desta maneira, para optimizar os

---

<sup>11</sup> Carstensen, L., Gross, J., e Fung, H. (1997). The social context of emotional experience. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, vol.17, 325-352.

ganhos emocionais, estes redefinem as suas relações interpessoais, verificando-se, então, uma rede social na velhice mais estreitada. Magai e Passman (1997) afirmam que, de acordo com esta teoria, este estreitamento da rede social pode ser considerado uma estratégia adaptativa, que pretende regular as emoções e, desta maneira, aumentar o bem-estar e conservar a energia. Carstensen et al (1997) e Magai (2001) afirmam que de acordo com esta teoria, os adultos mais velhos vão procurar as relações que lhes proporcionam maior gratificação emocional, sendo que, a maioria das vezes, os familiares e amigos íntimos se tornam mais importantes e as relações que são novas ou superficiais são tidas menos em conta. Carstensen et al (1997) relatam ainda que, quando o tempo é percebido como limitado, os objectivos emocionais tornam-se primordiais e a necessidade de ter experiências emocionalmente significativas eleva-se. Habitualmente, este facto ocorre na velhice, mas pode também ocorrer, por exemplo, num jovem em estado terminal. Desta forma, os autores afirmam que, apesar de ser provável ocorrer na velhice, a idade não é a causa da procura de objectivos emocionais mas sim a percepção do tempo. Sendo assim, podemos tentar compreender este aumento de satisfação nestas duas áreas.

Depois de analisar a diferença de médias na satisfação em áreas da vida conjugal (ESAVIC), verificámos que havia uma diferença significativa entre **homens e mulheres**, sendo que os homens revelaram valores mais elevados de satisfação conjugal do que as mulheres. Estes dados vão de encontro ao referido por Narciso (2001) que afirma que os homens apresentam valores de satisfação conjugal mais elevados do que as mulheres. Tal pode estar relacionado com o facto de os homens efectuarem avaliações mais globais da conjugalidade, e, portanto, menos analíticas e críticas, as

quais são sobretudo centradas na avaliação que fazem sobre o que sentem pela mulher, ou seja, deixando-se inundar positivamente pelos afectos.

No respeitante à **idade**, não há diferenças significativas entre menos de 60 e igual ou superior a 60. Podemos pensar também que o facto de não ter havido diferenças entre os dois grupos poderá estar relacionado com a divisão dos mesmos. Esta divisão, construída após a recolha dos dados para permitir comparações estatisticamente significativas, pode ter comprometido algumas diferenças que talvez existissem.

Quanto ao **estado profissional**, constatámos uma diferença significativa entre estado profissional activo e passivo, sendo que são os sujeitos que se mantêm profissionalmente activos que se revelam mais satisfeitos com a conjugalidade

O trabalho é um factor que pode interferir na satisfação conjugal, pois pode afectar o casamento de várias maneiras (Veroff et al, 1997). Sabe-se, também, que a reforma influencia a satisfação conjugal, embora, os resultados de diversos estudos<sup>12</sup> têm sido variados. A satisfação conjugal pode baixar apenas nos casos em que as mulheres continuam a trabalhar depois da reforma dos maridos ou ser mais elevada no caso dos casais se reformarem cedo. O facto dos sujeitos do estudo que revelaram maior satisfação serem os activos poderá ser devido à menor idade e a menos problemas de saúde (lembramos que estamos a falar de indivíduos com doença) e à maior capacidade de realizar actividades com o cônjuge. Ou, ainda, ao facto de estes participantes, habituados a um maior envolvimento profissional, se vejam, agora, devido à doença, mais circunscritos ao casamento e mais dependentes da conjugalidade e do apoio do seu cônjuge.

No respeitante à **permanência da ostomia**, vimos que há diferenças significativas entre o grupo dos definitivos e temporários, sendo a satisfação mais elevada nos

---

<sup>12</sup> Ver Estudo de Lee e Shelan (1989, citado em Patrick et al, 2007) e estudo de Kaufman e Taniguchi (2006).

temporários. Brundage e Broadwell (1995) e Martins (1999) referem que, habitualmente, uma situação temporária é melhor tolerada pelo indivíduo que uma definitiva. Desta forma, podemos colocar a hipótese de que uma ostomia temporária interfere menos na satisfação conjugal que uma definitiva porque sabendo que é provisória, o indivíduo tolera-a mais facilmente não chegando a ter a obrigação de se ajustar e adaptar definitivamente à situação.

Por fim, quanto à **duração da ostomia** não há diferenças significativas. Estes dados são curiosos, uma vez que se pensa que uma situação inicial nova pode causar mais desequilíbrios numa relação. Podemos pensar também que o facto de não ter havido diferenças entre os dois grupos pode estar relacionado com a divisão dos mesmos. Esta divisão, construída após a recolha dos dados para permitir comparações estatisticamente significativas pode ter comprometido algumas diferenças que talvez existissem. Isto porque uma ostomia com um mês é muito diferente de uma com três anos, onde já houve tempo para adaptação e reajuste do casal ao desequilíbrio formado.

Ao analisar as diferenças de médias da satisfação actual global verificou-se uma diferença significativa entre **homens e mulheres**, sendo a satisfação conjugal mais elevada nos homens Estes dados corroboram os encontrados na avaliação da satisfação em áreas da vida conjugal.

No referente ao **estado profissional**, constata-se que não há diferenças significativas entre estado profissional activo e passivo, contrariamente ao que se verificou relativamente à avaliação da satisfação em áreas da vida conjugal, o que pode ser explicado pelo facto de, neste caso, se tratar de uma avaliação holística, através de uma escala de índice único de satisfação conjugal global que não permite uma avaliação mais detalhada e concreta.

Tal como nos dois casos anteriores, também na satisfação conjugal anterior à ostomia relativamente ao **sexo**, constata-se uma diferença significativa entre homens e mulheres. Como a média é mais elevada nos homens, significa que, neste grupo, a satisfação conjugal global anterior à ostomia era maior.

A **prática da religião** manifesta uma diferença significativa entre praticantes e não praticantes, sendo que os não praticantes apresentam valores mais elevados de satisfação conjugal anterior à ostomia

Estes dados contradizem certos estudos realizados e enumerados no nosso enquadramento teórico (Feeney, 1997 e Norgren et al, 2004). Segundo o primeiro estudo, constatou-se que a totalidade dos casais satisfeitos era praticante de uma religião, enquanto, entre os insatisfeitos, a maioria (61%) não era praticante. O facto da maioria dos casais satisfeitos deste estudo serem católicos praticantes pode indiciar que estes valorizam a sua religião e assumem o casamento como sacramento indissolúvel, e se comprometam nos momentos fáceis e difíceis da relação. Talvez no nosso estudo, para os nossos indivíduos, a religião não seja essencial para viver momentos fáceis ou difíceis. Também o facto de apenas haver uma diferença significativa no respeitante à religião nesta escala e não nas três pode não ser valorizável.

### **Auto-Estima e Insatisfação Corporal**

No respeitante à auto-estima, verificámos que os indivíduos apresentam uma auto-estima média elevada.

Este facto vai de encontro à teoria que afirma que raramente as pessoas relatam uma auto-estima muito baixa. Hoyle et al (1999) afirmam que, nos vários estudos realizados, são raras as pessoas que obtiveram resultados inferiores ao ponto médio. Isto pode

querer dizer, segundo os autores, que há poucas pessoas que verdadeiramente não gostam de si.

Segundo Mruk (1998), na idade adulta, a auto-estima é influenciada por diversos aspectos: por exemplo, o estabelecimento de uma relação interpessoal satisfatória ou insatisfatória, a perda de um posto de trabalho, uma doença, a perda de uma parte do corpo, entre outros. Estes, se forem bem superados, contribuem para um aumento da auto-estima mas, se não o forem, podem levar à sua diminuição. No entanto, ao alcançar a idade adulta, o indivíduo tem a sua história de êxitos e fracassos em termos da sua competência e merecimento. Este historial contribui para a sua auto-estima global, segundo Mruk (1998). Desta forma, mesmo que uma ostomia influencie a auto-estima de um indivíduo, pode não condicionar a auto-estima global mas apenas uma parte desta. Por outro lado, esta auto-estima elevada que os indivíduos referiram pode também ser uma auto-estima defensiva que, como Hoyle et al (1999) defendem, corresponde a um esconder dos sentimentos negativos sobre si próprios de forma a só transparecer o socialmente aceitável, ou seja, o que é adequado à aprovação social.

Relativamente à insatisfação corporal, verificámos que os indivíduos do nosso estudo referem uma insatisfação corporal baixa. Este aspecto é interessante, uma vez que a literatura revela que a presença da ostomia altera a imagem corporal.

No entanto, o descontentamento com uma parte do corpo não implica uma insatisfação com a sua imagem corporal. Cash (2002b) afirma que algumas pessoas podem não gostar de determinadas partes do seu corpo e manter sentimentos de atractividade perante os outros.

Ao analisar as diferenças de médias da auto-estima, relativamente à **idade**, constatou-se uma diferença significativa entre menos de 60 e igual ou superior a 60 anos, sendo que

nos indivíduos com 60 ou mais anos a auto-estima é mais baixa. Estes dados vão de encontro ao estudo de Robins et al (2002) que defende que a auto-estima subia aos 50-60 anos mas depois declinava fortemente dos 60 aos 80 anos, sendo que, aos 80 anos, os níveis eram semelhantes aos encontrados durante a adolescência. Também o estudo de Robins, Trzesniewski, Tracy, Gosling e Potter (2002), revela que a auto-estima é elevada na infância, decresce na adolescência, cresce gradualmente na vida adulta e declina fortemente na velhice.

No referente ao **estado profissional**, também se constatou uma diferença significativa entre estado activo e estado passivo, demonstrando que, nos indivíduos em estado profissional passivo, a auto-estima é mais baixa. Será que esta diferença se pode dever à idade ou mesmo à doença associada? Deixamos esta questão em aberto.

Os resultados do nosso estudo evidenciaram que não existem diferenças significativas ao nível da auto-estima em função do **sexo**. Ora estes dados contrariam a teoria descrita nomeadamente o estudo de Robins et al (2002) cujos resultados demonstraram que os homens tinham uma auto-estima mais elevada do que as mulheres. Também Santos e Maia (2003) corroboram tais diferenças de género, afirmando que se constata níveis mais elevados de auto-estima nos indivíduos do sexo masculino quando comparados com o sexo feminino. Por fim, no estudo de Romano et al (2007), verificou-se que os adolescentes do género masculino evidenciavam uma maior auto-estima comparativamente aos do género feminino, sendo esta diferença significativa.

Relativamente à **duração da ostomia** podemos levantar uma questão semelhante à satisfação conjugal. O facto de não ter havido diferenças entre os dois grupos pode estar relacionado com a divisão dos mesmos. Esta divisão, construída após a recolha dos dados para permitir comparações estatisticamente significativas pode ter comprometido

algumas diferenças que talvez existissem. Isto porque uma ostomia com um mês é muito diferente de uma ostomia com três anos, onde já houve tempo para adaptação e reajuste ao desequilíbrio formado.

Ao analisar as diferenças de médias da insatisfação corporal, relativamente ao **sexo**, constatou-se uma diferença significativa entre homens e mulheres, demonstrando que nas mulheres a insatisfação corporal é maior. Estes resultados vão de encontro à teoria que afirma que, de uma maneira geral, as mulheres estão menos satisfeitas com os seus corpos que os homens (Mckinley, 2002).

Os resultados demonstraram que não existem diferenças significativas ao nível da insatisfação corporal em função da **duração da ostomia**. Poderíamos pensar inicialmente, tendo em conta a revisão da literatura, que a duração da ostomia influenciaria a auto-imagem corporal. Sabemos que a perda de partes do corpo (ex: mama, olhos, nariz, pernas, entre outros) necessita de um ajustamento, por parte do indivíduo da sua imagem corporal (Norris, 1982). Mullen e McGinn (1992) referem que, além do corpo se adaptar às mudanças, é necessário, também, que a nossa mente e emoções se ajustem. Desta forma, o tempo é um factor de adaptação (Norris, 1982). Também segundo Harcourt e Rumsey (2006), a adaptação bem sucedida da nova imagem corporal implica a integração das novas mudanças na anterior imagem que o indivíduo tem de si mesmo. Ora, mais uma vez podemos pensar que a inexistência de diferenças significativas se pode dever à divisão dos grupos (menos de 4 anos e 5 ou mais anos).

Por fim, os resultados obtidos relativamente à **permanência da ostomia** (ausência de diferença significativa ao nível da insatisfação corporal em função da permanência da ostomia) vêm contrariar alguns estudos que afirmam que uma mudança da imagem

corporal temporária é mais fácil de tolerar do que uma definitiva. Muitos doentes toleram as alterações da imagem corporal porque é temporária (ex: ostomias temporárias) (Brundage e Broadwell, 1995; Martins, 1999).

### **Relação entre Satisfação Conjugal, Auto-Estima e Insatisfação Corporal**

Analisámos as correlações existentes entre satisfação conjugal, auto-imagem corporal e auto-estima para a amostra global e verificámos correlações significativas e positivas entre as três avaliações de satisfação conjugal (média, actual e anterior à ostomia).

As correlações significativas e positivas entre as três avaliações de satisfação conjugal devem-se ao facto de avaliarem a mesma variável, embora a satisfação conjugal média resulte de uma avaliação pontuada sobre diferentes áreas da vida conjugal, enquanto a satisfação conjugal actual e anterior à ostomia resultem de uma avaliação global.

Verificamos, no nosso estudo, que a baixa-auto auto-estima está significativamente associada a maiores níveis de insatisfação corporal.

Estes resultados vão de encontro à teoria que aponta a ligação entre a auto-estima e a imagem corporal (Black, 2004; Cash, 2002b; Hoyle et al, 1999; Jackson, 2002; Mesquita e Ferreira, 1999; Oliveira, 2004; Salter, 1988a; Santos e Maia, 2003; Weerakoon, 2001; Whitbourne e Skultety, 2002; Williamson, Stewart, White e York-Crowe, 2002).

Tais estudos afirmam que existe uma forte relação entre estes dois conceitos, sendo que as auto-avaliações no respeitante à imagem corporal estão fortemente relacionadas

com a auto-estima global. Sabemos, também, que indivíduos com níveis mais elevados de auto-estima possuem uma imagem mais positiva de si.

Mais concretamente, sabemos que existe uma relação entre as preocupações com a ostomia, sua aparência, odor e sonoridade e auto-imagem corporal e auto-estima diminuídas, incluindo a depressão (Black e Matassarini-Jacobs, 1996). Uma alteração da imagem corporal pode dar origem à diminuição da auto-estima e a situações de depressão.

Por outro lado, uma baixa auto-estima pode, igualmente, condicionar a auto-imagem corporal de um indivíduo, pois esta fica mais vulnerável.

Como se constatou no capítulo anterior, a baixa auto-estima está significativamente associada a menores níveis de satisfação conjugal média, actual e anterior à ostomia.

Tal como referimos nos capítulos relativos à revisão de literatura que efectuámos, indivíduos casados e divorciados ou solteiros têm uma auto-estima mais elevada que indivíduos casados mas infelizes. Permanecer num casamento infeliz tem efeitos negativos na auto-estima comparando com os casamentos felizes. Este facto relaciona-se, sobretudo, com a ausência de apoio social e emocional com origem na relação conjugal (Hawkins e Booth, 2005). Assim, a associação entre saúde/bem-estar e casamento parece cingir-se aos casais felizes.

Sabemos que há uma associação entre qualidade e satisfação conjugal e depressão, nos vários estudos que têm sido realizados (Gotlib e McCabe, 1990; Halford et al, 1997; Hawkins e Booth, 2005; Noller et al, 1997; Whisman et al, 2006; Wilson et al, 1997). De uma forma geral, quanto pior a qualidade conjugal – que se reflecte, sobretudo, na diminuição da positividade da comunicação, no aumento dos conflitos, na diminuição

do grau de intimidade presente, entre outros -, maior é a tendência dos membros do casal para sofrerem de ansiedade, depressão, baixa auto-estima, etc.

Desta forma, os resultados do nosso estudo corroboram tais teses, pois revelam uma correlação negativa entre satisfação conjugal e auto-estima (relembramos que valores mais elevados de auto-estima reflectem uma auto-estima mais baixa).

A insatisfação corporal está significativamente associada a menores níveis de satisfação conjugal média, satisfação conjugal actual e satisfação conjugal anterior à ostomia. Ou seja, quanto maior a insatisfação corporal, menor a satisfação conjugal.

É sabido que a satisfação conjugal está associada significativamente à satisfação com a auto-imagem (Friedman et al, 1999).

A diminuição da auto-estima reflecte-se na sua imagem corporal que, por sua vez, tem implicações negativas na sexualidade e, conseqüentemente, na relação conjugal (Ramos e Patrão, 2005). Como a satisfação sexual é importante para a satisfação conjugal, se a primeira está alterada por um processo de doença, a segunda poderá também estar.

Desta forma, verificamos que os nossos resultados estão de acordo com a teoria, uma vez que revelam que quanto mais insatisfeito o indivíduo está com a sua imagem corporal, mais insatisfeito está com a sua relação conjugal.

Comparando o padrão de relações entre Satisfação Conjugal média, Satisfação Conjugal actual, Satisfação Conjugal anterior à ostomia, Auto-Estima e Insatisfação Corporal em função do sexo e do estado profissional realçamos as principais diferenças encontradas.

Quanto à correlação entre a satisfação conjugal média e a actual e anterior constatamos uma força de relação maior no grupo das mulheres comparando com os homens.

Relativamente à correlação entre a auto-estima e a insatisfação corporal, verificamos que nas mulheres esta relação é mais forte que nos homens.

No respeitante à correlação entre a auto-estima e a satisfação conjugal média e actual esta relação também é mais forte nas mulheres que nos homens.

Podemos tentar explicar estes dados através de diferenças de género, sendo que as mulheres são mais orientadas para a relação e pelos afectos, enquanto os homens têm uma orientação mais instrumental (Narciso, 2001). Segundo a mesma autora, os homens exercem maior controlo sobre as emoções, exprimindo-as maioritariamente através das acções, contrariamente às mulheres que têm níveis mais elevados de auto-revelação, maior sensibilidade e expressão emocional. Tal poderá exacerbar a relação entre aspectos individuais e conjugais que têm um foco central em dimensões relacionais e afectivas.

Quanto à correlação entre a satisfação conjugal média e a actual constatamos uma força de relação maior no grupo dos activos comparando com o grupo dos passivos. Também a correlação entre a satisfação conjugal actual e a anterior demonstra uma força de relação superior no grupo dos activos face aos passivos.

Já a correlação entre a satisfação conjugal média e anterior, pelo contrário, revela uma força de relação maior no grupo dos passivos.

Estas diferenças podem ocorrer talvez porque a avaliação dos participantes activos seja influenciada pelo facto destes participantes, habitualmente envolvidos com o

trabalho, se vejam, devido à doença, mais circunscritos ao casamento e dependentes dele e do apoio do cônjuge, tornando-se a conjugalidade mais central nas suas vidas.

## CONCLUSÃO

Este último capítulo pretende resumir as principais conclusões do nosso estudo, tendo em conta a nossa finalidade - analisar a satisfação conjugal, a auto-estima e a imagem corporal em indivíduos ostomizados em situação de conjugalidade.

Iniciámos este trabalho com uma revisão da literatura sobre os três conceitos atrás referidos. Contextualizámos, inicialmente, o problema físico dos nossos indivíduos: a existência de uma ostomia. Seguidamente, desenvolvemos o conceito da satisfação conjugal e relacionámos com o bem-estar e a doença crónica. Seguimos a classificação de Narciso (2001) relativamente aos factores que interferem na satisfação conjugal: factores centrípetos, factores centrífugos e factor tempo. Nos primeiros, incluem-se os processos cognitivos, os operativos e os afectivos. Dentro dos processos cognitivos, desenvolvemos as percepções, as atribuições, as expectativas, os pressupostos e padrões. Nos processos operativos, considerámos a comunicação, os conflitos e sua resolução e o controlo relacional. Nos processos afectivos, abordámos os sentimentos de amor e os processos relacionais de intimidade e compromisso. Relativamente aos factores centrífugos, aportámos aos factores pessoais, onde se inclui a personalidade, a religião, entre outros, e aos factores contextuais, que incluem a rede social e família de origem, assim como o trabalho e certos aspectos demográficos. Por fim o factor tempo, o qual se centra sobretudo na influência do tempo e na presença de filhos e conflitos na satisfação conjugal.

Desenvolvemos os conceitos da auto-estima e da auto-imagem corporal.

A auto-estima resulta do julgamento realizado sobre si próprio que pode ser influenciado por vários acontecimentos, um dos quais a alteração da imagem corporal, segundo Bruges (2006). Descrevemos, então, o desenvolvimento da auto-estima, os

vários tipos de auto-estima que existem, assim como explorámos a sua relação com o bem-estar e conduta de saúde.

Relativamente à imagem corporal, abordámos a evolução da importância do corpo e a sua socialização. Como a presença de um estoma provoca uma alteração da auto-imagem corporal, descrevemos ainda algumas alterações possíveis, assim como as reacções e a adaptação a este processo. Tentámos, nos vários capítulos, estabelecer pontes de contacto, através da teoria existente que relaciona a auto-imagem corporal tanto com a auto-estima como com a intimidade.

O estudo empírico foi realizado através de uma metodologia quantitativa, tendo os dados sido recolhidos através de um protocolo de investigação, e analisados com o auxílio do *software* SPSS.

Partindo das nossas questões de investigação, salientamos, de seguida, os principais resultados e conclusões obtidos no nosso estudo.

Após a determinação do grau de satisfação conjugal dos indivíduos ostomizados do nosso estudo, verificámos que os participantes da nossa amostra estavam, de uma forma geral, satisfeitos com a sua relação. No entanto, constatámos que o grau de satisfação anterior à ostomia era superior ao grau de satisfação actual. Tendo em conta o estudo de Narciso, Ribeiro e Ferreira (2008; não publicado), onde a satisfação conjugal é mais elevada, será que a diferença de médias existente poderá estar relacionada com a situação clínica que deu origem à ostomia? De acordo com a revisão de literatura que efectuámos, e considerando as especificidades inerentes à situação de ostomia e as suas consequências ao nível da relação conjugal, pensamos que esta é uma hipótese plausível, muito embora o nosso estudo não permita a sua verificação.

As áreas de maior satisfação conjugal, nos indivíduos ostomizados do nosso estudo, são a confiança entre os sujeitos e os seus cônjuges, o modo como o casal se relaciona com a família do indivíduo questionado, os sentimentos do indivíduo pelo cônjuge e a admiração que o indivíduo tem pelo cônjuge. A maioria destas áreas inclui-se na dimensão amor, a qual tem uma influência significativa na satisfação conjugal global (Narciso e Costa, 1996).

As áreas de menor satisfação conjugal relacionam-se com a sexualidade (desejo sexual que o indivíduo sente pelo cônjuge, frequência, prazer e qualidade das relações sexuais). Estes resultados confirmam o referido por Black e Matassarini-Jacobs (1996) que defendem que, após a ostomia, a sexualidade é uma das áreas afectadas.

Analisando as áreas da vida conjugal afectadas pela presença de ostomia, podemos verificar que é na qualidade da sexualidade que mais indivíduos referem ter havido diminuição da satisfação conjugal. Cerca de um terço refere, ainda, a gestão financeira e a quantidade e intensidade dos conflitos como áreas onde a satisfação conjugal diminuiu. A gestão financeira poderá estar relacionada com o custo elevado do material de ostomia e o nível socioeconómico baixo da maioria dos utentes. O aumento dos conflitos pode ser entendido no contexto de uma crise e consequente fase de adaptação.

É na qualidade da comunicação, na intimidade emocional e na expressão de sentimentos que mais indivíduos referem ter havido aumento da satisfação conjugal. Moore et al (2004) defendem a qualidade da comunicação como essencial num casamento feliz. Num estado de doença, onde a comunicação é aberta, onde se discutem as dificuldades e conflitos, se partilham valores, se exprimem sentimentos e se verifica um elevado apoio emocional, há uma maior proximidade entre o casal, um fortalecimento da relação, associadas a um melhor ajustamento à doença e à

manutenção de um nível de satisfação conjugal elevado. As outras duas áreas onde se constatou um aumento da satisfação conjugal após a ostomia são a qualidade da relação com famílias de origem e a qualidade da relação com amigos. Tentamos enquadrar estes resultados na teoria de Carstensen et al (1997) e Magai (2001) que afirmam que os adultos mais velhos vão procurar as relações que lhes proporcionam maior gratificação emocional, sendo que, a maioria das vezes, os familiares e amigos íntimos se tornam mais importantes e as relações que são novas ou superficiais são tidas menos em conta.

Verificámos que os homens revelam valores mais elevados de satisfação conjugal média do que as mulheres e que os sujeitos que se mantêm profissionalmente activos revelam-se também mais satisfeitos com a conjugalidade. Estes dados vão de encontro aos referidos nos estudos de Narciso (2001) e Veroff et al (1997). No respeitante à permanência da ostomia, vimos que a satisfação é mais elevada nos grupos dos indivíduos com estomas temporários, o que se compreende dado que se trata de uma situação provisória, sendo, por isso, melhor tolerada pelo indivíduo do que uma definitiva, tal como Brundage e Broadwell (1995) e Martins (1999) defendem. A satisfação conjugal actual e anterior à ostomia é também mais elevada nos homens.

No respeitante à auto-estima, verificámos que os indivíduos apresentam uma auto-estima média elevada, correspondendo ao que Hoyle et al (1999) afirmam, que nos vários estudos realizados, são raras as pessoas que obtiveram resultados inferiores ao ponto médio. Isto pode querer dizer, segundo os autores, que há poucas pessoas que verdadeiramente não gostam de si.

Constatámos, ainda, que é nos indivíduos com 60 ou mais anos e em estado passivo que a auto-estima é mais baixa, sendo que os primeiros resultados vão de encontro ao estudo de Robins et al (2002). Relativamente à insatisfação corporal, apurámos que os

indivíduos do nosso estudo referem uma insatisfação corporal baixa, sendo que, nas mulheres, a insatisfação corporal é maior, aspecto concordante com o estudo de Mckinley (2002). Este resultado surpreendeu-nos fortemente pois esperávamos que a ostomia, dadas as suas características particulares, influenciasse mais a insatisfação corporal do que o revelado no nosso estudo. No entanto, estes resultados vão de encontro à tese defendida por Cash (2002b) de que as pessoas podem, simultaneamente, não gostar de determinadas partes do seu corpo e manter sentimentos de atractividade perante os outros.

Constatámos correlações significativas e positivas entre as três avaliações de satisfação conjugal (média, actual e anterior à ostomia), o que se compreende, o que se compreende, uma vez que avaliam a mesma variável, ainda que relativamente a tempos diferentes e com níveis de análise mais analíticos ou mais holísticos. Tais correlações podem, também, ser indicadoras da validade convergente da escala de avaliação da satisfação em áreas da vida conjugal, bem como reveladoras da potencial continuidade da satisfação conjugal ao longo do tempo de conjugalidade, e da importância ou influência da satisfação conjugal prévia a situações de adversidade na satisfação após essas mesmas situações, como é o caso da ostomia.

Verificámos também, no nosso estudo, que a baixa auto-estima está significativamente associada a maiores níveis de insatisfação corporal, aspecto defendido por diversos autores tais como Black (2004), Cash (2002b), Whitbourne e Skultety (2002), entre outros.

A baixa auto-estima está significativamente associada a menores níveis de satisfação conjugal média, actual e anterior à ostomia. Estes dados vão de encontro aos

vários estudos que têm sido realizados (Gotlib e McCabe, 1990; Halford et al, 1997; Hawkins e Booth, 2005; Noller et al, 1997; Whisman et al, 2006; Wilson et al, 1997).

Além do referido, a insatisfação corporal está significativamente associada a menores níveis satisfação conjugal média, satisfação conjugal actual e satisfação conjugal anterior à ostomia. Estes resultados concordam com a tese de Friedman et al (1999) de que a satisfação conjugal está significativamente associada à satisfação com a auto-imagem.

É de realçar que a força destas relações supracitadas é, de uma forma geral, maior no grupo das mulheres e dos activos. Podemos tentar explicar estes dados através de diferenças de género, sendo que as mulheres são mais orientadas para a relação e pelos afectos, enquanto os homens têm uma orientação mais instrumental (Narciso, 2001). Em segundo lugar, talvez a avaliação dos participantes activos seja influenciada pelo facto destes, habitualmente envolvidos com o trabalho, se verem, devido à doença, mais circunscritos ao casamento e, por isso, dependentes do apoio do cônjuge, tornando-se a conjugalidade mais central nas suas vidas.

Quanto às limitações do nosso estudo, elas são, naturalmente, várias. Iremos, assim, destacar algumas.

No nosso estudo, limitámo-nos apenas à visão/percepção do indivíduo ostomizado naquele momento de preenchimento do questionário. Como sabemos, estas percepções podem ser influenciadas por estados emocionais e físicos que podem condicionar as respostas. Seria importante ter sido realizada uma triangulação de métodos e fontes de recolha de dados, o que seria possível, por exemplo, através da realização de entrevistas aos doentes ostomizados bem como aos seus cônjuges de forma a aprofundar os resultados obtidos através do estudo quantitativo e a obter uma visão mais sistémica da

realidade. No entanto, sobretudo devido aos constrangimentos do tempo para a realização deste trabalho, tal não foi possível.

Uma outra limitação do nosso estudo foi o reduzido tamanho da amostra, o qual, se tivesse sido maior, poderia ter permitido análises estatísticas de maior complexidade e conferido maior solidez aos resultados. Naturalmente que o carácter exploratório do nosso estudo não permite que se faça qualquer generalização à população. Também teria sido importante uma amostra mais heterogénea em relação a algumas características, como, por exemplo, relativamente à idade, nível sócio-económico, tipo, duração e reversibilidade de ostomia, para se poder perceber, com maior rigor e detalhe, a influência de tais variáveis independentes na satisfação conjugal, auto-estima e insatisfação corporal.

Queremos, também, realçar como limite o facto de não termos, no nosso estudo, um grupo controlo não clínico, ou seja, uma amostra de indivíduos com características semelhantes às da nossa amostra mas sem qualquer doença, e/ou um grupo de comparação, constituído por participantes portadores de uma doença cujas características não se reportassem directamente a alterações na imagem corporal. Tais amostras permitir-nos-iam não só caracterizar os diferentes grupos relativamente às variáveis em estudo, mas também realizar análises comparativas inter-grupos que em muito contribuiriam para o enriquecimento do trabalho, nomeadamente, para perceber a influência concreta da ostomia na auto-estima, insatisfação corporal e satisfação conjugal.

Seria igualmente interessante, pensamos nós, uma investigação longitudinal que incluísse uma amostra de indivíduos ostomizados que ultrapassasse os limites que já referimos quanto às variáveis independentes, que incluísse uma amostra de indivíduos

portadores de uma outra doença com características diferentes, e que envolvesse os cônjuges dos portadores de doença. Tal investigação seria potencialmente enriquecida se considerasse métodos quantitativos e qualitativos de recolha e análise dos dados. Acreditamos que um estudo desta natureza contribuiria para uma melhor compreensão deste processo complexo, mutável e sistémico que é a satisfação conjugal, e a sua relação com a auto-estima e a auto-imagem corporal em indivíduos portadores de doenças físicas.

Relativamente às implicações para a prática profissional, pensamos que este trabalho nos ajudou a descobrir áreas de “força” e “fragilidade” nos indivíduos ostomizados que, apesar de não podermos generalizar, nos sugerem a importância de uma maior atenção dos técnicos de saúde física e, particularmente, dos enfermeiros, de forma a prevenir dificuldades e problemas a nível psicossocial, a reduzir ou minorar os efeitos físicos e psicológicos da doença, e a contribuir para um aumento do bem-estar não só do doente mas também dos seus cônjuges.

Salientamos, em particular, a necessidade de uma intervenção (in)formativa na área da sexualidade, a qual deverá ocorrer, desde o momento do diagnóstico, não só em sessões individuais com o doente, mas também em sessões com o cônjuge. Será, ainda, fundamental, avaliar e fortalecer as áreas de maior “força” que são a comunicação, a confiança e a expressão de sentimentos, de forma a ajudar a ultrapassar a crise da presença da ostomia na vida do casal.

Finalmente, realçamos a importância de um trabalho inter-disciplinar com técnicos de saúde física e psicológica – enfermeiros, médicos, técnicos de serviço social, psicólogos -, dada a natureza e as implicações de uma doença como a ostomia, colocando o doente e os seus familiares face a uma situação de adversidade que se

reflecte em várias áreas: físicas (alterações corporais, dor, alterações de saúde associadas, etc.), materiais (custos financeiros, diminuição do rendimento económico, alterações do espaço físico ou geográfico de residência, etc.) psicológicas (diminuição da auto-estima, insatisfação corporal, stress, depressão, ansiedade, etc.) e relacionais (alteração na qualidade e satisfação conjugal e familiar, alteração no bem-estar dos familiares, necessidade de maior apoio familiar e social, etc.).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adler, N. e Stewart, J. (2004). Self-esteem. Retirado em 18 de Maio de 2008 de <http://www.macses.ucsf.edu/research/psychosocial/notebook/selfesteem.html>
- Albuquerque, C. e Oliveira, C. (sd). Características psicológicas associadas à saúde: a importância do auto-conceito. Retirado em 11 de Dezembro de 2007 de [http://www.ipv.pt/millennium/millennium26/26\\_22.htm](http://www.ipv.pt/millennium/millennium26/26_22.htm)
- Alcantará, J. (1997). *Como educar a auto-estima*. Lisboa: Plátano Edições Técnicas.
- Almeida, L. e Freire, T. (2000). *Metodologias da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- André, C. (2002). L'estime de soi au quotidien. *Sciences Humaines*, 131, 34-36.
- André, C. (2004). Estime et mésestime de soi. *Recherche en soins infirmiers*, 78, 4-7.
- André, C. (2005). L'estime de soi. *Recherche en soins infirmiers*, 82, 26-30.
- Barnes, M. e Sternberg, R. (1997). A hierarchical model of love and its prediction of satisfaction in close relationships. In R. Sternberg e M. Hojjat (Eds.). *Satisfaction in close relationships*. (pp.79-101). New York: The Guilford Press.
- Baucom, D.; Epstein, N.; Sayers, S. e Sher, T. (1989). The role of cognitions in marital relationships: definitional, methodological, and conceptual issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 31-38.
- Berscheid, E. e Lopes, J. (1997). A temporal modelo of relationship satisfaction and stability. In R. Sternberg e M. Hojjat (Eds.). *Satisfaction in close relationships*. (pp.129-159). New York: The Guilford Press.
- Black, P. (2004). Psychological, sexual and cultural issues for patients with a stoma. *British Journal of Nursing*, 13, 692- 697.
- Black, J. e Matassarini-Jacobs, E. (1996). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: uma*

- abordagem psicofisiológica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.
- Blanchard-Fields, F. (1997). The role of emotion in social cognition across the adult life span. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, vol.17, 238-265
- Blascovich, J. e Tomaka, J. (1991). Measures of self-esteem. In J. Robinson, P. Shaver e L. Wrightsman (Eds.). *Measures of personality and social psychological attitudes*. (pp. 115-160). San Diego: Academic Press.
- Brown, H. e Randle, J. (2005). Living with a stoma: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 74- 81.
- Bruges, M. (2001). A importância do estudo do auto-conceito no doente com diagnóstico de cancro. *Enfermagem Oncológica*, 19, 20-25.
- Bruges, M. (2006). Auto-conceito e auto-estima: abordagem de enfermagem centrada na família. *Cadernos de Bioética*, 40, 65-83.
- Brundage, D. e Broadwell, D. (1995). Alteração da imagem corporal. In W. Phipps, B. Long, N. Woods e V. Cassmeyer (Eds.). *Enfermagem Médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica* (pp. 224- 227). Lisboa: Lusodidacta.
- Burch, J. (2005) Psychological problems and stomas: a rough guide for community nurses. *British Journal of Community Nursing* 10, 224- 227.
- Burton, D.; Sussman, S.; Hansen, W.; Johnson, C. e Flay, B. (1989). Image attributions and smoking intentions among seventh grade students. *Journal of Applied Social Psychology*, 19 (8), 656-664.
- Carpenito, L. (1995). *Manuel de diagnostics infirmiers*. InterEditions: Paris.
- Carvalho, C., Soares, M. e Guedes, C. (2000). Alterações físicas e psíquicas nos doentes submetidos a transplantação de progenitores hematopoiéticos. *Enfermagem Oncológica*, 16, 27-38.
- Carstensen, L., Gross, J., e Fung, H. (1997). The social context of emotional

- experience. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, vol.17, 325-352.
- Cash, T. (2002a). Cognitive-behavioral perspectives on body image. In T. Cash e T. Pruzinsky (Eds.). *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. (pp. 38-46). New York: The Guilford Press.
- Cash, T. (2002b). A “negative body image”: evaluating epidemiological evidence. In T. Cash e T. Pruzinsky (Eds.). *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. (pp. 269-276). New York: The Guilford Press.
- Clements, M.; Cordova, A.; Markman, H. e Laurenceau, J. (1997). The erosion of marital satisfaction over time and how o prevent it. In R. Sternberg e M. Hojjat (Eds.). *Satisfaction in close relationships*. (pp.335-355). New York: The Guilford Press.
- Cohen, L., Manion, L. e Morrison, K. (2000). *Research Methods in Education*. (pp. 226-241). London: Routledge Falmer.
- Cook, J. e Jones, R. (2002). Congruency of identity style in married couples. *Journal of FamilyIssues*, 23, 912-926.
- Cramer, D. (2006). How a supportive partner may increase relationship satisfaction. In *British Journal of Guidance & Couseling*, 34, 117-131.
- Dostie, M. (1988). *Le corps investis*. Albert Saint Martin de Montréal: De Boeck.
- Dudas, S. (1986). Psychosocial aspects of patient care. In D. Smith e D. Johnson (Eds.). *Ostomy care and the cancer patient* (pp. 93- 102). Florida: Grune and Stratton, Inc.
- Duvall, E. (1977). *Marriage and family development* . New York: Lippincott Company.
- Erbert, L. e Duck, S. (1997). Rethinking satisfaction in personal relationships from a

- dialectical perspective. In R. Sternberg e M. Hojjat (Eds.). *Satisfaction in close relationships*. (pp.190-215). New York: The Guilford Press.
- Fang, C.; Manne, S. e Pape, S. (2001). Funcional impairment, marital quality, and patient psychological distress as predictors of psychological distress among cancer patient's spouses. *Health Psychology*, 20, 452-457.
- Faria, L. e Silva, S. (2001). Promoção do auto-conceito e prática de ginástica de academia. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 6 (1), 45-57
- Faria, L. (2003). A importância do auto-conceito em contexto escolar. In C. Lopes Pires, P. Costa e S. brites Ferreira (Orgs.), *Psicologia, sociedade e bem-estar* (pp. 87-98). Leiria: Editorial Presença.
- Faria, L.; Pepi, A. e Alesi, M. (2004). Concepções pessoais de inteligência e auto-estima: que diferença entre estudantes portugueses e italianos? *Análise Psicológica*, 4 (XXII), 747-764.
- Feeney, J.; Noller, P. e Ward, C. (1997). Marital satisfaction and spousal interaction. In R. Sternberg e M. Hojjat (Eds.). *Satisfaction in close relationships*. (pp.160-189). New York: The Guilford Press.
- Fincham, F., Bradbury, T., Scott, C. (1990). Cognition in Marriage. In F. Fincham e T. Bradbury. *The psychology of marriage: basic issues and applications*. (pp. 19-58). New York: The Guilford Press.
- Fincham, F. e Bradbury, T. (1993). Marital satisfaction, depression, and attributions: a longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 442-452.
- Fincham, F.; Harold, G. e Phillips, S. (2000). The longitudinal association between attributions and marital satisfaction: direction of effects and role of efficacy expectations. *Journal of Family Psychology*, 4, 267-285.

- Fincham, F. e Beach, S. (2002). Forgiveness in marriage: implications for psychological aggression and constructive communication. *Personal relationships*, 9, 239-251.
- Fortin, M. (1996). *Le Processus de la Recherche: de la conception à la réalisation*. Québec: Décarie Éditeur.
- Foulkes, B. (1989). Cuidados de enfermería. In H. Ortiz; J. Ragué e B. Foulkes . *Indicaciones y cuidados de los estomas* (pp. 132- 148). Barcelona: Editorial Jims.
- Friedman, M., Dixon, A., Brownell, K., Whisman, M. e Wilfley, D. (1999). Marital Status, Marital Satisfaction, and Body Image Dissatisfaction. In *Journal of Eating Disorders*, 26, 81-85.
- Gotlib, I. e Hooley, J. (1989). Depression and marital distress: current status and future directions. In S. Duck (Ed.). *Handbook of personal relationships: theory, research and interventions*. (pp. 543- 570). London: John Wiley & Sons.
- Gotlib, I. e McCabe, S. (1990). Marriage and psychopathology. In F. Fincham e T. Bradbury (Eds.). *The psychology of marriage: Basic issues & applications*. (226-257). New York: The Guilford Press.
- Gottman, J. (1993). A theory of marital dissolution and stability. *Journal of Family Psychology*, 7, 57-75.
- Gottman, J. e Silver, N. (2001). *Os 7 princípios do casamento*. Cascais: Pergaminho.
- Hagedoorn, M., Kuijer, R., Buunk, B., Dejong, G. e Wobbes, T. (2000). Marital satisfaction in patients with cancer: does support from intimate partners benefit those who need it the most?, *Health Psychology*, 19, 274-282.
- Halford, W. e Bouma, R. (1997). Individual psychopathology and marital distress. In W. Halford e H. Markman (Eds.). *Clinical Handbook of Marriage and Couples Intervention*. (pp. 291-321). England: Wiley.

- Halford, W.; Kelly, A. e Markman, H. (1997). The Concept of a Healthy Marriage. In W. Halford e H. Markman (Eds.). *Clinical Handbook of Marriage and Couples Intervention*. (pp. 3-12). England:Wiley.
- Harcourt, D. e Rumsey, N. (2006). Altered Body Image. In Nora Kearney (Ed.). *Nursing patients with cancer: principles and practice* (pp. 701- 715). Elsevier: St. Louis.
- Hatch, L. e Bulcroft, K. (2004). Does long-term marriage bring less frequent disagreements? *Journal of Family Issues*, 25, 465-495.
- Hawkins, D. e Booth, A. (2005). Unhappily ever after: affects of long-term, low quality marriages on well-being. *Social Forces*, 84, 445-465.
- Heiman, J. e Verhulst, J. (1990). Sexual dysfunction and marriage. In F. Fincham e T. Bradbury (Eds.). *The psychology of marriage: Basic issues & applications*. (299-322). New York: The Guilford Press.
- Hendrick, S. e Hendrick, C. (1997). Love and satisfaction. In R. Sternberg e M. Hojjat (Eds.). *Satisfaction in close relationships*. (pp.56-78). New York: The Guilford Press.
- Hodgson, J.; Shields, C. e Rousseau, S. (2003). Disengaging communication in later-life couples coping with breast cancer. *Families, systems & health*, 21, 145-161.
- Hojjat, M. (1997). Philosophy of life as a model of relationship satisfaction. In R. Sternberg e M. Hojjat (Eds.). *Satisfaction in close relationships*. (pp.102-126). New York: The Guilford Press.
- Hoogland, H., Aguilera, R., López, J. e Aldosa, R. (1989). Estomas urológicos. In H. Ortiz; J. Ragué e B. Foulkes. *Indicaciones y cuidados de los estomas* (pp. 247-270). Barcelona: Editorial Jims.
- Hoyle, R.; Kernis, M.; Leary, M. e Baldwin, M. (1999). *Selfhood: identity, esteem,*

*regulation*. Colorado: Westview Press.

Jackson, L. (2002). Physical attractiveness: a sociocultural perspective. In T. Cash e T.

Pruzinsky (Eds.). *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. (pp. 13-21). New York: The Guilford Press.

Jose, O. e Alfons, V. (2007). Do demographics affect marital satisfaction? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 33, 73-85.

Kalkman, J.; Schillings, M.; Zwarts, M.; Engelen, B. e Bleijenberg, G. (2006).

Influence of relatives on fatigue experienced by patients with facioscapulohumeral dystrophy, myotonic dystrophy and HMSN-I. *European Neurology*, 56, 24-30.

Karney, B.; Bradubry, T.; Fincham, F. e Sullivan, K. (1994). The role of negative affectivity in the association between attributions and marital satisfaction.

*Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 413-424.

Kaufman, G. e Taniguchi, H. (2006). Gender and marital happiness in later life.

*Journal of Family Issues*, 27, 735- 757.

Klein, R. e Johnson, M. (1997). Strategies of couple conflict. In S. Duck

(Ed.). *Handbook of personal relationships: theory, research and interventions*.

(p469-486). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

Krueger, D. (2002). Psycodynamic perspectives on body image. In T. Cash e T.

Pruzinsky (Eds.). *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. (pp. 30-37). New York: The Guilford Press.

Lacueva, A. (1989). Cambios en la imagen corporal del ostomizado. In H. Ortiz; J.

Ragué e B. Foulkes . *Indicaciones y cuidados de los estomas* (pp. 355- 359).

Barcelona: Editorial Jims.

Lamia, A.; Rochinha, A. e Azevedo de Figueiredo, S. (2003). In C. Lopes Pires, P.

- Costa e S. brites Ferreira (Orgs.), *Psicologia, sociedade e bem-estar* (pp. 99-103). Leiria: Editorial Presença.
- Laurenceau, J.; Barrett, L. e Rovine, M. (2005). The interpersonal process of intimacy in marriage: a daily-diary and multilevel modeling approach. *Journal of Family Psychology, 19*, 314-323.
- Levinger, G. e Huston, T. (1990). The social psychology of marriage. In F. Fincham e T. Bradbury. *The Psychology of marriage: basic issues and applications*. (pp. 19-58). New York: The Guilford Press.
- Lindahl, K.; Malik, N. e Bradbury, T. (1997). The developmental Course of Couples' Relationships. In W. Halford e H. Markman (Eds.). *Clinical Handbook of Marriage and Couples Intervention*. (pp 203-223). England:Wiley.
- Litzinger, S., Gordon, K. (2005). Exploring relationships among communication, sexual satisfaction and marital satisfaction. In *Journal of Sex and Marital Therapy, 31*, 409-424.
- Mackinley, N. (2002). Feminist perspectives and objectified body consciousness. In T. Cash e T. Pruzinsky (Eds.). *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. (pp. 55-62). New York: The Guilford Press.
- Magai, C. e Passman, V. (1997). The interpersonal basis of emotional behavior and emotion regulation in adulthood. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, vol.17*, 104-137.
- Magai, C. (2001). Emotions over the life span. In: J. Birren & K. Schaie (Eds.) – *Handbook of the Psychology of Aging*. (pp. 399-426). California: Academic Press.
- Mancini, A. e Bonanno, G. (2006). Marital closeness, functional disability, and adjustment in late life. *Psychology and Aging, 21*, 600-610.

- Manne, S., Taylor, K., Dougherty, J. e Alfieri, T. (1999). Spousal negative responses to cancer patients: the role of social restriction, spouse mood, and relationship satisfaction. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 352-361.
- Manne, S.; Ostroff, J.; Norton, T.; Fox, K.; Goldstein, L. e Grana, G. (2006). Cancer-related relationship communication in couples coping with early breast cancer. *Psycho-oncology*, 15, 234-247.
- Martins, C. (1999). A problemática da imagem corporal no doente oncológico. *Servir*, 47, 312-319.
- Mesquita, A. e Ferreira, L. (1999). A beleza no processo de saúde – uma análise tridimensional. *Servir*, 47, 192-198.
- Mirgain, S. e Cordova, J. (2007). Emotions skills and marital health: the association between observed and self-reported emotions skills, intimacy, and marital satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 983-1009.
- Moore, K., Jekielek, S., Bronte-Tinkew, J., Guzman, L., Ryan, S. e Redd, Z. (2004). What Is “Healthy Marriage”? Defining the concept. *Child Trends*, 16, 1-8.
- Morais, M. (sd). Auto-estima: chave do sucesso e da auto-realização. Retirado em 11 de Dezembro de 2007 de <http://www.abpp.com.br/artigos/53.htm>
- Mruk, C. (1998). *Auto-estima: investigación, teoría y práctica*. Desclée de Brouwer: Bilbao.
- Muhlekamp, A. e Sayles, J. (1986). Self-esteem, social support, and positive health practices. *Nursing Research*, 35 (6), 334-338.
- Mullen, B. e McGinn, K. (1992). *The ostomy book – living comfortably with colostomies, ileostomies and urostomies*. Colorado: Bull Publishing Company.

- Narciso, I. e Costa, E. (1996). Amores satisfeitos mas não perfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica, 12*, 115-130.
- Narciso, I. (2001). *Conjugalidades satisfeitas mas não perfeitas: À procura do padrão que liga*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia. Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Lisboa.
- Narciso, I. (2002). Janela com vista para a intimidade. *Psychologica, 31*, 49-62.
- Narciso, I.; Costa, M. e Pina Prata, F. (2002). Intimidade e compromisso pessoal ou “Aquilo que pode fazer com que um casamento funcione”. *Revista Portuguesa de Psicologia, 36*, 67-88.
- Noller, P.; Beach, S. e Osgarby, S. (1997). Cognitive and Affective Processes in Marriage. In W. Halford e H. Markman (Eds.). *Clinical Handbook of Marriage and Couples Intervention*. (pp. 43-71). England: Wiley.
- Norgren, M.; Souza, R.; Kaslow, F.; Hammerschmidt, H. e Sharlin, S. (2004). Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. *Estudos de Psicologia, 9*, 575-584.
- Norris, C. (1982). L’image corporelle: ses rapports aux soins infirmiers. In Carolyn E. Carlon e Betty Blackwell. *Les comportements humains: concepts et applications aux soins infirmiers* (pp. 17- 70). Paris: Centurion.
- Notarius, C.; Lashley, S. e Sullivan, D. (1997). Angry at your partner? Think again. In R. Sternberg e M. Hojjat (Eds.). *Satisfaction in close relationships*. (pp.219-248). New York: The Guilford Press.
- Oliveira, I. (2004). *Vivências da mulher mastectomizada: abordagem fenomenológica da relação com o corpo*. Porto: Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição.
- Patrick, S.; Sells, J.; Giordano, F.; e Tollerud, T. (2007). Intimacy, differentiation, and

- personality variables as predictors of marital satisfaction. *The family journal: counseling and therapy for couples and families*, 15, 359-367.
- Phipps, W., Long, B., Wood, N. e Cassmeyer, V. (1999). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: conceitos e prática clínica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Price, B. (1994a). Las enfermeras estomaterapeutas están en situación ideal para ayudar a mejorar la imagen corporal. *Eurostoma*, Verano, 14- 15.
- Price, B. (1994b). Para entender la experiencia de una imagen acorporal alterada. *Eurostoma*, Invierno, 10-11.
- Pruzinsky, T. (2002). Body image adaptation to reconstructive surgery for acquired disfigurement. In T. Cash e T. Pruzinsky (Eds.). *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. (pp. 440- 449). New York: The Guilford Press.
- Pruzinsky, T. e Cash, T. (2002). Understanding body images: historical and contemporary perspectives. In T. Cash e T. Pruzinsky (Eds.). *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. (pp. 3-12). New York: The Guilford Press.
- Purdom, C.; Lucas, J. e Miller, K. (2006). Couple type, parental status, and the mediating impact of social support. *North American Journal of Psychology*, 8, 1-12.
- Quek, K., Loh, C., Low, W. e Dublin (2003). The male marital satisfaction following treatment for lower urinary tract symptoms. In *Journal of Sex and Marital Therapy*, 29, 173-176.
- Ramos, A. e Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica*, 3, 295-304.
- Reis, H. e Shaver, P. (1988). Intimacy as an interpersonal process. In S. Duck (Ed.).

- Handbook of personal relationships: theory, research and interventions. (pp. 367- 389). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Robins, R.; Trzesniewski, K.; Tracy, J.; Gosling, S. e Potter, J. (2002). Global self-esteem across the life span. *Psychology and Aging*, 17 (2), 423-434.
- Romano, A.; Negreiros, J. e Martins, T. (2007). Contributos para a validação da escala da auto-estima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior do país. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8 (1), 109-116.
- Russell-Chapin, L.; Chapin, T. e Sattler, L. (2001). The relationship of conflict resolution styles and certain marital satisfaction factors to marital distress. *The family journal: counseling and therapy for couples and families*, 9, 259-264.
- Salter, M. (1988a). Normal and altered body image. In Mave Salter (Ed.). *Altered body image – The nurse’s role* (pp. 1- 20). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Salter, M. (1988b). Stoma: the effect on body image. In Mave Salter (Ed.). *Altered body image – The nurse’s role* (pp. 179 -194). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Santos, P. (2003). Goal instability, self-esteem, and vocational identity of high school portuguese students. *Análise Psicológica*, 2 (XXI), 229-238.
- Santos, P. e Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-268.
- Saranson, B.; Saranson, I. e Gurung, R. (1997). Close personal relationships and health outcomes: a key to the role of social support. In S. Duck (Ed.). Handbook of personal relationships: theory, research and interventions. (pp. 547-573). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Schilder, P. (1980). *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes.

- Schmalings, K. e Sher, T. (1997). Physical health and relationships. In W. Halford e H. Markman (Eds.). *Clinical Handbook of Marriage and Couples Intervention*. (pp. 324-345). England: Wiley.
- Schover, L. (1986). Sexual rehabilitation of the ostomy patient. In D. Smith e D. Johnson (Eds.). *Ostomy care and the cancer patient* (pp. 103- 119). Florida: Grune and Stratton, Inc..
- Seigley, L. (1999). Self-esteem and health behavior: theoretic and empirical links. *Nursing Outlook*, 47, 74-77.
- Seymour, W. (1998). *Remaking the body*. London: Routledge.
- Shackelfor, T. e Buss, D. (1997). Marital satisfaction in evolutionary psychological perspective. In R. Sternberg e M. Hojjat (Eds.). *Satisfaction in close relationships*. (pp.7- 25). New York: The Guilford Press.
- Shields, C.; Travis, L. e Rousseau, S. (2000). Marital attachment and adjustment in older couples coping with cancer. *Aging & Mental Health*, 4, 223-233.
- Simões, A.; Ferreira, J.; Lima, M.; Pinheiro, M.;Vieira, C.; Matos, A. e Oliveira, A. (2003). O bem-estar subjectivo dos adultos: um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, ano 37, 1, 5-30.
- Soeder, M. (1994). Los problemas sexuales requieren una evaluación cuidadosa y un tratamiento adecuado. *Eurostoma*, Verano, 10-11.
- Speer, J.; Hillenberg, B.; Sugrue, D.; Blacker, C.; Kresge, C.; Decker, V.; Zakalik, D. e Decker, D. (2005). Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. *The Breast Journal*, 11, 440-447.
- Spence, S. (1997). Sex and relationships. In W. Halford e H. Markman (Eds.). *Clinical Handbook of Marriage and Couples Intervention*. (pp. 73-105). England:Wiley.

- Tantleff-Dunn, S. e Gokee, J. (2002). Interpersonal influences on body image development. In T. Cash e T. Pruzinsky (Eds.). *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. (pp. 108-116). New York: The Guilford Press.
- Tiggemann, M. (2002). Media influences on body image development. In T. Cash e T. Pruzinsky (Eds.). *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. (pp. 91-98). New York: The Guilford Press.
- Tovian, S. (2002). Body image and urological disorders. In T. Cash e T. Pruzinsky (Eds.). *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. (pp. 361-369). New York: The Guilford Press.
- Unger, D.; Jacobs, S. e Cannon, C. (1996). Social support and marital satisfaction among couples coping with chronic obstructive airway disease. *Journal of Social and Personal Relationships*, 13, 123-142.
- Vaillant, C. e Vaillant, G. (1993). Is the U-Curve of marital satisfaction an illusion? A 40-year study of marriage. *Journal of Marriage and the Family*, 55, 230-239.
- Vaz Serra, A. (1988). Atribuição e auto-conceito. *Psychologica*, 1, 127-141.
- Vaz Serra, A. (1988a). O auto-conceito. *Análise Psicológica*, VI, 101- 110.
- Veroff, J.; Young, A. e Coon, H. (1997). The early years of marriage. In S. Duck (Ed.). *Handbook of personal relationships: theory, research and interventions*. (p431-450). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Vinokur, A. e Vinokur-Kaplan, D. (1990). In sickness and in health. *Journal of Aging and Health*, 2, 215-241.
- Watson, D.; Hubbard, B. e Wiese, D. (2000). General traits of personality and affectivity as predictors of satisfaction in intimate relationships: evidence from self and partner-ratings. *Journal of Personality*, 68, 413-448.
- Weiss, R. e Heyman, R. (1997). A clinical-research overview of couples interactions.

- In W. Halford e H. Markman (Eds.). *Clinical Handbook of Marriage and Couples Intervention*. (pp. 13-41). England:Wiley.
- Weerakoon, P. (2001). Sexuality and the patient with a stoma. *Sexuality and disability*, 19, 121- 129.
- Whisman, M.; Uebelacker, L.; Tolejko, N.; Chatav, Y. e MacKelvie, M. (2006). Marital discord and well-being in older adults: is the association confounded by personality? *Psychology and Aging*, 21, 626-631.
- Whitbourne, S. e Skultety, K. (2002). Body image development: adulthood and aging. In T. Cash e T. Pruzinsky (Eds.). *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. (pp. 83-90). New York: The Guilford Press.
- White, C. (2002). Body images in Oncology. In T. Cash e T. Pruzinsky (Eds.). *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. (pp. 379-386). New York: The Guilford Press.
- Wiedermann, M. (2002). Body image and sexual functioning. In T. Cash e T. Pruzinsky (Eds.). *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. (pp. 287-294). New York: The Guilford Press.
- Williamson, D.; Robinson, M. e Melamed, B. (1997). Pain behaviour, spouse responsiveness, and marital satisfaction in patients with rheumatoid arthritis. *Behavior Modification*, 21, 97-118.
- Williamson, D., Stewart, T., White, M. e York-Crowe, E. (2002). An information-processing perspective on body image. In T. Cash e T. Pruzinsky (Eds.). *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. (pp. 47-54). New York: The Guilford Press.
- Wilson, S.; Larson, J.; McCulloch, B. e Stone, K. (1997). Dyadic adjustment: an

ecosystemic examination. *The American Journal of Family Therapy*, 25, 291-306.

Wimberly, S., Carver, C., Laurenceau, J., Harris, S. e Antoni, M. (2005). Perceived partner reactions to diagnosis and treatment of breast cancer: impact on psychosocial and psychosexual adjustment. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 300-311.

ANEXOS

## ANEXO I - Caracterização sócio-demográfica da amostra

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência (N)</b>	<b>Percentagem (%)</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	57	40,4
Masculino	84	59,6
Total	141	100,0
<b>Idade</b>		
< 60 anos	72	50,7
> 60 anos	70	49,3
Total	142	100,0
<b>Escolaridade</b>		
0-4 anos	73	51,8
5-6 anos	11	7,8
7-9 anos	20	14,2
10-12 anos	16	11,3
Frequência universitária	5	3,5
Ensino superior	16	11,3
Total	141	100,0
<b>Estado profissional</b>		
Activo	70	52,2
Passivo	64	47,8
Total	134	100,0
<b>Zona residencial</b>		
Norte	56	39,7
Centro	37	26,2
Alentejo	7	5,0
Algarve	7	5,0
Grande Lisboa	27	19,1
Madeira	7	5,0
Total	141	100,0
<b>Situação relacional</b>		
Casado	129	92,1
União de facto	11	7,9
Total	140	100,0
<b>Número de filhos</b>		
0	11	8,1
1	37	27,2
2	63	46,3
3	16	11,8
4	8	5,9
10	1	0,7
Total	136	100,0
<b>Idades dos filhos</b>		
Só filhos pré escolares	1	0,9
Só filhos escolares	4	3,4
Só filhos adolescentes	7	6,0
Só filhos adultos	90	77,6
Filhos com idade mista	14	12,1
Total	116	100,0
<b>Crença em religião</b>		
Sim	128	90,8
Não	13	9,2
Total	141	100,0
<b>Praticante da religião</b>		
Sim	61	48,8
Não	64	51,2
Total	125	100,0
		(cont.)

<b>Tipo estoma</b>		
Colostomia	103	72,5
Ileostomia	25	17,6
Urostomia	14	9,9
Total	142	100,0
<b>Permanência da ostomia</b>		
Definitivo	99	79,8
Temporário	25	20,2
Total	124	100,0
<b>Duração da ostomia</b>		
< 4 anos	83	69,7
>= 5 anos	36	30,3
Total	119	100,0

## ANEXO II – Questionário utilizado

## APRESENTAÇÃO

A investigação para a qual pedimos a sua colaboração está a ser feita no âmbito da tese de mestrado de Maria do Mar Cardoso de Menezes em Ciências da Educação da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

A finalidade do presente estudo é analisar a satisfação conjugal, a auto-estima e a imagem corporal em indivíduos ostomizados.

Para tal, gostaríamos de pedir a sua colaboração, através do preenchimento do questionário que se encontra de seguida.

A participação no estudo é voluntária e os resultados dos questionários serão confidenciais.

A supervisão deste projecto da responsabilidade é da Professora Doutora Isabel Narciso Davide da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

### Instruções:

O questionário é composto por quatro conjuntos de questões as quais devem ser assinaladas ou com um círculo ou com uma cruz conforme o caso. O tempo de preenchimento é de aproximadamente quinze minutos.

Agradeço a sua colaboração!

## QUESTIONÁRIO GERAL

Sexo: F  M 

Idade: \_\_\_\_\_

**Escolaridade:**0 – 4 anos de escolaridade  5 – 6 anos de escolaridade 7 – 9 anos de escolaridade  10 – 12 anos de escolaridade Frequência universitária  Ensino Superior 

Profissão: \_\_\_\_\_

**Zona de residência habitual:**Norte  Centro  Alentejo  Algarve  Grande Lisboa Açores  Madeira  Outros **Situação relacional:**Casamento  União de Facto 

Nº de filhos: \_\_\_\_\_ Idades dos filhos: \_\_\_\_\_

**Religião:**É crente em alguma religião? Sim  Não  Qual? \_\_\_\_\_Se sim, é praticante? Sim  Não  Não se aplica \_\_\_\_\_**Tipo de estoma:** Colostomia  Ileostomia  Urostomia Definitivo  Temporário 

Duração da ostomia: Meses \_\_\_\_\_ Anos \_\_\_\_\_

## QUESTIONÁRIO ESPECÍFICO

Leia atentamente e responda a todas as questões. Quando não tiver a certeza de uma resposta, assinale o valor mais aproximado.

Abaixo encontra-se uma lista de afirmações relacionadas com os seus sentimentos gerais em relação a si mesmo.

Se concordar fortemente, assinale **1**

Se concordar, assinale **2**.

Se discordar, assinale **3**.

Se discordar fortemente, assinale **4**.

Por favor, procure ser honesto nas respostas.

### Questionário da Auto-Estima Global

(Adaptação: Faria, L., 2000)

	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente
1. Sinto que sou uma pessoa com valor, pelo menos tanto ou igual aos outros	1	2	3	4
2. Sinto que tenho algumas boas qualidades	1	2	3	4
3. Bem vistas as coisas, sou levado a pensar que sou um falhado	1	2	3	4
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como as outras pessoas	1	2	3	4
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar	1	2	3	4
6. Tenho uma atitude positiva em relação a mim próprio	1	2	3	4
7. De um modo geral, estou satisfeito comigo mesmo	1	2	3	4
8. Gostava de ter mais respeito por mim mesmo	1	2	3	4
9. Às vezes, estou seguro de que sou um inútil	1	2	3	4
10. Por vezes penso que não presto para nada	1	2	3	4

Este questionário destina-se a averiguar a sua atitude e sentimentos em relação ao seu próprio corpo. Para cada um dos itens, solicita-se que sinalize com um “X” a opção que melhor descreve o que acontece consigo.

### MGSC

(Pascoal, P., Narciso, I., 2006)

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre	Sempre
1. Quando comparo o meu corpo com o do/as meus/minhas colegas, sinto-me insatisfeito/a com o meu corpo.						
2. Tenho tendência a esconder o meu corpo (por ex: vestindo roupa larga).						
3. Quando me olho ao espelho sinto-me insatisfeito/a com o meu corpo.						
4. Sinto inveja de outros/as devido à sua aparência física.						

Pense na sua relação conjugal. Utilize a seguinte escala de modo a expressar o que sente relativamente a cada expressão:

**1** – Nada Satisfeito(a);                      **2** – Pouco Satisfeito(a);                      **3** – Razoavelmente Satisfeito(a);  
**4** – Satisfeito(a);                      **5** – Muito Satisfeito(a);                      **6** – Completamente Satisfeito(a)

Para cada um dos itens deverá escolher a afirmação da escala que melhor descreve o que você sente, rodeando o número correspondente com um círculo.

**Por exemplo**, se em relação ao item: “Relativamente à quantidade de tempos livres”, você sente-se completamente satisfeito(a), deverá rodear com um círculo o número 6 da escala.

### EASAVIC

(Narciso, I., Costa, E., 1996)

1. O modo como gerimos a nossa situação financeira..... 1 2 3 4 5 6
2. A distribuição de tarefas domésticas..... 1 2 3 4 5 6
3. O modo como tomámos decisões..... 1 2 3 4 5 6
4. A distribuição das responsabilidades..... 1 2 3 4 5 6
5. O modo como passamos os tempos livres..... 1 2 3 4 5 6
6. A quantidade de tempos livres..... 1 2 3 4 5 6
7. O modo como nos relacionamos com os amigos..... 1 2 3 4 5 6

8. O modo como nos relacionamos com a família do meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
9. O modo como nos relacionamos com a minha família..... 1 2 3 4 5 6
10. A minha privacidade e autonomia..... 1 2 3 4 5 6
11. A privacidade e autonomia do meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
12. A nossa relação com a minha profissão..... 1 2 3 4 5 6
13. A nossa relação com a profissão do meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
14. A frequência com que conversamos..... 1 2 3 4 5 6
15. O modo como conversamos..... 1 2 3 4 5 6
16. Os assuntos sobre os quais conversamos..... 1 2 3 4 5 6
17. A frequência dos conflitos que temos..... 1 2 3 4 5 6
18. O modo como resolvemos os conflitos..... 1 2 3 4 5 6
19. O que sinto pelo meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
20. O que o meu cônjuge sente por mim..... 1 2 3 4 5 6
21. O modo como expresso o que sinto pelo meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
22. O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim..... 1 2 3 4 5 6
23. O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
24. O desejo sexual que o meu cônjuge sente por mim..... 1 2 3 4 5 6
25. A frequência que temos relações sexuais..... 1 2 3 4 5 6
26. O prazer que sinto quando temos relações sexuais..... 1 2 3 4 5 6
27. O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais..... 1 2 3 4 5 6
28. A qualidade das nossas relações sexuais..... 1 2 3 4 5 6
29. O apoio emocional que dou ao meu cônjuge ..... 1 2 3 4 5 6
30. O apoio emocional que o meu cônjuge me dá..... 1 2 3 4 5 6
31. A confiança que tenho no meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
32. A confiança que o meu cônjuge tem em mim..... 1 2 3 4 5 6
33. A admiração que sinto pelo meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
34. A admiração que o meu cônjuge sente por mim..... 1 2 3 4 5 6
35. A partilha de interesses e actividades..... 1 2 3 4 5 6
36. A atenção que dedico aos interesses do meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
37. A atenção que o meu cônjuge dedica aos meus interesses..... 1 2 3 4 5 6
38. Os nossos projectos para o futuro..... 1 2 3 4 5 6
39. As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação..... 1 2 3 4 5 6
40. As expectativas do meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação..... 1 2 3 4 5 6
41. O aspecto físico do meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
42. A opinião que o meu cônjuge tem sobre o meu aspecto físico..... 1 2 3 4 5 6
43. As características e hábitos do meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
44. A opinião que o meu cônjuge tem sobre as minhas características e hábitos 1 2 3 4 5 6

Numa escala de 1 a 7, assinale com um círculo, como se situa em termos da sua satisfação com a relação conjugal, actualmente.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente Insatisfeito	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Razoavelmente Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	Totalmente Satisfeito

Numa escala de 1 a 7, assinale com um círculo, como se situa em termos da sua satisfação com a relação conjugal, antes da presença do saco (ostomia):

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente Insatisfeito	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Razoavelmente Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	Totalmente Satisfeito

No caso da sua satisfação conjugal, após a ostomia, se ter alterado, refira, no máximo:

- as 3 áreas em que considera ter havido um aumento da satisfação (assinale com um **+**)

- as 3 áreas em que considera ter havido uma diminuição da satisfação (assinale com um **-**)

ITENS	Aumento (+)	Diminuição (-)
Gestão financeira		
Distribuição de tarefas e responsabilidades		
Tomada de decisões		
Qualidade dos tempos livres em casal		
Quantidade dos tempos livres em casal		
Qualidade da comunicação (diálogo, modo como conversam, etc)		
Quantidade e intensidade de conflitos		
Resolução de conflitos		
Qualidade da relação com amigos		
Qualidade da relação com famílias de origem		
Privacidade e autonomia próprias		
Privacidade e autonomia do cônjuge		
Expressão de sentimentos		
Qualidade da sexualidade		
Intimidade emocional (apoio, confiança, partilha, etc)		
Características e hábitos pessoais do cônjuge		
Características e hábitos pessoais do próprio		
Outras _____		

Por favor **confirme** se respondeu a todas as questões. Obrigada!

ANEXO III - Pedido de autorização formal às Instituições que possuem consultas de estomaterapia

Lisboa, XXX Novembro de 2007

Exmº Presidente do Conselho de Administração do Hospital XXX Dr. XXX

A Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa vem por este meio solicitar a colaboração do Hospital XXX e da Consulta de Estomatoterapia na recolha de dados para efeitos de elaboração da tese de mestrado sobre o tema “Satisfação conjugal, auto-estima e imagem corporal em indivíduos ostomizados”.

Este estudo é de âmbito nacional e a colaboração da Consulta será fundamental para a sua realização.

A finalidade do estudo é aumentar os conhecimentos sobre processos psicológicos individuais e relacionais em indivíduos ostomizados, o que poderá constituir um contributo importante para a prevenção a nível do bem-estar destes doentes.

Assim, é nosso objectivo geral analisar a satisfação conjugal, imagem corporal e auto-estima em indivíduos ostomizados, em situação de conjugalidade.

Junta-se em anexo o protocolo de investigação para melhor apreciação do pedido.

Do ponto de vista ético, e de forma a garantir o anonimato dos utentes e a não interferência do autor na sua privacidade, a aplicação do questionário ficaria a cargo das enfermeiras da Consulta de Estomatoterapia.

Prevê-se que a aplicação dos questionários decorra entre Novembro de 2007 e Maio de 2008.

Após o preenchimento, os questionários são entregues em envelope fechado.

Agradecemos resposta por carta ou para o número 918414232 ou ainda para o e-mail [mariamarmenezes@gmail.com](mailto:mariamarmenezes@gmail.com).

Atenciosamente,

A orientadora

Isabel Narciso Davide

A mestranda

Maria do Mar Cardoso de Menezes

ANEXO IV – Pedido de Consentimento informado

## Consentimento informado

A investigação para a qual pedimos a sua colaboração está a ser feita no âmbito da tese de mestrado de Maria do Mar Cardoso de Menezes em Ciências da Educação na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

A finalidade do presente estudo é analisar a satisfação conjugal, a auto-estima e a imagem corporal em indivíduos ostomizados. Cada participante tem de ser maior de idade e menor de 65 anos e pode dar um contributo único que não poderá ser substituído por outro respondente.

A participação no estudo é voluntária e os dados disponibilizados são anónimos e confidenciais, não havendo consequências para quem se quiser recusar a participar. Se concordar em participar neste estudo por favor assine no espaço abaixo. Obrigada por aceitar dar a sua importante contribuição para este trabalho.

É imprescindível que confirme aceitar participar neste estudo.

Tomei conhecimento do objectivo do estudo e do que tenho de fazer para participar no mesmo. Fui esclarecido sobre todos os aspectos importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui informado que tenho o direito a recusar participar e que a minha recusa em fazê-lo não terá consequências para mim. Assim, declaro que sou maior de idade e aceito participar na investigação.

Rúbrica (por favor não indicar nome ou outro dado que permita a sua identificação)

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_