

ORGANIZADORES

MIRLENE MARIA MATIAS SIQUEIRA

SAUL NEVES DE JESUS

VERA BARROS DE OLIVEIRA

# PSICOLOGIA DA SAÚDE

Teoria e Pesquisa

2ª edição



PSICOLOGIA DA SAÚDE  
TEORIA E PESQUISA

## UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO

### *Conselho Diretor*

Luis Antonio Aparício Callaú (presidente), Joel Lemes da Silveira (vice-presidente), Rosilene Gomes da Silva Rodrigues (secretária), Carlos Alberto Simões, Graciela Duarte Rito Rodrigues Aço, Nelson Custódio Fer

*Reitor:* Marcio de Moraes

*Vice-Reitor:* Clovis Pinto de Castro

*Pró-Reitora de Graduação:* Vera Lúcia Gouvêa Stivaletti

*Pró-Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa:* Lauri Emílio Wirth

*Pró-Reitor de Extensão e Assuntos Comunitários:* Paulo Bessa da Silva

*Pró-Reitor de Educação a Distância:* Luciano Sathler Rosa Guimarães

*Pró-Reitora de Infra-Estrutura e Gestão de Pessoas:* Elaine Lima de Oliveira

*Diretora da Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia:* Hilda Rosa Capelão Avoglia

*Coordenadora do Curso de Pós-graduação em Psicologia da Saúde:* Mirlene Maria Matias Siqueira

*Coordenadora do Curso de Fonoaudiologia:* Carla Patrícia H. Ribeiro César

### *Conselho de Política Editorial*

Clovis Pinto de Castro (presidente), Danilo Furquim Siqueira, Elydio dos Santos Neto, Etienne Alfred Higué, José Marques de Melo, Luiz Roberto Alves, Marcilei Aparecida Guazzelli da Silveira, Peri Mesquida (representante externo), Tânia Elena Bonfim

### *Comissão de Livros*

João Evangelista Teixeira, Luiz Antonio Bove, Marcilei Aparecida Guazzelli da Silveira (presidente), Marta Cristina Souza, Zeila de Brito Fabri Demartini

### *Editora executiva*

Léia Alves de Souza

### *Comissão editorial*

José Tolentino Rosa

Marília Martins Vizzotto

Manuel Morgado Rezende

Tânia Elena Bonfim (presidente)

Vera Maria Barros de Oliveira

# PSICOLOGIA DA SAÚDE TEORIA E PESQUISA

MIRLENE MARIA MATIAS SIQUEIRA  
SAUL NEVES DE JESUS  
VERA BARROS DE OLIVEIRA

ORGANIZADORES



São Bernardo do Campo, 2008

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Biblioteca Central da Universidade Metodista de São Paulo)

---

P959 Psicologia da saúde : teoria e pesquisa / organização de  
Mirlene Maria Matias Siqueira, Saul Neves de Jesus, Vera  
Barros de Oliveira. São Bernardo do Campo :  
Universidade Metodista de São Paulo, 2007.  
363 p.  
Bibliografia  
ISBN 978-85-87589-98-9  
1. Psicologia da saúde 2. Promoção da saúde 3.  
Psicologia I. Siqueira, Mirlene Maria Matias II. Jesus, Saul  
Neves de III. Oliveira, Vera Barros de

---

CDD 157

Apoio: Universidade do Algarve, Portugal

2ª edição – 2008

Universidade Metodista de São Paulo  
Rua do Sacramento, 230, Rudge Ramos  
09640-000 São Bernardo do Campo, SP  
Tel.: (11) 4366-5537  
Fax: (11) 4366-5946  
E-mail: [editora@metodista.br](mailto:editora@metodista.br)  
[www.metodista.br/editora](http://www.metodista.br/editora)

Capa: Cristiano Freitas  
Editoração eletrônica: Maria Zélia Firmino de Sá  
Revisão: Marcia Regina Alves Felipe  
Revisão de originais: Ligia Terezinha Pezzuto

Permutas e atendimento a bibliotecas: Noeme Viana Timbó  
Impressão: Gráfica e Editora Bartira

As informações e opiniões emitidas nos artigos assinados são de inteira  
responsabilidade de seus autores, não representando, necessariamente,  
posição oficial da Universidade ou de sua mantenedora.

# SUMÁRIO

## APRESENTAÇÃO

*Mirlene Maria Matias Siqueira, Saul Neves de Jesus, Vera Barros de Oliveira* ..... 7

## PARTE I – TEXTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS

### CAPÍTULO 1 – SOMATIZAÇÃO E TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

*Renato Teodoro Ramos* ..... 13

### CAPÍTULO 2 – BURNOUT, COPING E ESTILOS DE VIDA EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

*José Eusébio Palma Pacheco, Saul Neves de Jesus* ..... 25

### CAPÍTULO 3 – A PERSONALIDADE COMO FACTOR DE RISCO PARA AS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

*Claudia Carmo* ..... 41

### CAPÍTULO 4 – SUPORTE SOCIAL

*Mirlene Maria Matias Siqueira, Valquíria Aparecida Rossi Padovam* ..... 65

### CAPÍTULO 5 – FACTORES DE RESILIÊNCIA E BEM-ESTAR: COMPREENDER E ACTUAR PARA RESISTIR

*Maria Helena Martins, Saul Neves de Jesus* ..... 85

### CAPÍTULO 6 – SATISFAÇÃO PROFISSIONAL E SAÚDE

*Joana Santos* ..... 115

### CAPÍTULO 7 – QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE

*Camila Bernardes de Souza* ..... 139

### CAPÍTULO 8 – A CULTURA ORGANIZACIONAL E AS COMPETÊNCIAS DA FAMÍLIA: UMA PERSPECTIVA ECOLÓGICA DA PSICOLOGIA DA SAÚDE

*Filipe Nave, Saul Neves de Jesus* ..... 151

### CAPÍTULO 9 – A MENTE E O CORPO NA SAÚDE MENTAL CONTEMPORÂNEA

*José Pestana Cruz* ..... 163

### CAPÍTULO 10 – DA CURA À PSICOHIGIENE: A IMPORTÂNCIA DA COMPREENSÃO DA EFICÁCIA ADAPTATIVA EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

*Maria Geralda Viana Heleno, Marília Martins Vizzotto  
Tania Elena Bonfim* ..... 181

CAPÍTULO 11 – O BRINCAR NO HOSPITAL E A ADERÊNCIA AO TRATAMENTO	
<i>Vera Barros de Oliveira</i> .....	199
CAPÍTULO 12 – OS PROGRAMAS DE SAÚDE INFANTIL: ANTECEDENTES HISTÓRICOS E BASES CONCEPTUAIS	
<i>Cristina Nunes</i> .....	219
CAPÍTULO 13 – EFETIVIDADE DE TRATAMENTOS DE DEPENDENTES DE DROGAS	
<i>Manuel Morgado Rezende</i> .....	231
CAPÍTULO 14 – INSERÇÃO DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NA SAÚDE: BREVE RELATO SOBRE A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA	
<i>Eda Marconi Custódio</i> .....	243

## PARTE II – ESTUDOS EMPÍRICOS

CAPÍTULO 15 – A FELICIDADE NOS PROFESSORES COMO EXPRESSÃO DE SAÚDE	
<i>Luis Sérgio Vieira, Saul Neves de Jesus</i> .....	259
CAPÍTULO 16 – BEM-ESTAR SUBJETIVO E BEM-ESTAR NO TRABALHO	
<i>Mirlene Maria Matias Siqueira, Valquíria Aparecida Rossi Padovam Rafael Marcus Chiúzi</i> .....	287
CAPÍTULO 17 – ASSERTIVIDADE E SATISFAÇÃO NOS ENFERMEIROS	
<i>Hugo João Fernandes Amaro, Saul Neves de Jesus</i> .....	301
CAPÍTULO 18 – ABSENTISMO LABORAL E BURNOUT NOS ENFERMEIROS	
<i>Nuno Álvaro Caneca Murcho, Saul Neves de Jesus</i> .....	321
CAPÍTULO 19 – INTERFACES ENTRE FATORES SOCIOPSISSOMÁTICOS E A CARDIOLOGIA, SOB O ENFOQUE DA PSICOLOGIA PSICANALÍTICA	
<i>Ana Augusta Maria Pereira, Adriana Sanches Pedrolo José Tolentino Rosa</i> .....	337
CAPÍTULO 20 – STRESSE PARENTAL E SUPORTE SOCIAL EM MÃES DE CRIANÇAS COM DIABETES	
<i>Gisela Geraldese de Fonseca, Saul Neves de Jesus</i> .....	351
AUTORES.....	359

# APRESENTAÇÃO

MIRLENE MARIA MATIAS SIQUEIRA

SAUL NEVES DE JESUS

VERA BARROS DE OLIVEIRA

A Psicologia da Saúde é um domínio recente da investigação em Psicologia, traduzindo uma abordagem preventiva e de promoção da saúde, e não apenas remediativa e de resolução de situações de doença. Esse posicionamento permite uma distinção clara da Psicologia da Saúde em relação à Psicologia Clínica.

Enquanto a Psicologia Clínica visa a ajudar as pessoas com alterações comportamentais ou perturbações mentais a alcançar modos mais satisfatórios de ajustamento pessoal ou de auto-expressão, a Psicologia da Saúde é um domínio da Psicologia que recorre aos respectivos conhecimentos e às técnicas de diversas, com vista à promoção e proteção da saúde e à prevenção e tratamento da doença. No mesmo sentido, vai a abordagem que considera a Psicologia da Saúde como traduzindo a aplicação dos conhecimentos e das técnicas das diversas áreas da Psicologia aos cuidados de saúde, dando relevância à promoção e manutenção da saúde e à prevenção da doença.

Com base nessas definições, constata-se que a Psicologia Clínica se centra mais na intervenção em situações de doença e de forma individualizada, enquanto a Psicologia da Saúde tem uma maior amplitude de análise e intervenção, pois aproveita as contribuições de diversos domínios da Psicologia para promover a saúde, quer no plano pessoal, quer ao nível de grupos ou comunidades.



Assim sendo, a Psicologia da Saúde enquadra-se nos pressupostos da denominada Psicologia Positiva, mas com uma perspectiva de investigação-ação e de intervenção psicológica, visando à promoção da saúde e ao bem-estar dos sujeitos.

A própria definição de saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença, enquadra-se nessa perspectiva. Internacionalmente, foi um domínio que se desenvolveu a partir dos anos 70.

No Brasil, desde 1996, o Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo tem por objetivo capacitar pesquisadores e docentes em Psicologia da Saúde, a partir de reflexões sobre os conhecimentos da Psicologia que visem a contribuir para os seguintes objetivos: promoção e proteção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e todos os tipos de comportamentos e disfunções relacionados. Atualmente, o programa tem suas atividades orientadas por duas linhas de pesquisa – prevenção e tratamento e processos psicossociais. A linha prevenção e tratamento aborda aspectos psicológicos intimamente associados a enfermidades agudas, crônicas ou degenerativas, investigando-se processos cognitivos e emocionais relacionados a sintomas psíquicos e somáticos, relações objetais e dinâmica relacional de indivíduos e grupos, bem como intervenção e evolução em Psicologia Clínica. Os processos psicossociais, por seu turno, assentam-se na perspectiva da proteção-promoção da saúde, colocando sob análise temas resultantes das interfaces saúde-sociedade, saúde-trabalho, saúde-lúdico, quando são investigadas dimensões psicossociais, que sinalizam valores contemporâneos sobre saúde, comportamentos de risco, como uso de substâncias psicoativas, indicadores de bem-estar e de suporte social no ambiente de trabalho, atividades recreativas e de lazer que sustentam uma vida saudável, assim como estudos voltados para construção e validação de medidas nesse contexto.

Em 2006, foi criada, no Brasil, a Associação Brasileira de Psicologia da Saúde (ABPSA) com sede na Universidade Metodista de São Paulo, cujos principais objetivos visam à contribuição ao desenvolvimento científico e ao aprimoramento da prática profissional desse campo de conhecimento, bem como à promoção de intercâmbio e parcerias com outras associações e entidades nacionais e internacionais científicas e profissionais. O Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde, evento promovido pela ABPSA, em Setembro de 2007, com o apoio da Universidade Metodista de São Paulo,

terá como tema central Saúde no Ciclo Vital.

Em Portugal, a criação da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde (SPPS), em 1995, constitui o principal marco de desenvolvimento desse domínio científico. A partir daí, têm sido desenvolvidas múltiplas investigações, muitas das quais são publicadas na revista da SPPS, Psicologia, Saúde e Doença, e apresentadas nos Congressos Nacionais de Psicologia da Saúde. O último – 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, centrado no tema geral da Saúde, bem-estar e qualidade de vida – decorreu na Universidade do Algarve e foi organizado pelo Departamento de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, em fevereiro de 2006.

Na Universidade do Algarve, a Psicologia da Saúde constitui já uma área científica de excelência. Por um lado, existe o Mestrado na especialidade de Psicologia da Saúde a funcionar em Faro, em Beja e em Lisboa, tendo sido apresentadas várias teses de Mestrado; por outro lado, também já foram realizados vários doutoramentos nesse domínio da Psicologia da Saúde.

Em maio de 2006, houve novamente um encontro entre os representantes da Universidade do Algarve e da Universidade Metodista de São Paulo, sendo explicitadas as linhas de pesquisa, no âmbito da Psicologia da Saúde, em curso em ambas as instituições. Foram ainda acordadas algumas pontes do trabalho conjunto, tendo sido já assinado um protocolo formal de colaboração e previstas diversas iniciativas conjuntas, intercâmbios de alunos e professores, bem como pesquisas comparativas entre Portugal e Brasil.

Durante os três dias desse congresso, foram apresentadas mais de 400 comunicações, na forma de poster ou integradas em simpósios, havendo a realização de sete sessões em simultâneo. As várias centenas de participantes, alguns também da Espanha e do Brasil, conferiram a esse congresso uma dimensão internacional. Entre os participantes estrangeiros, destacava-se uma comitiva de vários professores da Universidade Metodista de São Paulo, que, além de ter apresentado diversos trabalhos científicos, deu início a um processo de colaboração entre essa universidade e a Universidade do Algarve.

Este livro integra contributos de docentes e investigadores em Psicologia da Saúde de ambas as Universidades. Como resultado destas colaborações foi lançada em 2007 a primeira edição deste livro, esgotada imediatamente. O fato de já ser lançada em 2008 a segunda edição traduz o sucesso desta iniciativa e os benefícios da colaboração entre a Universidade do Algarve e a Universidade Metodista de São Paulo.

A nova edição contém os mesmos capítulos da primeira, sendo nove sob a responsabilidade de autores da Universidade Metodista de São Paulo e 11 de autores da Universidade do Algarve. Eles estão agrupados em duas partes: textos teórico-conceituais e estudos empíricos. Quanto à temática escolhida, alguns capítulos abordam patologias, tais como transtornos de ansiedade, estresse, burnout, perturbações do comportamento alimentar, saúde mental contemporânea, fatores sociopsicossomáticos e sua interface com a cardiologia. Outros focalizam temas circunscritos à Psicologia Positiva, tais como resiliência, felicidade, bem-estar subjetivo, bemestar no trabalho, suporte social, qualidade de vida, competências da família, assertividade e satisfação profissional. Uma visão da aplicabilidade dos conhecimentos da Psicologia da Saúde é abordada por capítulos que discutem o brincar no hospital, os programas de saúde infantil, a eficácia adaptativa, a efetividade dos tratamentos de dependentes de drogas e a avaliação psicológica em saúde.

Os capítulos produzidos por professores da Universidade Metodista de São Paulo enfatizam a perspectiva teórico-conceitual de temas relevantes em Psicologia da Saúde no Brasil e no mundo, alguns deles ultrapassando os limites da teoria para uma abordagem prática de atuação psicológica em saúde. Outros apresentam estudos empíricos.

Quanto aos capítulos de responsabilidade da Universidade do Algarve, alguns constituem contribuições no plano da reflexão teórica e da revisão da literatura sobre temas da Psicologia da Saúde, enquanto outros apresentam resultados de estudos empíricos realizados com alguns grupos profissionais.

# ***PARTE I***

---

## ***TEXTOS TEÓRICO- CONCEITUAIS***



# CAPÍTULO 1

## SOMATIZAÇÃO E TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

RENATO TEODORO RAMOS

*Universidade Metodista de São Paulo – Brasil*

O objetivo deste capítulo é discutir o conceito de somatização, tomando como exemplo as mudanças conceituais observadas nas últimas décadas no estudo dos sintomas e transtornos ansiosos. O conceito de somatização é antigo na medicina e costuma descrever aquelas manifestações somáticas de desconforto, para as quais nenhuma causa de natureza também somática possa ser identificada.

Esse tipo de definição pode ser aplicado para se explicar a ocorrência de sintomas físicos isolados ou servir de pressuposto teórico para se entender a fisiopatologia de transtornos mentais mais complexos. A tentativa de se explicar sintomas isolados por meio de mecanismos de somatização talvez seja a atitude mais delicada e sujeita a erros. Muitos episódios de cefaléia e disfunções digestivas, por exemplo, cursam de forma benigna e são desencadeados por estímulos externos ao indivíduo chamados, geralmente, de fatores estressantes. Nesses casos, é possível identificar alguns mecanismos que fazem a conexão entre a percepção de situações adversas e o desencadeamento dos sintomas físicos. Alterações neuroendócrinas e autonômicas associadas ao estresse têm sido descritas tanto em modelos animais quanto em seres humanos, de maneira que se torna plenamente aceitável a idéia de um estímulo ambiental levar ao aparecimento de um sintoma físico.

Em muitas situações, entretanto, essa relação não aparece claramente. Em condições de sofrimento prolongado, longos períodos de desemprego e dificuldades financeiras, por exemplo, o indivíduo adapta-se a um estado sustentado de ameaça e pode adotar diferentes estratégias para lidar com

a situação. O conceito de “estratégias de *coping*” foi desenvolvido para tentar estudar de forma padronizada essas respostas complexas. Atitudes de confronto, afastamento, busca de suporte social e aceitação de responsabilidade estão entre as atitudes habitualmente descritas como formas de se lidar com situações desafiadoras (Smith & Dust, 2006).

Muitas estratégias adotadas para se lidar com situações de estresse trazem consigo uma grande probabilidade de ocorrência de sintomas físicos, pois a maioria dessas formas de reação a ameaças demanda uma ativação de funções orgânicas comuns nas reações de defesa. Esse tipo de situação não costuma ser raro na vida das pessoas, e não parece ser útil clinicamente atribuir, a cada sintoma físico percebido em uma situação de estresse, um mecanismo de somatização. O risco inerente a esse tipo de atitude seria a tendência ao excesso de diagnósticos tanto médicos quanto psicodinâmicos. Se, por um lado, chamar toda manifestação física decorrente de uma situação adversa de somatização pode dar um caráter unificador às teorias biopsicodinâmicas construídas para explicá-las, por outro lado, corre-se o risco da banalização de um conceito complexo.

O exemplo dos sintomas e transtornos ansiosos pode ser útil para clarear essa discussão. Dentro das descrições da ansiedade, sintomas psicológicos e somáticos aparecem lado a lado sem uma distinção hierárquica ou causal acerca de que tipo de sintoma teria aparecido em primeiro lugar. Talvez a principal razão para justificar essa paridade seja a própria natureza da experiência ansiosa, cujos sintomas costumam aparecer simultaneamente ou em sucessão muito rápida (Ramos, 2006b).

Outra boa razão para se evitar uma distinção clara entre sintomas de natureza puramente psicológica e de natureza puramente somática é de natureza histórica. Tomando um exemplo recente, muitas manifestações que hoje estão agrupadas no conceito de transtorno de pânico foram anteriormente descritas com termos, como coração irritável, tontura psicogênica, neurastenia e síndrome do esforço entre outros muitos nomes (Ramos & Bernik, 1997). Por trás de cada um desses diagnósticos, havia a suposição de um fenômeno de somatização, em que uma causa psicológica era admitida porque não havia evidências de que uma causa de outro tipo, principalmente física, pudesse ser reconhecida. A identificação desses sintomas com os ataques de pânico ocorreu a partir da descoberta de um tratamento farmacológico específico capaz de aliviar sintomas físicos e psíquicos simultaneamente. Os ataques de pânico têm hoje uma base biológica mais ou menos definida e não são mais considerados como puramente psicológicos em sua origem (Ramos & Bernik, 1997).

Essa dificuldade em lidar com sintomas isolados é parcialmente con-

tornada pelas classificações atuais de transtornos mentais, especialmente o DSM-IV, reservando-se o conceito de somatização para descrever uma categoria diagnóstica, em que vários tipos de sintomas particularmente graves ocorrem de forma repetida e intensa, levando a um grande prejuízo da vida do indivíduo e de sua família (Noyes, Stuart, Watson, & Langbehn, 2006).

A seguir, rever-se-ão os conceitos clínicos atuais acerca do transtorno de somatização e dos diferentes transtornos ansiosos. Depois, far-se-á uma discussão sobre as possíveis inter-relações entre esses conceitos tanto do ponto de vista teórico quanto clínico.

### O TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO

O fenômeno clínico conhecido como somatização refere-se à ocorrência de queixas somáticas recorrentes, relacionadas a múltiplos sistemas orgânicos, sem relação com nenhuma doença somática identificável e que costuma levar a tratamentos médicos frequentes com grande impacto na vida pessoal. O transtorno de somatização é descrito no DSM-IV por esse padrão de múltiplas queixas somáticas recorrentes e clinicamente significativas. Uma queixa somática é considerada clinicamente significativa se resultar em tratamento médico ou causar prejuízo importante ao funcionamento social ou ocupacional ou ainda em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Tais queixas costumam iniciar-se antes dos 30 anos de idade e ocorrer por um período de vários anos. Caso aconteçam na presença de uma condição médica geral, as queixas físicas ou o prejuízo social ou ocupacional resultante excedem o que seria esperado a partir da história, do exame físico ou de testes laboratoriais (Avila, 2006).

Queixas de dores em diferentes localizações, como, por exemplo, cabeça, costas, articulações, extremidades, tórax, reto ou associadas a diferentes funções, tais como menstruação, intercurso sexual, micção, costumam ser frequentes. Vômitos, diarreia e intolerância a alimentos são menos comuns. As queixas gastrintestinais podem levar a exames radiográficos e cirurgias, que, em retrospecto, seriam desnecessários.

Podem-se também observar sintomas, sugerindo uma condição neurológica (sintomas conversivos, como prejuízo na coordenação ou no equilíbrio, paralisia ou fraqueza localizada, dificuldades para engolir ou nó na garganta, afonia, retenção urinária, alucinações, perda da sensação de tato ou dor, diplopia, cegueira, surdez ou convulsões; sintomas dissociativos, tais como amnésia ou perda da consciência, excetuando-se desmaios).

Os indivíduos com transtorno de somatização, em geral, descrevem suas queixas em termos dramáticos e exagerados, porém, com frequência, faltam informações factuais específicas. Essas pessoas frequentemente



oferecem histórias inconsistentes, de modo que uma abordagem baseada apenas em uma listagem de sintomas pode ser menos efetiva que uma revisão completa dos tratamentos e hospitalizações para a documentação de um padrão de queixas somáticas freqüentes. Esses pacientes muitas vezes buscam vários médicos ao mesmo tempo, o que pode levá-los a combinações complexas de tratamentos por vezes prejudiciais à sua saúde. Sintomas proeminentes de ansiedade e humor depressivo são muito comuns, podendo ser a razão para o encaminhamento a serviços de saúde mental (Kirmayer, Robbins, Dworkind, & Yaffe, 1993; Milani, Parrott, Turner, & Fox, 2004; Muris & Meesters, 2004).

Esses indivíduos comumente submetem-se a numerosos exames médicos, procedimentos diagnósticos e hospitalizações, que os expõem a um maior risco de morbidade associada a tais procedimentos.

O tipo e a freqüência dos sintomas somáticos podem diferir entre as culturas. Por exemplo, ardência nas mãos e nos pés ou experiência não-delirante de vermes na cabeça ou formigas rastejando sob a pele representam sintomas pseudoneurológicos mais comuns na África e no Sudeste da Ásia que na América do Norte. Sintomas relacionados à função reprodutora masculina podem ser mais prevalentes em determinadas culturas.

Pode haver, portanto, variações quanto ao tipo de sintoma e quanto ao seu significado para o indivíduo. Conhecer os valores culturais do paciente é fundamental para se determinar as possíveis conseqüências ou até mesmo ganhos secundários ligados às suas queixas (Phan, Steel, & Silove, 2004; Rohricht, Beyer, & Priebe, 2002; Smith, Martin-Herz, Womack, & Marsigan, 2003).

Os indícios de somatização tendem a ser crônicos, porém flutuantes, com raras remissões completas. É raro passar um ano sem que o indivíduo busque algum atendimento médico levado por queixas somáticas inexplicáveis. Na maioria dos casos, o diagnóstico de transtorno de somatização ocorre antes dos 25 anos de idade, mas os sintomas iniciais freqüentemente estão presentes na adolescência (Barsky, Ettner, Horsky, & Bates, 2001; Challinor et al., 1999).

Existe um risco genético maior para o transtorno de somatização, especialmente em parentes de primeiro grau do sexo feminino. Os parentes masculinos de mulheres com esse transtorno apresentam um risco aumentado de transtorno de personalidade anti-social e abuso de substâncias. Estudos de adoção indicam que fatores tanto genéticos quanto ambientais contribuem para a ocorrência de diversos transtornos de personalidade, especialmente o anti-social, os relacionados ao uso de substâncias e o próprio transtorno de somatização. Portanto, ter um pai ou mãe biológico ou adotivo com qual-

quer um desses transtornos aumenta o risco de ocorrência de sintomas de somatização (Henningsen, Jakobsen, Schiltenwolf, & Weiss, 2005).

### OS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

A ansiedade é uma experiência complexa, envolvendo sintomas físicos e psíquicos. Sensações de palpitação, inquietação, respiração curta, opressão no peito, aflição e ameaça iminente fazem parte da experiência ansiosa. Diante desse tipo de expressão clínica, torna-se muito difícil estabelecer uma separação conceitual clara entre sintomas puramente psicológicos e puramente físicos. A própria seqüência temporal de seu surgimento não permite determinar o quanto estados mentais podem gerar sintomas físicos e vice-versa. Dessa forma, como todo estado emocional, a ansiedade é definida por todo o conjunto de suas manifestações somáticas e conteúdos mentais, constituindo um estado único, intenso e potencialmente desagradável.

Para que a ansiedade seja considerada um estado emocional normal, ela deve ocorrer de forma compreensível em respostas a diferentes estímulos e situações. Quando a intensidade ou a duração de suas manifestações torna-se particularmente intensa, a ansiedade pode ser considerada patológica. As diferentes apresentações dos sintomas ansiosos refletem-se nos atuais sistemas de classificação de doenças, cujos diferentes transtornos são descritos e definidos a partir de um ou outro sintoma mais relevante.

Apresentar-se-á a seguir uma breve descrição clínica dos transtornos de ansiedade, para, depois, discutir-se sua relevância ao entendimento do fenômeno de somatização.

### TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é caracterizado por sintomas ansiosos persistentes que afetam uma ampla variedade de comportamentos do paciente nas mais diversas situações de sua vida. Essas manifestações podem variar ao longo da vida do paciente e incluem tensão motora com tremores, incapacidade para relaxar, fadiga e cefaléia; hiperatividade autonômica, como palpitações, sudorese, tontura, ondas de frio ou calor, falta de ar e urgência miccional; sintomas de hipervigilância, como insônia, irritabilidade e dificuldade de concentração.

Além desses sintomas somáticos, o TAG caracteriza-se também pela presença de um humor ansioso com preocupações na forma de expectativa apreensiva sobre possíveis eventos negativos. Esses conteúdos mentais estão presentes na maior parte do tempo e, em geral, referem-se a possíveis consequências “catastróficas” de situações comuns ligadas ao trabalho ou estudo.

Nas primeiras classificações, o TAG aparecia como uma categoria

diagnóstica residual criada para receber aqueles casos com manifestações polimorfas que não poderiam ser alocados para as demais patologias. Atualmente, a ansiedade generalizada é vista como uma condição clínica autônoma, de evolução crônica, com um componente importante de desenvolvimento na forma de um temperamento ansioso.

O caráter multifacetado dos sintomas faz com que a maioria dos pacientes com ansiedade generalizada procure o clínico geral, cardiologista ou o gastroenterologista em vez do psiquiatra para seu tratamento. Uma avaliação clínica inicial das diferentes funções orgânicas é essencial nesses casos, mas a hipótese de um transtorno ansioso deve ser levantada desde o início.

Os diagnósticos diferenciais a serem considerados aqui referem-se a outras possíveis causas físicas para cada um dos sintomas apresentados. Assim, por exemplo, um paciente com queixas predominantemente cardíacas deverá ser submetido a uma cuidadosa avaliação nessa área antes que seus sintomas possam ser atribuídos apenas à ansiedade. Do ponto de vista mais estritamente psiquiátrico, vale a pena lembrar que esses pacientes podem também apresentar sintomas fóbicos, depressivos ou mesmo ataques de pânico isolados que também demandarão uma terapêutica específica.

### **TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT)**

O transtorno de estresse pós-traumático surge como categoria diagnóstica a partir de 1980, com o DSM-III, embora relatos de reações exageradas a situações de extrema ameaça, principalmente situações de combate, já fossem relativamente antigas. Esse diagnóstico refere-se à situação em que o paciente tenha sido exposto, como vítima ou testemunha, a situações de ameaça real de morte ou de sérios ferimentos que desencadearam medo intenso, sensação de desamparo ou horror. Convém reforçar aqui o fato de que tais situações são diferentes daquelas mais cotidianas como problemas no trabalho, no casamento ou doenças graves. Estas podem gerar sofrimento com sintomas ansiosos secundários, mas não geram os sintomas que definem o TEPT.

No estresse pós-traumático, o evento desencadeador dos sintomas é revivido de forma persistente por meio de: 1. memórias desagradáveis, recorrentes e intrusivas na forma de imagens, pensamentos ou sensações; 2. sonhos desagradáveis e recorrentes sobre o evento; 3. agir ou sentir-se como se o evento traumático estivesse acontecendo novamente; 4. desconforto psicológico intenso quando exposto a estímulos que simbolizem o ocorrido (aniversário do evento, ver pessoas parecidas com o agressor, ou armas, por exemplo); e 5. reatividade fisiológica com sintomas autonômicos ao ter contato com esses estímulos.

Esses sintomas levam freqüentemente a um comportamento de esquiva de situações ou objetos relacionados ao ocorrido com um esforço para evitar pensamentos, sensações ou conversas que se relacionariam ao evento, esforço para evitar atividades, lugares ou pessoas também relacionadas ao fato. Além disso, sintomas como incapacidade para lembrar aspectos importantes do trauma, bem como um desinteresse por atividades importantes, sensação de desligamento do meio ao redor ou sensação de estranhamento em relação a outras pessoas, dificuldades para expressar afetos, irritabilidade, dificuldade de concentração, reações de sobressalto e sentimentos de desesperança em relação ao futuro completam as possíveis manifestações psicológicas que acompanham o quadro.

Embora as descrições iniciais desse quadro tenham sido feitas a partir de pessoas que enfrentaram situações de combate, sintomas de TEPT são vistos em episódios de assaltos, seqüestros, acidentes, atentados e violência sexual que podem ocorrer fora das situações de guerra. Os sintomas podem-se iniciar pouco tempo após o evento traumático, mas existem casos em que eles surgem até seis meses após o ocorrido.

Existe uma tendência geral de as pessoas expostas a eventos traumáticos isolarem-se e evitarem comentários ou conversas sobre o ocorrido, o que deve ser evitado. Muitos pacientes apresentam sintomas depressivos importantes e tentam o alívio pelo abuso de álcool ou drogas, o que pode trazer problemas adicionais. Além disso, uma atenção especial deve ser dedicada na avaliação clínica no sentido de se determinar a possível ocorrência de traumatismo craniano, cujas seqüelas poderiam lembrar alguns dos sintomas do TEPT.

### **FOBIA SOCIAL**

De maneira semelhante ao ocorrido com os demais transtornos ansiosos, o conceito de fobia social como uma entidade distinta surge a partir do DSM-III, em 1980, embora descrições de pacientes com esses sintomas possam ser atribuídas já a Hipócrates. A característica central da fobia social é o temor de ser observado por outras pessoas que estariam avaliando negativamente o paciente que sentiria ainda o medo de desempenhar-se inadequadamente nessas situações. Algum grau de insegurança em estados de exposição social não deve ser considerado patológico. O diagnóstico de fobia social deve ser reservado para os casos em que tal medo torna-se excepcionalmente intenso ou incapacitante a ponto de prejudicar a vida do paciente.

Sintomas autonômicos, como palpitações, falta de ar, tremores e sudorese, ocorrem diante da exposição a situações sociais, podendo ocorrer inclusive ataques de pânico. A lista de situações temidas por esses pacientes inclui falar,

comer ou beber em público, escrever ou assinar na frente de estranhos, usar banheiros públicos, conversar com estranhos (pedir informações, por exemplo), falar com pessoas do sexo oposto, ser o último a chegar a uma reunião e chamar a atenção de todos ou mesmo ser olhado fixamente por alguém.

Os próprios pacientes reconhecem o caráter excessivo e irracional de seus medos, mas não são capazes de inibir a própria reação ansiosa diante dessas situações nem a ansiedade antecipatória apenas ao saber que enfrentará uma situação difícil.

Os sintomas de fobia social tendem a começar na adolescência e podem assumir um curso crônico sem remissões. A fobia social pode ser descrita conforme a extensão dos sintomas como de forma restrita, cujo o medo restringe-se a poucas situações (falar em público costuma ser a mais freqüente) ou de forma generalizada, em que se encontram medo e esquiva de diversas situações sociais, um início mais precoce dos sintomas e maior ocorrência familiar.

Casos mais graves podem levar a seqüelas importantes, como menor grau de instrução, menor capacidade de estabelecer relacionamentos afetivos estáveis e menor progressão profissional.

A co-morbidade com outros transtornos psiquiátricos é muito comum na fobia social. Sintomas depressivos, muitas vezes graves, não são raros, bem como o abuso de álcool, principalmente como ansiolítico em situações de exposição social. Embora ataques de pânico possam ocorrer nesses pacientes, o diagnóstico de transtorno de pânico não deve ser dado nos casos em que as crises ocorram apenas em situações de exposição social.

## **TRANSTORNO DE PÂNICO E AGORAFOBIA**

O transtorno de pânico caracteriza-se pela ocorrência repetida de ataques de pânico. Eles podem ser definidos como episódios agudos, autolimitados, de extrema apreensão ou medo e sensação de perigo iminente para a integridade física ou mental, acompanhados de sintomas vegetativos sugestivos de hiperatividade central e autonômica.

O transtorno de pânico aparece oficialmente como uma entidade diagnóstica a partir da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-III, 1980), mas descrições de seus sintomas são encontradas em diferentes disciplinas médicas, ao longo dos anos, de acordo com a importância dada aos diversos sintomas físicos que os acompanhavam, como, por exemplo, nos quadros de “síndrome do coração irritável”, “síndrome de DaCosta”, “síndrome do esforço”, “síndrome da hiperventilação” e “astenia neurocirculatória” entre outros (Marks, 1987; Ramos, 2006a). A partir do relato de Klein e Fink, em 1962,

do efeito terapêutico da imipramina em pacientes com agorafobia e ataques de pânico, uma estreita relação fisiopatológica entre essas duas síndromes clínicas tem sido consistentemente descrita. A agorafobia é definida como o medo de estar em locais de onde possa ser difícil ou embaraçoso sair ou onde não seja possível obter ajuda no caso de ocorrer um ataque de pânico. Atualmente, admite-se que, na maioria dos casos, esses ataques sejam o evento primário nesses casos e que a esquivas fóbica seja secundária ao receio de novos ataques em determinadas situações.

A edição seguinte da classificação da Associação Psiquiátrica Norte-Americana de transtornos mentais, o DSM III-R (1987), apresenta as categorias de transtorno de pânico com e sem agorafobia e agorafobia sem ataques de pânico, realçando a precedência das crises sobre as manifestações agorafóbicas. O DSM IV (1994) mantém a mesma orientação, baseando o diagnóstico de transtorno de pânico na espontaneidade e frequência dos ataques dentro de um período de tempo e na presença de um medo persistente de vir a ter outros (Ramos, 2006b).

Como dito inicialmente, o ataque de pânico é o sintoma central do transtorno de pânico, podendo ser descrito como crise de início súbito, que, segundo o DSM IV, deve atingir seu pico de intensidade em até dez minutos, com uma duração total de cerca de 15 a 30 minutos. Uma sensação de morte, descontrole ou enlouquecimento iminente acompanhada de sintomas físicos, como falta de ar, tonteira, balanço, flutuação, mãos úmidas, formigamentos, boca seca, náuseas, diarreia, urgência para urinar, ondas de calor e frio e palpitações. O medo e a ansiedade são crescentes, acompanhados da certeza de que algo estranho e muito grave está acontecendo. Pode ocorrer também uma sensação de despersonalização ou desrealização.

A esquivas fóbica acompanha os ataques de pânico na grande maioria dos casos e caracteriza-se pelo comportamento de esquivas de diversas situações públicas, pelo receio de afastar-se de casa ou de pessoas que lhe forneçam segurança. A preocupação prevalente nesses pacientes é a da ocorrência de algum mal-estar ou descontrole em locais de onde sair seja difícil ou embaraçoso.

Entre as situações agorafóbicas mais comumente relatadas, destacam-se sair de casa, enfrentar ruas, multidões, lugares fechados, como cinemas, teatros, restaurantes, *shopping centers*, elevadores, meios de transporte, como ônibus, metrô, aviões, além de túneis e congestionamentos.

Os pacientes agorafóbicos desenvolvem uma série de estratégias para lidar com seu medo, como, por exemplo, sair apenas acompanhado, fazer trajetos que os façam passar perto de hospitais e pronto-socorros ou carregar sempre um comprimido de calmante no bolso.

A ansiedade antecipatória consiste na sensação de medo e apreensão

que ocorre na iminência de se entrar em contato com uma situação fóbica ou apenas ao pensar na possibilidade de fazê-lo. São comuns sintomas autonômicos, como taquicardia, sudorese e tremores que não chegam a caracterizar um ataque de pânico.

Muitos pacientes podem apresentar melhora desses ataques com o tratamento farmacológico, mas persistem durante algum tempo com sintomas de ansiedade antecipatória. Esses sintomas costumam responder bem a técnicas de terapia comportamental como a exposição sistemática.

Sintomas depressivos coexistindo com os sintomas ansiosos ou sucedendo-se no mesmo indivíduo também não são raros. Em algumas situações, pode-se hierarquizá-los, dando um caráter de evento primário ou secundário a cada um deles, baseados em sua ocorrência temporal, na sua gravidade relativa ou em conceitos teóricos *a priori*. Embora essa hierarquização pareça, muitas vezes, artificial, possivelmente haja um certo consenso de que a coexistência de ansiedade e depressão significam uma maior gravidade do caso.

### ANSIEDADE E SOMATIZAÇÃO

Essa breve comparação entre as manifestações clínicas dos transtornos ansiosos e os sintomas de somatização sugere que uma complexa interação entre determinantes psicológicos e somáticos deva estar presente em ambas as condições. Determinadas características de personalidade, por exemplo, podem tornar alguns indivíduos mais sensíveis ao sofrimento, levando-os a interpretar de forma particularmente intensa quaisquer sensações físicas.

Entretanto, não tem sido possível descrever um padrão único de personalidade ou temperamento como fator causal ou desencadeante comum a todos os transtornos ansiosos. Existem traços anancásticos associados ao transtorno obsessivo-compulsivo e de esquiva ao risco associados ao transtorno de ansiedade generalizada, mas a impressão que se tem é de que cada diagnóstico em particular tem um perfil psicodinâmico próprio. Mesmo quando presentes, tais traços de personalidade também não parecem suficientes para justificar todo o conjunto de sintomas que o paciente apresenta.

Uma das principais conseqüências dessas observações diz respeito a formas genéricas de psicoterapia que visam a produzir mudanças psicodinâmicas mais profundas e parecem ter uma eficácia menor no controle das manifestações psicossomáticas da ansiedade. Isso não quer dizer que se devam excluir quaisquer mecanismos cognitivos dos modelos fisiopatológicos da ansiedade. Ao contrário, existem evidências de padrões peculiares de interpretação de sensações físicas que possam levar à perpetuação e ao agravamento de seus sintomas tanto físicos quanto comportamentais. Naqueles indivíduos com

manifestações mais intensas de ansiedade, tais padrões cognitivos parecem ser mais uma consequência que a causa da patologia.

O que tem mudado nas teorias mais recentes é a idéia de que a análise de sintomas isolados não é suficiente para se estabelecer o diagnóstico de nenhum transtorno mental. A ocorrência de palpitações ou falta de ar não é suficiente para justificar o diagnóstico de transtorno de pânico ou de ansiedade generalizada, por exemplo. Essa atitude é ainda mais importante ao avaliar-se um possível caso de somatização.

O transtorno de somatização ainda aparece como uma categoria diagnóstica residual, ou seja, é um diagnóstico admitido quando todos os demais foram excluídos. Algo semelhante ocorreu quando o transtorno de ansiedade generalizada foi inicialmente proposto no DSM-III. No entanto, à medida que evidências laboratoriais e clínicas foram-se acumulando, foi possível caracterizar esses indivíduos como portadores de certas características orgânicas capazes de facilitar a expressão da ansiedade.

Possivelmente, uma caracterização mais clara dos mecanismos de somatização ainda ocorrerá. Nesses casos, talvez mecanismos psicodinâmicos sobressaíam-se aos fatores fisiológicos, pois, embora qualquer pessoa possa eventualmente “somatizar”, pacientes com esse transtorno o fazem de forma muito mais intensa, repetitiva e prejudicial à sua própria saúde. Ao contrário do que possa parecer, esses indivíduos não são mentirosos ou manipuladores no sentido de que são sinceros em relação àquilo que sentem. Consideram-se doentes porque sentem-se doentes, e não é justo, ou terapêuticamente útil, negar-lhes as próprias sensações.

Muitos dos transtornos ansiosos já foram considerados somatizações e pode ser que muitas das somatizações vistas hoje na prática clínica sejam, em breve, chamadas por outros nomes. No entanto, traços de personalidade e características psicodinâmicas parecem ser centrais na gênese de casos mais graves.

Todo esse jogo de forças biológicas e psicológicas ocorre em um determinado contexto social e cultural que sempre deve ser levado em conta. A valorização do papel de doente, própria de cada cultura, é difícil de ser mensurada, mas, sem dúvida, exerce um papel importante na consolidação dos quadros de somatização. O ganho secundário com a doença pode não ser de ordem puramente psíquica, pois pode estar associado com uma maior atenção social e familiar e a uma certa isenção de responsabilidades que freqüentemente acompanha o adoecer.

A valorização da doença também pode ocorrer nas culturas ocidentais em função da ênfase cada vez maior no uso de medicamentos sem a adequada avaliação médica ou mesmo psicológica. Um sistema de saúde precário deixa o paciente muito exposto às influências da propaganda e dos comerciantes de remédios. Além disso, a falta de estrutura de aten-



dimento faz com que os doentes mais graves, ou que assim se pareçam, sejam atendidos de forma prioritária, reforçando as vantagens pessoais de transparecer um sofrimento maior com seus sintomas.

Em resumo, a avaliação dos sintomas de somatização deve ser muito mais cuidadosa e muito mais abrangente que o habitual. Como grupo, os pacientes com transtorno de somatização merecem uma investigação muito mais profunda de sua psicodinâmica e de eventuais sensibilidades fisiológicas para perceber a dor ou o sofrimento como particularmente intensos. Diante de um determinado indivíduo, não parece haver muita alternativa de tratamento para a somatização a não ser uma abordagem multidisciplinar integrada que envolva a própria família, visando à prevenção de múltiplos tratamentos e procedimentos desnecessários. Como nos transtornos ansiosos, a busca pela identificação de outros mecanismos fisiológicos ainda desconhecidos não deve nunca ser interrompida.

## REFERÊNCIAS

- Avila, L. A. (2006). Somatization or psychosomatic symptoms? *Psychosomatics*, 47(2), 163-166.
- Barsky, A. J., Ettner, S. L., Horsky, J., e Bates, D. W. (2001). Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Med Care*, 39(7): 705-715.
- Challinor, J. M., Miaskowski, C. A., Franck, L. S., Slaughter, R. E., Matthay, K. K., Kramer, R. F., et al. (1999). Somatization, anxiety and depression as measures of health-related quality of life of children/adolescents with cancer. *Int J Cancer Suppl*, 12, 52-57.
- Henningsen, P., Jakobsen, T., Schiltenswolf, M., & Weiss, M. G. (2005). Somatization revisited: diagnosis and perceived causes of common mental disorders. *J Nerv Ment Dis*, 193(2): 85-92.
- Kirmayer, L. J., Robbins, J. M., Dworkind, M., & Yaffe, M. J. (1993). Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry*, 150(5): 734-741.
- Marks, I. (1987). The development of normal fear: a review. *J Child Psychol Psychiatry*, 28(5): 667-697.
- Milani, R. M., Parrott, A. C., Turner, J. J., & Fox, H. C. (2004). Gender differences in self-reported anxiety, depression, and somatization among ecstasy/MDMA polydrug users, alcohol/tobacco users, and nondrug users. *Addict Behav*, 29(5): 965-971.
- Muris, P., & Meesters, C. (2004). Children's somatization symptoms: correlations with trait anxiety, anxiety sensitivity, and learning experiences. *Psychol Rep*, 94(3 Pt 2): 1269-1275.
- Noyes, R., Stuart, S., Watson, D. B., & Langbehn, D. R. (2006). Distinguishing between hypochondriasis and somatization disorder: a review of the existing literature. *Psychother Psychosom*, 75(5): 270-281.
- Phan, T., Steel, Z., & Silove, D. (2004). An ethnographically derived measure of anxiety, depression and somatization: the Phan Vietnamese Psychiatric Scale. *Transcult Psychiatry*, 41(2): 200-232.
- Ramos, R. T. (2006a). Antidepressants and dizziness. *J Psychopharmacol*, 20(5): 708-713.
- Ramos, R. T. (2006b). Transtornos de Ansiedade. In: A. C. Lopes (ed.), *Tratado de Clínica Médica* (v. 2, pp. 2480- 2490). São Paulo: Editora Roca.
- Ramos, R. T., & Bernik, M. A. (1997). Transtorno de pânico. In: L. A. Hetem & F. G. Graeff (Eds.), *Ansiedade e transtornos ansiosos* (pp. 271-293). Rio de Janeiro: EPU.
- Rohricht, F., Beyer, W., & Priebe, S. (2002). [Disturbances of body-experience in acute anxiety and depressive disorders - neuroticism or somatization?]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 52(5): 205-213.
- Smith, M. C., & Dust, M. C. (2006). An exploration of the influence of dispositional traits and appraisal on coping strategies in african american college students. *J Pers*, 74(1): 145-174.

## CAPÍTULO 2

# BURNOUT, COPING E ESTILOS DE VIDA EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

JOSÉ EUSÉBIO PALMA PACHECO

SAUL NEVES DE JESUS

*Universidade do Algarve – Portugal*

No exercício das suas funções os profissionais de saúde, em especial os médicos e os enfermeiros, vivem dia-a-dia com acontecimentos que colocam em causa a sua própria existência.

A multiplicidade e a complexidade dos aspectos que caracterizam esta actuação em contexto hospitalar, em que se colocam acontecimentos como o aumento do fluxo de doentes, de novos casos de doença (infecções hospitalares com estirpes cada vez mais resistentes), das cargas horárias de trabalho, da tensão nas relações profissionais resultante das definições do que é o acto médico ou não, das relações pessoais e familiares colocadas em causa devido, por exemplo, ao pouco tempo que os profissionais de saúde têm para lhes dedicar, pois estão demasiado ausentes de casa e, por fim, os estilos de vida demasiado sedentários, gerindo menos bem os seus tempos livres, com pouco exercício físico, são alguns dos aspectos que contribuem para o elevado mal-estar destes profissionais, o que leva a que questionemos, se é esta a qualidade de vida que estes desejam ter.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), nos Estados Unidos da América os custos do stresse e do stresse relacionado com os problemas das organizações, está estimado em cerca de 150 biliões de dólares anuais (Bertolote & Fleischmann, 2002), onde 50% dos profissionais de saúde apresentam altos níveis de stresse ocupacional (Kortum-Margot, 2002). Também esta organização refere que em geral, cerca de 40% dos médicos apresentam *burnout*, podendo esta situação, afectar o seu bem-estar pessoal ou desempenho profissional (Bertolote & Fleischmann, 2002).

Ainda, as estimativas mundiais oriundas dos Estados Unidos revelam que entre 50% e 75% das idas ao médico decorrem, directa ou indirectamente, de eventos relacionados com o stresse, equivalendo, como afirma a Agência Europeia para a Segurança no Trabalho, a 60% da totalidade do absentismo nas empresas.

É perante este quadro que verificamos existir elevados níveis de ansiedade e stresse nos profissionais de saúde, como nos mostram os estudos realizados nesta área, em que os sujeitos, não conseguindo arranjar estratégias eficazes – falamos do *coping* – para lidar com estes acontecimentos, vão apresentando cansaço físico e emocional estando então, segundo Maslach (1978), presente um síndrome que é o *burnout*.

O profissional deve, pois, conseguir gerir as alterações provocadas por mudanças organizacionais e as derivadas do exercício das suas funções na dicotomia saúde/doença e, não raras vezes, vida/morte. Em alguns casos, quando tal não é eficaz, ou não é feito da melhor maneira, existe a presença de ideação suicida (Leppanen & Olkinuora, 1987; McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999) e mesmo de suicídio (Leppanen & Olkinuora, 1987; Olkinuora *et al.*, 1992).

Todos estes aspectos, como acima vimos, podem relacionar-se com situações de ruptura – *burnout* – com todas as implicações que daí advêm.

Mas esta problemática é relevante para a qualidade da nossa vida, e da nossa saúde, pois é a própria Organização Mundial de Saúde que diz ser o stresse uma epidemia mundial, tendo sido definido como a doença do século XX num Relatório das Nações Unidas (Jesus & Costa, 1998).

Neste âmbito, Freudemberger (1983) considera os estilos de vida como um dos aspectos importantes para o síndrome do *burnout* estar presente.

Assim, os estilos de vida são uma das questões mais prementes da actualidade, na saúde, estando ligados à eficácia dos profissionais e à qualidade de vida. Contudo, não podemos abordar os estilos de vida e o *burnout* sem considerarmos as condições a que os profissionais de saúde estão expostos na sua interacção com a instituição Hospital ou outras, nomeadamente, as relações familiares, o grupo de pares, as suas motivações, as condições sócio-económicas.

Em termos de descrição, passemos à abordagem dos construtos teóricos em causa.

## **BURNOUT**

Foi em 1974, que Freudemberger usou pela primeira vez o termo *burnout*, para descrever uma situação que se manifesta por uma verdadeira crise de identidade, colocando em questão as características da pessoa nos

planos físico, psíquico e relacional.

Mais tarde, este autor afirmou que o *burnout* é um conjunto de sistemas médico-biológicos e psicossociais inespecíficos, resultado de uma exigência excessiva de energia no trabalho, que ocorre especialmente nas profissões de ajuda. Alguns autores referem o *burnout* como um estado de exaustão física, mental e emocional originado pelo envolvimento, durante longo tempo, em condições ou situações emocionalmente desgastantes. Assim, qualquer sujeito pode sentir stress, mas o *burnout* só é experienciado por pessoas que vão para as suas carreiras profissionais com índices elevados de motivação e envolvimento pessoal e de ideais, e que posteriormente se sentem frustradas: por exemplo, uma pessoa que vai trabalhar para ter apenas dinheiro ao fim do mês pode sofrer de stress mas nunca de *burnout* (Vaz Serra, 1999).

Como se distingue o *burnout* de outros construtos teóricos? Será um novo fenómeno?...

Muitas vezes o *burnout* foi confundido com o tédio, o stress no trabalho, a tensão, o conflito, a pressão, a fadiga emocional, a depressão, a crise etc.

Este conceito só pode ser distinguido de outros de forma relativa. Porém, uma distinção entre o *burnout* e o stress pode ser feita tendo em consideração o tempo (o stress profissional prolongado conduz ao *burnout*), e entre o *burnout* e a depressão no que respeita ao conteúdo, pois existe dificuldade em diferenciar o *burnout* do estado afectivo da depressão (Maslach & Schaufeli, 1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993).

A investigação confirma o *burnout* psicológico como um fenómeno complexo. Maslach enfatiza a origem da investigação do *burnout* na psicologia social mais do que na psicologia clínica. Contudo, o campo de estudo é caracterizado pela persistente tensão entre a perspectiva social e clínica. O termo *burnout* (Meier, 1984) é a designação para um estado extremo que partilha muitos aspectos com o síndrome clínico da depressão, embora apareça numa descrição de um estado de distresse experienciado nos trabalhadores dos serviços humanos com grande exigência no seu trabalho.

Em 1981, o *burnout* era encarado como uma resposta inadequada ao stress emocional crónico, para em 1982, Maslach definir este conceito como um síndrome de exaustão emocional, despersonalização e redução de realização pessoal que pode surgir em sujeitos que trabalham com pessoas.

Assim, Maslach (1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993) referindo o seu modelo multidimensional do *burnout*, diz que a exaustão emocional é o esgotamento físico caracterizado pela sensação de não se poder dar mais de nós aos outros, levando a uma situação negativa e ne-

gligente; a despersonalização surge porque o sujeito, para se proteger dos sentimentos negativos que o acompanham, isola-se, evitando estabelecer relações interpessoais, tornando-se cínico, distanciado e definindo rótulos depreciativos para os utentes e colegas; por último, a redução da realização pessoal manifesta-se por sentimentos de inadequação profissional e pessoal, e na incapacidade de responder ao que lhe é solicitado.

A este respeito, Freudenberger (1983) define o *burnout* como uma situação que se caracteriza por um estado de cansaço ou de frustração resultante da dedicação a uma causa, estilo de vida, ou relação que não resultou na produção da expectativa esperada (Queirós, 1998), estabelecendo-se assim, uma relação com os estilos de vida dos sujeitos.

Mas, como iremos ver em seguida, é com os profissionais de saúde que o *burnout* tem sido mais relacionado.

Tal como já referimos, as estratégias para lidar com as situações stressantes (*coping*), são relevantes, importando abordar a sua relação, também, com o *burnout*.

### COPING

O estudo do *coping* não pode ser feito sem a sua relação com o stress. Diversos trabalhos dizem que um sujeito com estratégias de *coping* adequadas sente normalmente que tem um bom controlo das situações com que se depara, gostando de confrontar e resolver activamente os problemas, utilizando mecanismos que reduzem os estados de tensão que não são lesivos para a sua saúde e para si, não permitindo que a vida quotidiana seja perturbada por acontecimentos stressantes e normalmente não se deixando responsabilizar pelas consequências menos boas dos acontecimentos.

Em termos de evolução do conceito, os estudos acerca do *coping* tiveram início com adultos, tendo existido mudanças em termos da conceptualização do *coping* com o enfoque na emoção (Folkman & Lazarus, 1985; Compas, 1987; Cleto & Costa, 1996; Cleto, 1998).

Num estudo realizado por McIntyre, McIntyre e Silvério (1999), da análise dos recursos de *coping* das enfermeiras, verificou-se que as estratégias mais usadas foram: o apoio social, a liberdade financeira, a monitorização do stress, a sociabilidade e a confiança, não sendo resultados inesperados, pois Portugal é um país em que as relações interpessoais (McIntyre, 1997) são um valor cultural; por outro lado, os recursos menos usados, como a forma física, o controlo e a resolução de problemas, são os mais frequentes nos enfermeiros de outros países (McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999).

Podemos analisar estes resultados (McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999) à luz de um nível fraco de educação para a saúde em Portugal

e de uma baixa formação específica nestas áreas, verificando-se que estes últimos recursos (os menos usados), apontam para uma visão da formação daqueles profissionais de saúde diferente da realizada na enfermagem em Portugal.

Nunca se poderá esquecer, contudo, que para além do período de formação, os profissionais de saúde exercem a sua profissão numa instituição que forçosamente tem influência no trabalhador, e por conseguinte na sua família, podendo ser este um factor redutor do stresse e do *burnout*.

Mais especificamente, em estudos acerca do apoio social como recurso do *coping*, referidos por Compas (1987), as pesquisas observaram a relação directa entre o apoio social e o ajustamento, a interacção com os acontecimentos de vida e o apoio social e a sua relação com o bem-estar, que estão de acordo com os estudos realizados por Cooper e Marchal (1978), em que um melhor ambiente social e psicológico da organização encoraja a comunicação e a confiança, por forma a que a pessoa possa abordar as suas incapacidades, obtendo a ajuda de que precisa.

É neste contexto que a importância da família surge para Handy, em 1978, que verificou num estudo com 23 casais, nos quais quando a família tem um padrão de casamento que se adequa às circunstâncias do trabalho e das ambições da vida e, ao mesmo tempo às prioridades do indivíduo, a família é uma base de ajuda e não de estorvo. Porém, para Evans e Bartolomé, em 1984, o trabalho tem uma influência maior sobre a família do que o contrário (Vaz Serra, 1999).

Actualmente, os estudos têm uma abordagem desenvolvimental, onde se procura compreender o processo de *coping* não só relacionado com as situações de doença (Cleto, 1998), nem só associado às características de personalidade (Kobasa, 1979).

O enfoque está assim, não só no stresse, mas também no *coping*, visando o bem-estar tal como já vimos na perspectiva de Lazarus (1999, 2000) e Compas (1987).

Mas, como veremos, em situações limite, em que os recursos de *coping* não são suficientes para lidar com o stresse ocupacional, pode surgir o *burnout*.

Existem diferenças individuais nas estratégias de *coping* utilizadas, e que dependem de diversos factores. Os sujeitos com uma relação familiar estável, com boas relações sociais e integrados no meio em que residem, são menos vulneráveis a sintomas de distresse (Jesus & Costa, 1998).

Os recursos do *coping* para episódios de stresse, incluem aspectos do *self* (estratégias de resolução de problemas, auto-estima positiva, etc.) e do

meio social (por exemplo, a disponibilidade de uma estrutura de suporte social) que podem facilitar ou tornar possível o sucesso da adaptação à vida stressante (Compas, 1987).

Sujeitos em situação de *burnout*, por vezes, apesar de mal sucedidos, envolvem-se e persistem, quando uma maior desconexão afectiva do trabalho seria melhor para prevenir o agravamento dos sintomas. É deste modo importante, para os profissionais de saúde, encontrar um equilíbrio entre a vida profissional e a pessoal ou privada, procurando realizar-se em ambas as vertentes. Uma atitude orientada para a resolução dos problemas e não de lamentação ou de evitamento, é a mais adequada, sendo que os profissionais de saúde, devido às características da sua profissão, onde pode ser necessário intervir com rapidez (situações de emergência), apresentam habitualmente uma atitude orientada para a resolução dos problemas e de controlo (Jesus & Costa, 1998).

Também, entre os sistemas ou mecanismos de *coping*, diversas investigações (Etzion & Pines, 1986; Reig & Caruana, 1990) indicaram o evitamento ou escape – tal como é definido por Lazarus e Folkman (1984) –, associado ao *burnout*. De uma forma mais clara, Rotman (1988) associa este tipo de mecanismo à exaustão emocional e à despersonalização. Ceslowitz (1989), examinando 150 enfermeiras, de uma amostra aleatória, encontrou que tinham menos *burnout* as que usavam o *coping* centrado na resolução de problemas, percepção positiva, procuravam o apoio social e utilizavam estratégias de controlo (Moreno-Jiménez & Puente, 1999; in Simón [Ed.], 1999).

Desta maneira, num estudo com técnicos de saúde mental realizado por Thornton, em 1992, verificou-se que os sujeitos com estratégias de escape-evitamento perante os problemas, eram os que desenvolviam mais facilmente sintomas de exaustão emocional, despersonalização e de falta de realização pessoal. Em 1996, Aida Mendes num estudo relativo a 147 enfermeiros de psiquiatria comprovou a existência de uma correlação negativa significativa, entre o *burnout* e a satisfação no trabalho, na qual os sujeitos que revelavam *burnout* não só tinham um *locus* de controlo externo, como se deprimiam com facilidade. Este estudo veio mostrar, segundo a autora, que o *locus* de controlo externo está associado a uma menor realização e motivação com vista ao sucesso (Vaz Serra, 1999).

Dentro desta linha de ideias podemos ver que o *burnout* está associado a certos comportamentos que determinam e/ou são determinados pela relação do indivíduo com o trabalho e as organizações, mas, nos quais aspectos pessoais como os estilos de vida, têm um papel relevante, pelo que os iremos referir de seguida.

## ESTILOS DE VIDA

Os estilos de vida são na realidade um tema que só agora começa a emergir com todo o relevo. No entanto, não é um conceito contemporâneo, tendo sido usado por Adler na época de Freud (Ribeiro, 1998), num sentido próximo do actual, definido como uma adaptação activa do sujeito ao meio social, sendo uma perspectiva holística e não só comportamental, nos estudos relacionados com a saúde e a doença.

Deste modo, da pouca bibliografia, verifica-se a não existência de muitos artigos e livros com esta temática sistematizada. Este aspecto é confirmado por Finotti (2004), numa revisão da literatura dos estilos de vida.

O estilo de vida de uma pessoa exprime o seu padrão de vida traduzido em termos de actividades, interesses e opiniões. É um retrato da pessoa por inteiro, interagindo com o seu ambiente (Kotler, 1997; *cit. in* Finotti, 2004); ou, como diz Lalonde, em 1974, é o conjunto de decisões individuais que afectam a vida do sujeito e sobre as quais tem algum controlo (Ribeiro, 1998). Assim, os estados de mal-estar ou doença são influenciados por um estilo de vida não saudável. É relevante (Matos *et al.*, 1996) adoptar comportamentos de saúde no estilo de vida de cada sujeito, para aumentar as hipóteses de atingir um bom estado de saúde (Pacheco & Jesus, 2006).

Mas, é a OMS que, em 1988, ao definir estilos de vida como um conjunto de padrões comportamentais, muito relacionados entre si, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros factores (Ribeiro, 1998), coloca definitivamente o sujeito e a sua relação com o ambiente, no centro desta temática.

É importante ter em atenção, conforme salienta Jessor, em 1982, que os comportamentos de saúde e os estilos de vida na idade adulta são, em grande medida, o resultado do desenvolvimento durante a adolescência (Matos *et al.*, 1996).

Desta forma, de um modo geral, os factores determinantes dos comportamentos podem ser intrínsecos e extrínsecos (Conner & Norman, 1996). Nos intrínsecos, estão os factores sócio-demográficos, personalidade, cognições e suporte social. Nos factores extrínsecos encontram-se as estruturas de incentivos (impostos, sistemas de bens e serviços) e as restrições legais (Matos *et al.*, 1996).

Convém, porém, vermos a perspectiva de Dias *et al.* (2003), que a este propósito caracterizam o estilo de vida como

(...) o factor que identifica a maneira como a pessoa vive, qual é o seu traço pessoal no agir, na prática das actividades e no comportamento em geral (...). O estilo de vida reflecte o que as pessoas pensam de si mesmas e o que



valorizam (Finotti, 2004:13).

É nesta linha, que Pacheco, Murcho e Jesus (2004, 2005a, 2005b) ao abordarem a qualidade de vida em consumidores de substâncias, dizem que determinados estilos de vida associados ao consumo de substâncias vão determinar a qualidade de vida destes e, logo, o bem-estar; estabelece-se, assim, uma relação entre estes dois conceitos, pois, para estes autores, estilos de vida saudáveis contribuem para uma melhor qualidade de vida e, portanto, para um melhor bem-estar e saúde.

Vejam, então, a problemática dos estilos de vida no contexto em análise.

Desde que, em 1968, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou a declaração de Alma Ata e posteriormente o programa *Saúde para todos no ano 2000*, a relação entre a saúde e os estilos de vida tornou-se num lugar comum para todos os agentes que actuam na área de saúde, e mais especificamente, e da saúde pública, ou seja, no âmbito da prevenção. Na realidade, a OMS estava a dar visibilidade a uma doença como o são por vezes as condutas dos cidadãos, as quais causam a maioria dos problemas de saúde. Os factores e comportamentos de risco necessitavam de maior atenção no que respeita à saúde pública, tendo em conta as diferenças existentes entre os diferentes países e/ou classes sociais, em que um determinado comportamento se relaciona com um estilo de vida.

É nesta óptica que surge um documento preparado para a OMS, em 1999, por Claudia Stein e Inka Moritz, em que o estilo de vida é o aspecto mais relevante para se manter a independência numa idade avançada, considerando o percurso de vida (Pacheco, 2005).

O estudo dos factores de stresse e das estratégias utilizadas para os resolver, designadamente através de estilos de vida saudáveis, é um dos domínios mais importantes da psicologia actualmente (Ribeiro, 1998; Jesus, Pacheco & Santos, 2003; Ogden, 2004).

Deste modo, podemos colocar o enfoque nos estilos de vida e na forma como nos relacionamos com o mundo à nossa volta.

Aliás, esta problemática que associa os estilos de vida à saúde das pessoas é relativamente recente e está relacionada (Paúl & Fonseca, 2001) com a mudança do padrão da prevalência das doenças infecciosas para as doenças crónicas.

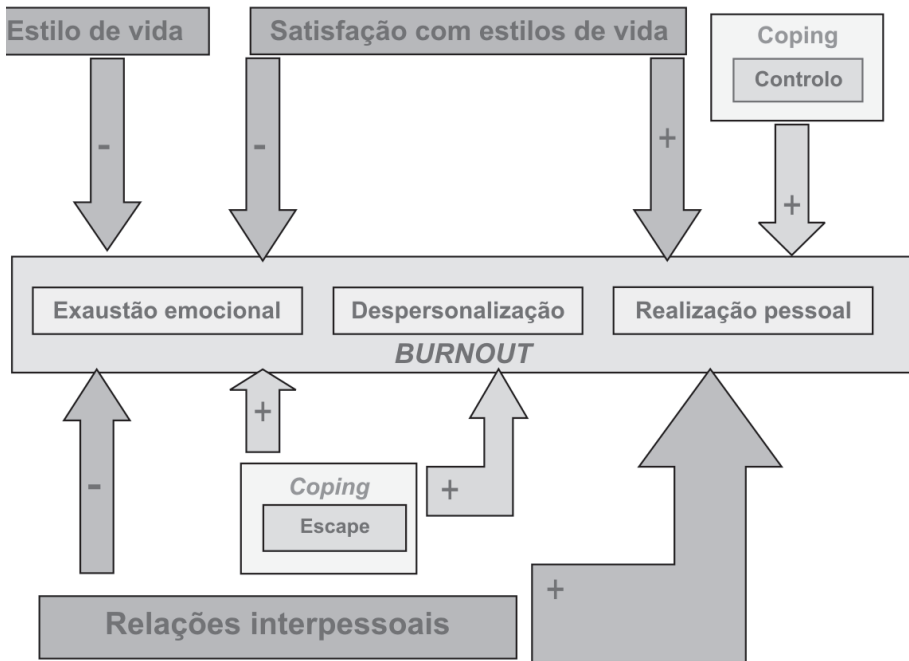
É assim (Pacheco, 2005) que podemos ver que os estilos de vida estão presentes nos nossos comportamentos a vários níveis. Em 1982, Hamburg, Elliot e Parrot referiram que o comportamento humano individual, nos países ocidentais, está ligado a cerca de 50% dos anos de vida potencial perdidos (Ferrero *et al.*, 1998; *in* Martín, 1998; Bennett & Murphy, 1999).

Nesta perspectiva, os estilos de vida podem ser as características gerais de uma sociedade num determinado momento, que por sua vez se expressa mediante os estilos de vida. Estudar os estilos de vida pode ser um procedimento para se conhecer melhor uma sociedade e, nesta óptica, os estilos de vida vão no sentido da vida social pressupondo uma certa autonomia; outra perspectiva, é a de que os estilos de vida são o reflexo simbólico das estruturas económicas e sociais, ou seja, aparecem determinados por factores estruturais de uma sociedade. Porém, em ambas as visões expostas existem dificuldades em explicar a pluralidade dos estilos de vida. Temos, então, uma outra versão de Ruiz de Olabuénaga (1998), onde os estilos de vida são essencialmente a pluralidade dos estilos de comportamentos que surgem por detrás do fim de um modelo unificado de comportamentos e atitudes, e em que os estilos de vida seriam para além de múltiplos também, multidimensionais, dificilmente perceptíveis, quase individuais e em constante mutação, constituindo modos ou géneros de vida, cuja dinâmica não só não parece obedecer a nenhuma lógica social, económica ou política externa, como inclusive pode mudá-la (Comas *et al.*, 2003).

### UM MODELO DE *BURNOUT*, *COPING* E ESTILOS DE VIDA EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

É dentro deste contexto que surgiu a necessidade de se estudar a relação entre estes conceitos devido à sua importância. Assim, num estudo realizado por Pacheco (2005) nos dois Hospitais da região do Algarve, em que um tinha gestão pública (sector público administrativo) e outro gestão empresarial (sociedade anónima), com profissionais de saúde médicos e enfermeiros, sobre o *burnout*, *coping* e estilos de vida, usou-se para a avaliação do *burnout* uma versão traduzida e adaptada do “Maslach Burnout Inventory” (Maslach & Jackson, 1986; Cruz, 1993; Cruz & Melo, 1996), para a avaliação das estratégias de *coping* a escala da Latack (1986) – C.J.S. de Latack – numa versão de adaptação portuguesa de Jesus, Abreu, Santos e Paixão (1992) e Jesus e Pereira (1994); e, para a avaliação dos estilos de vida, elaborou-se e validou-se um questionário de estilos de vida (Pacheco, 2005), composto por quatro sub-escalas: a) estilo de vida, b) relações interpessoais, c) consumo de substâncias, e d) satisfação com estilos de vida.

Desta forma, verificou-se como resultado, um modelo em que o estilo de vida, as relações interpessoais e a satisfação com os estilos de vida, influenciam negativamente a exaustão emocional, sendo que as relações interpessoais também influenciam positivamente a realização pessoal, e em que o *coping* centrado no controlo influencia positivamente a realização pessoal e o *coping* centrado no escape influencia positivamente tanto a



**Figura 1** – Modelo de burnout, coping e estilos de vida para os profissionais de saúde (Retirado de Pacheco, 2005:300)

exaustão emocional como a despersonalização (vide figura 1).

### QUE IMPLICAÇÕES?

O burnout e os estilos de vida dos profissionais são aspectos a ter em conta na organização das empresas ou instituições e, em particular, nas organizações hospitalares com os profissionais de saúde, visando melhores condições para o exercício das suas funções, na medida em que apresentem exaustão emocional e um estilo de vida mais adequado e satisfatório, contribuindo para melhorar os cuidados que prestam aos utentes, objectivo final da existência dos cuidados de saúde numa sociedade.

É do conhecimento do senso comum e da comunidade científica, que enfermeiros e médicos referem os seus estados de cansaço associados ao stress ocupacional, como os horários por turnos, o excesso de horas de trabalho, ou as dificuldades nas relações provocadas pelo trabalho em equipas multidisciplinares, dizendo muitas vezes que gostariam de saber como lidar melhor com estas e outras situações no contexto hospitalar. Nesta perspectiva, um dos aspectos a ter em consideração é o facto de Pacheco (2005) ter verificado que 23,8% (cerca de um em cada quatro) dos profissionais de saúde apresentavam altos níveis de exaustão emocional,

podendo potencializar algumas situações de mal-estar.

Além disso, os profissionais de saúde do sexo masculino manifestam mais despersonalização, o que está de acordo com alguns estudos, sendo os médicos a apresentar mais despersonalização e *burnout* do que os enfermeiros; quanto à idade, são os profissionais de saúde com mais idade que apresentam mais *burnout*, o que não é confirmado pela maioria das investigações.

Nesta linha de pensamento, apesar de não ser estatisticamente significativo, os profissionais de saúde do hospital com gestão empresarial tinham níveis mais elevados de exaustão emocional do que os profissionais do hospital com gestão pública.

Alguns aspectos são de realçar, segundo este autor, como o facto do tipo de organização hospitalar, seja com gestão pública ou gestão empresarial, não influenciar o estilo de vida dos profissionais de saúde, assim como o consumo de substâncias e a satisfação com os estilos de vida. Contudo o tipo de organização hospitalar influencia as relações interpessoais, pelo que se pode visar melhorar a organização, através de esforços sistemáticos e planificados a prazo, centrados numa cultura de organização, e nos processos sociais e humanos da mesma.

Igualmente é relevante que, nos médicos e enfermeiros, o *coping* centrado no escape influencia o *burnout*, tendo os médicos mais estratégias de escape do que os enfermeiros; também, o *coping* centrado na gestão de sintomas nos médicos influencia o *burnout*. Isto é confirmado por alguns trabalhos, não acerca do *burnout*, mas sobre o stresse, como os de Latack (1986), Jesus e Costa (1998) e Pinheiro *et al.* (2003), em que se verificou que as estratégias de gestão de sintomas servem para lidar com os sintomas de stresse. Outro resultado, é o de que os profissionais de saúde do sexo feminino apresentam um nível mais elevado nas estratégias de controlo do que os do sexo masculino (Pacheco, 2005).

De uma forma mais abrangente, podemos dizer que as estratégias de *coping* para os profissionais de saúde não abrangem as estratégias de controlo (mais adaptativas) e, ao utilizarem estratégias de escape (menos adaptativas) estão mais sujeitos ao *burnout* pois, como afirma Vaz Serra (1999), as estratégias de fuga (evitamento/escape) adiam o confronto e a solução do problema que precisa de ser resolvido.

Quanto ao sexo feminino verifica-se que têm um maior consumo nas substâncias (álcool, café e medicamentos “automedicação”) do que o sexo masculino (Pacheco & Jesus, 2006). Este último aspecto, poderá ser equacionado pelo facto do sexo feminino, ao ter uma componente emocional mais acentuada quando lida com os problemas (Vaz Serra, 1999; Prisco & Fontaine, 1999; Pacheco, 2002), poder mais facilmente consumir

substâncias alcoólicas e medicamentos, como em geral é feito por estes profissionais (Vaz Serra, 1999).

Mas os profissionais que se automedicam, consomem respectivamente, ansiolíticos (16,5%), analgésicos (59,1%), antipiréticos (10,3%) e anti-inflamatórios (11,2%), o que está de acordo com Lucena (2005) em que os medicamentos mais usados sem prescrição médica, são os tranquilizantes, os analgésicos e os antipiréticos (Pacheco, 2005).

Um aspecto relevante por nós confirmado, tem a ver com o facto do consumo de medicamentos (automedicação) ser bastante maior do que o da população em geral (mais do dobro) – de tal modo, que os consumos de ansiolíticos e analgésicos apresentam valores elevados em relação a alguns estudos – o que poderá estar relacionado com o facto de cerca de um quarto dos profissionais apresentar exaustão emocional e despersonalização, assim como cerca de um terço dos profissionais de saúde terem alterações do sono.

No nosso estudo a maioria dos profissionais de saúde não consome álcool (67,2%), sendo os consumos inferiores aos da população em geral, o que não está de acordo com os trabalhos de Juntunen *et al.*, em 1988, com profissionais de saúde (Vaz Serra, 1999), na Finlândia, onde comprovaram que o consumo de bebidas alcoólicas era mais alto nestes do que no da população, em geral.

Já o facto dos profissionais do sexo masculino praticarem mais exercício físico vem comprovar o que acontece com a população em geral, tal como a conclusão de mais de metade dos profissionais de saúde não praticarem exercício físico, o que é preocupante (Pacheco, 2005).

Também de entre os profissionais, devemos realçar que os enfermeiros têm melhores relações com os colegas de trabalho, o que se compreende pelo facto de terem de trabalhar em equipa e pela sua formação a este respeito.

Por outro lado, os médicos apresentam um consumo de tabaco e de medicamentos (automedicação) menos adequado do que os enfermeiros (Pacheco, 2005; Pacheco & Jesus, 2006). Mas tradicionalmente os enfermeiros segundo Heim, em 1992, passam por situações de stresse maiores do que os médicos (Vaz Serra, 1999), sendo o grupo profissional mais afectado por transtornos psicopatológicos (comparando com a população em geral) e que, em situações stressantes, envolvem-se no consumo de psicofármacos (Vaz Serra, 1999) e no de tabaco.

Na sua maioria os profissionais de saúde não consomem tabaco (70,3%), e os profissionais de saúde que fumam consomem uma média de 13,56 cigarros por dia. Estes resultados estão de acordo com Ribeiro (1998), ao dizer que no nosso país a percentagem de pessoas que fumam é

inferior a 30% e MacKay e Eriksen (2002) ao referirem que em Portugal a prevalência é de 30 a 39%.

Igualmente importante, e que queremos salientar, necessitando de uma reflexão mais profunda e adequada em investigações futuras, é o facto do estilo de vida influenciar nos profissionais de saúde a exaustão emocional; porém, quando consideramos as profissões em separado, o estilo de vida influencia nos médicos a realização pessoal, e nos enfermeiros a despersonalização.

Estes aspectos podem conduzir a um menor bem-estar, sendo factores a ter em conta quando consideramos a qualidade de vida e uma melhor saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estilos de vida mais adequados conduzem a menos *burnout* e a estratégias de *coping* mais apropriadas, permitindo lidar com as situações mais problemáticas, sem que surjam disfunções nos nossos comportamentos e na nossa saúde, indo determinar a nossa qualidade de vida, o que passa por estilos de vida promotores da saúde, que permitam promover o bem-estar nos profissionais de saúde.

Em jeito de reflexão, pode dizer-se que ainda há muito a fazer neste domínio da ciência, nomeadamente tendo em conta os contributos da Psicologia da Saúde para o bem-estar dos profissionais em geral.

## REFERÊNCIAS

- Bennett, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Manuais Universitários, 14, Lisboa: Climepsi Editores.
- Bertolote, J. & Fleishmann, A. (2001/2002). Staff burnout. *The Global Occupational health Network*, 2, 5-7.
- Ceslowitz, S. B. (1989). Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 553-558.
- Cleto, P. & Costa, M.E. (1996). Estratégias de Coping no Início da Adolescência. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 93-102.
- Cleto, P. (1998). *Adaptação à mudança de escola no início da adolescência*.
- Comas, D., Aguinaga, J., Orizo, F. A., Espinoza, A. & Ochaita, E. (2003). *Jóvenes y estilos de vida: valores y riesgos en los jóvenes urbanos*. Fundación de ayuda contra la drogadicción, Madrid, 25-31.
- Compas, B.E. (1987). Coping With Stress During Childhood and Adolescence. *Psychological Bulletin*, Vol. 101, Nº. 3, 393-403.
- Conner, M. & Norman, P. (1996). The role of social cognition in health behaviours. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models* (pp. 1-22). Buckingham: Open University Press.
- Cooper, C.L. & Marchall, J. (1978). *Understanding executive stress*. London: Macmillan.
- Cruz, J. F. & Melo, B. M. (1996). *Stress e "burnout" nos psicólogos: Desenvolvimento e características psicométricas de instrumentos de avaliação*. Relatório de investigação não publicado. Braga: Universidade do Minho.
- Dias, S. R. et al. (2003). *Gestão de Marketing*. Professores da FGV – São Paulo, SP: LTC – Saraiva.

- Etzion, D. & Pines, A. (1986). Sex and culture in burnout and coping among human service professionals. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 17,191-209.
- Ferrero, J. , Toledo, M. & Barreto, M. P. (1998). Comportamiento, promoción de la salud y prevención de la enfermedad. In P. B. Martín, J. G. Martínez & M. T. Aliaga (Compiladores), *Intervención en Psicología Clínica y Salud*. Valencia: Promolibro.
- Finotti, M. A. (2004). *Estilos de Vida: Uma Contribuição ao Estudo da Segmentação de Mercado* [Versão electrónica]. Dissertação de Mestrado, São Paulo, Universidade de São Paulo.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1985). If It Changes It Must Be a Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 48, Nº 1, 150-170.
- Freudenberger, H. J. (1983). Burnout: Contemporary issues, trends, and concerns. In B. A. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human service professions* (pp. 23-28). New York: Pergamon Press.
- Jesus, S N. & Pereira, A. (1994). Estudo das estratégias de “coping” utilizadas pelos professores. *Actas do 5º Seminário A Componente de Psicologia na Formação de Professores e Outros Agentes Educativos*, Universidade de Évora, 253-268.
- Jesus, S.N. & Costa, M.L.H. (1998). *Stress e Estratégias de coping de Médicos e Professores*. Coimbra, Instituto de Clínica Geral da Zona Centro, Novembro.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality & Social Psychology*, 37,1-11.
- Kortum-Margot, E. (2002). Psychosocial factors in the workplace. *The Global Occupational health Network*, 2, 7-10.
- Kotler, P. (1997). *Administração de Marketing: análise, planeamento, implementação e controle*. São Paulo: Ed. Atlas.
- Latack, J. (1986). Coping with job stress: Measures and future directions for scale development. *Journal of Applied Psychology*, 71, 377-385.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and Emotion: A New Synthesis*. Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y Emoción – Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao, Biblioteca de Psicología.
- Leppanen, R. & Olkinuora, M. (1987). Psychological stress experienced by care personnel. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 13, 1-8.
- Lucena, I. C. (2005). Eu sou o meu próprio médico. In *Focus-Magazin*, Março, 281,102-108.
- Mackay, J. & Eriksen, M. (2002). *The Tobacco Atlas*. World Health Organization. Retirado a 16 de Abril de 2005 de World Wide Web: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241562099.pdf>
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1986). *The Maslach Burnout Inventory. Manual* (2ª ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. (1978). The client role in staff burnout. *Journal of Social Issues*, 34, 111-124.
- Matos, M. G.; Simões, C.; CANHA, L. & FONSECA, S. (1996). *Saúde e Estilos de Vida nos jovens portugueses*. Relatório do estudo da Rede Europeia HBSC/OMS, 1-73.
- McIntyre, T. (1997). Family therapy in Portugal and the U.S.: a culturally approach. In U. Gielen & A. Comunian (Eds.), *Family and therapy international perspective*. Milan, Italy: Marinelli Editrice.
- McIntyre, T.M. ; McIntyre, S.E. & Silvério, J. (1999). Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica*,3, (XVII), 513-527.
- Meier, S. T. (1984). The construct validity of burnout. *Journal of occupational Psychology*, 57, 211-219.
- Moreno-Jiménez, B. & Puente, C. P. (1999). El estrés asistencial en los servicios de salud. In M. A. Simón [Ed.], *Manual de la Salud*, Madrid, Biblioteca Nueva, 739-761.

- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. 2ª ed., Manuais Universitários 11, Lisboa: Climepsi editores.
- Olkinuora, M.; ASP, S.; Juntunen, J.; Kauttu, K.; Strid, L. & Aarimaa, M. (1992). Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts of Finnish physicians. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 18 (2), 110-112.
- Pacheco, J. E. P. (2002). *Stress e Coping nos estudantes do Ensino Básico*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Escola Superior de Educação, Faro: Universidade do Algarve.
- Pacheco, J. E. P. (2005). *Burnout e estilos de vida em profissionais de saúde*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Faro: Universidade do Algarve.
- Pacheco, J. E. P. & Jesus, S. N. (2006). Estilos de vida em profissionais de saúde. In J. L. P. Ribeiro & I. Leal, *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde - Saúde, Bem-Estar e Qualidade de Vida*, ISPA Edições, 791-796.
- Pacheco, J. E. P.; Murcho, N. & Jesus, S. N. (2004). A qualidade de vida nos consumidores de substâncias em programa de substituição de metadona. In J. L. P. Ribeiro & I. Leal, *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – A Psicologia da Saúde num Mundo em Mudança*, Lisboa, ISPA Ed., 423-429.
- Pacheco, J. E. P.; Murcho, N. & Jesus, S. N. (2005a). Escala de avaliação da qualidade de vida nos consumidores de substâncias em programa de substituição com metadona. In Instituto Politécnico de Beja, Universidad de Huelva, Universidade do Algarve (Eds), *A prevenção das toxicodependências no ensino superior/La prevención de drogodependencias en la educación superior*, 1ª ed., Março, 135-140.
- Pacheco, J. E. P.; Murcho, N. & Jesus, S. N. (2005b). Programa de Promoção de Bem-estar nos Toxicodependentes. *Sinais Vitais*, Maio, 60, 55-57.
- Paul, C. & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Manuais universitários, 20, 1ª ed., Lisboa: Climepsi Editores.
- Pinheiro, F. A.; Tróccoli, B. T. & Tamayo, M. R. (2003). Mensuração de Coping no Ambiente Ocupacional. *Psicologia: teoria e Pesquisa*, Maio - Agosto, 19 (2), 153-158.
- Prisco, C. & Fontaine, A. M. (1999). Estilos de coping em situação escolar: adaptação de um instrumento. In Soares, A. P.; Araújo, S.; Caires, S. (Org.s) *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, (VI), APPORT, Associação dos Psicólogos Portugueses, Braga, 814-823.
- Queirós, P. J. P. (1998). Burnout em enfermeiros: comparação de três grupos. *Sinais Vitais*, 16, 17-21.
- Reig, A. & Caruana, A. (1990). Consumo de Tabaco en profesionales de la salud y su relación con el estrés ocupacional. *II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Comunicaciones. Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Estudos 6, Lisboa: ISPA.
- Rotman, C. (1988). A study of the burnout among psychologist. Doctoral dissertation. Rutgers. The state University of New Jersey, in *Dissertations Abstracts International*, 48, 2772B.
- Ruiz de Olabuénaga, I. (1998). *La juventud liberta. Géneros y estilos de la juventud urbana española*. Madrid: Fundación BBV.
- Shaufeli, W.B.; Maslach, C. & Marek, T. (1993). *Professional Burnout: Recent development in Theory*



# A PERSONALIDADE COMO FACTOR DE RISCO PARA AS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

CLÁUDIA CARMO

*Universidade do Algarve – Portugal*

### INTRODUÇÃO

Definir personalidade não é monótono nem simplista. Existem inúmeras definições e, todos aqueles que lhe dedicaram algum estudo acabariam por fazer florescer uma nova definição para este constructo.

Quando tentamos definir este conceito, o que parece haver de mais consensual é a ideia de que se trata de um conjunto de tendências únicas num indivíduo, relativamente constantes ao longo do tempo; determinando aquilo que se faz e não faz, pensa e não pensa, sente e não sente, na relação consigo e com os outros.

Lima (1997) salienta que as definições sobre a personalidade são tantas e tão diversas que se coloca a questão de se saber se se trata do mesmo constructo ou de outros muito diferentes, designados com o mesmo nome.

São muitas as teorias e as definições de personalidade que nos confundem com longas caminhadas por termos e descrições exaustivas e complexas; umas apelam ao carácter imutável e estático da personalidade e outras parecem defini-la como dinâmica e em permanente alteração, apelando à sua constante mudança.

A abordagem histórica da Teoria dos Traços, agora actualizada por Costa e McCrae através do Modelo dos Cinco Factores, apesar das inúmeras críticas, apresenta suporte empírico quando se procuram relacionar variáveis da personalidade com outros constructos, como a saúde mental.

Personalidade e comportamentos de saúde têm sido ingredientes de várias investigações. De acordo com Lima (1997), os hábitos de saúde

representam uma área onde as variáveis psicológicas podem ser muito úteis, uma vez que, a utilização dos traços para prever comportamentos relacionados com a saúde é duplamente importante, permitindo uma melhor compreensão desta problemática e a identificação de sujeitos que beneficiariam de um programa de intervenção.

Mais especificamente, determinados traços de personalidade têm sido relacionados e entendidos como factores de risco para atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais que preenchem alguns dos critérios de diagnóstico para as perturbações do comportamento alimentar ou síndromes parciais.

Apesar da etiologia das Perturbações do Comportamento Alimentar não estar totalmente clarificada, a literatura revisada faz-nos acreditar que existe uma interacção de factores genéticos, ambientais, sociais, familiares e psicológicos que ao longo do ciclo vital determina o curso e a evolução destas entidades nosológicas. Impera assim, a necessidade de se construir modelos teóricos explicativos multidimensionais, diante da complexa diversidade de factores envolvidos no desenvolvimento e no eclodir de padrões disfuncionais no convívio com o corpo e com a alimentação.

Na impossibilidade de, neste âmbito, estudarmos e identificarmos todos os determinantes das perturbações do comportamento alimentar e síndromas parciais, dedicaremos a nossa atenção aos traços de personalidade e na sua relação com as atitudes, comportamentos e características psicológicas frequentemente associadas às perturbações do comportamento alimentar.

Durante longas décadas a avaliação da personalidade assentou predominantemente nos aspectos negativos da mesma. Qualquer pesquisa bibliográfica até aos anos 90 faz prova de que o enfoque principal das investigações se enquadrava numa óptica psicopatológica das variáveis personalidade e saúde, Ribeiro (1999). Esta tendência também se fez sentir no estudo da personalidade e do comportamento alimentar, onde a investigação se centrou quase em exclusivo na análise das perturbações do comportamento alimentar e nas perturbações da personalidade (Eixo II). Dito de outro modo, grande parte dos estudos científicos que regem estas variáveis enfatizam principalmente a psicopatologia da personalidade e a anorexia e/ou a bulimia nervosa em populações clínicas onde o diagnóstico é já uma realidade antes do estudo.

Botelho (2006) refere que as abordagens anteriores ao Modelo dos Cinco Factores (que procuravam avaliar os possíveis efeitos da personalidade sobre um aspecto particular da saúde), recaíam naturalmente no dogma de que um ou mais elementos de cariz psicopatológico da personalidade estariam associados ao aparecimento ou desenvolvimento de um determinado aspecto de doença. No entanto, e especificamente na nossa área de estudo, é

totalmente possível e provável que uma jovem exibindo padrões não clínicos de perturbações do comportamento alimentar hoje, possa estar à procura de tratamento amanhã (Pipher, 1995).

## PERSONALIDADE

### *Personalidade: da máscara aos traços*

O termo personalidade tem origem na palavra latina “*persona*”, que significa máscara de teatro. Máscara, que era usada pelos actores da Antiguidade para exprimir e representar diferentes emoções e atitudes em palco (Hansenne, 2004). O conceito de personalidade está etimologicamente ligado à noção de *papel* desempenhado pelo indivíduo num contexto definido e face a um público. De frente para a plateia, as máscaras permaneciam ao longo da peça imutáveis, da mesma forma que se considera que a personalidade se mantém constante durante a vida.

Curiosamente, o número de máscaras utilizadas no teatro antigo era limitado, eram doze, o que parece significar que, já na Antiguidade, embora longe das categorias que ao longo dos tempos se têm desenhado, a ideia de que o Homem não se pode comportar de múltiplas formas, mas sim de acordo com padrões de comportamentos homogéneos, esteve desde então presente. Afinal, cada uma das doze máscaras catalogava um molde quase infinito de características, emoções e atitudes.

Nos escritos de Cícero, a palavra *persona* assume pelo menos, quatro sentidos, todos eles relacionados com teatro: a personalidade como um conjunto de características pessoais do actor, que representam o que a pessoa realmente é; a personalidade, vista como a forma pela qual a pessoa aparece aos outros e não como realmente é e, neste sentido, equivale à máscara; o papel que a pessoa representa na vida, tal como a personagem num drama e; a personalidade encarada como um conjunto de qualidades indicativas da distinção e dignidade, que fazem do actor uma *estrela*, (Lima, 1997, p. 14).

Após a Antiguidade e ao longo de vários séculos, o estudo da personalidade permaneceu encerrado apenas em alguns trabalhos filosóficos. O interesse pela personalidade recomeça no início do séc. XX com os trabalhos de Wundt, Galton, Janet e Charcot (Bernaud, 2000).

O estudo da personalidade, como uma nova área da psicologia emergia na década de 30 do século XX. Duas obras contribuíram para este novo ciclo: em 1937, a publicação do livro de Allport, *Personality: A Psychological Interpretation*, que serviu de modelo durante várias décadas, acabando mesmo por introduzir o estudo científico da personalidade na América e;

um ano mais tarde Murray (1938) com a designação de “Personologia” como uma nova ciência, a Ciência da Pessoa (Lima, 1997).

Estes autores realçaram a ideia de que o sujeito é uma totalidade, concepção que se mantém actual nos anos 90 apesar das inúmeras críticas e controvérsias que se seguiram. Neste sentido, Palenzuela e Barros (1993) clarificam que a “este período de esplendor se seguiu uma crise profunda, no início dos anos 60, cujo principal responsável foi Walter Mischel, com a publicação do livro *Personality and Assessment* em 1968.

Os anos que se seguiram a esta obra caracterizaram-se por debates entre defensores do paradigma básico, as predisposições e, os que realçavam os factores da situação como determinantes do comportamento. Este debate entre os defensores dos traços e os situacionistas deu lugar a uma série de “conferências de paz” no campo da personalidade, orientadas numa perspectiva interaccionista (Lima, 1997). Esta posição interaccionista, defendida por Mischel fez emergir uma nova etapa na psicologia da personalidade, onde os traços e os motivos, que tinham surgido como unidades de análise nos manuais de Murray e Allport, perdiam agora relevância, a favor das cognições.

De acordo com Hansenne (2004) a maioria dos autores retoma sempre as mesmas ideias: a ideia de consistência, de causalidade interna e de carácter distintivo da personalidade.

Hall e Lindsey (1984) a este propósito salientam um outro aspecto, não menos importante, o modo com se define a personalidade. Para estes autores, a forma como se *fabrica* a definição depende da preferência teórica dos investigadores, sendo os constructos específicos utilizados na definição de personalidade não mais do que um reflexo das suas posições teóricas e mais tarde um contributo na escolha dos métodos de avaliação. No mesmo sentido, Cook (1984) justifica a diversidade de definições pela multiplicidade de perspectivas e funções pelas quais se procura definir a personalidade, assim como pelos níveis de explicação que têm em vista. Outro factor explicativo da diversidade é a importância atribuída ao estudo do desenvolvimento e ao estudo da estrutura da personalidade.

Apesar da multiplicidade de definições, do encadeamento subtil de cada uma, da complementariedade de muitas delas ou mesmo da oposição clara entre algumas, podemos destacar o que as várias definições das diferentes teorias têm em comum. Dito de outro modo, embora existam dezenas de definições de personalidade, a maioria reúne três aspectos principais: a unicidade do indivíduo, aquilo que o distingue de todos os outros; um conjunto de características estáveis e duradouras, ao longo do tempo e das

situações e, o estilo característico de ligação/interacção entre o sujeito e o ambiente físico e social (Kimel, 1984).

É de salientar, que a definição de personalidade subjacente ao Modelo dos Cinco Factores realça os primeiros dois aspectos: as regularidades recorrentes (os traços) e a sua organização característica, em cada pessoa.

Podemos concluir, de acordo com Lima (1997) que as definições de personalidade reflectem as diferentes teorias e a perspectiva que se tem deste constructo num determinado momento histórico. As definições mais recentes de personalidade têm vindo a valorizar os componentes interactivos e dinâmicos, fazendo disso prova a perspectiva de Costa e McCrae (1994) que compreende a personalidade como “um sistema definido por traços da personalidade e processos dinâmicos que afectam o processo psicológico individual” (p. 70).

### *Personalidade e saúde*

A relação entre personalidade e saúde tem preocupado investigadores ao longo de vários séculos. Primeiramente, o encadeamento destas duas variáveis foi abordado de um ponto de vista estritamente comportamental. Actualmente é alvo de uma aceitação generalizada, a noção de que os factores da personalidade desempenham um papel preponderante nos processos de saúde.

Uma das principais etapas históricas sobre a relação personalidade-saúde é da responsabilidade de Alexandre e Dunbar (*cit. por* Krantz & Hedges, 1987). Nas décadas de 40 e 50, ao anotarem semelhanças no perfil psicológico de doentes que sofriam da mesma patologia orgânica, desenvolveram uma abordagem psicanalítica dos fenómenos psicossomáticos, reforçando o postulado de que a personalidade desempenha um papel fundamental na saúde (Botelho, 2006). Importantes para a evolução deste campo de investigação foram de igual modo os trabalhos de Glass e Stinger nos anos sessenta, sobre os efeitos do stress, bem como todos os estudos centrados nas personalidades Tipo A e Tipo B, evidenciando-se, desde então, a contribuição dos processos da personalidade para a saúde como uma grande área de investigação e teorização (Botelho, 1999).

Do ponto de vista da importância dos traços da personalidade para a saúde, Krantz e Hedges (1987) referem três eixos essenciais em torno dos quais se têm desenvolvido a maioria dos estudos neste campo que sucintamente apresentamos:

#### *1. Os traços como factores etiológicos da patofisiologia*

Esta perspectiva, denominada “abordagem do traço etiológico” sugere que os factores da personalidade desempenham um papel causal na etio-

logia da patofisiologia, ao produzirem, por exemplo, alterações fisiológicas (neuro-endócrinas e imunológicas) que podem ser nocivas para a saúde.

### 2. Os traços como estilos de coping

Numa segunda orientação conceptual a respeito das influências psicológicas sobre a saúde, os traços podem funcionar como moderadoras do stress. Esta abordagem salienta que, mediante acontecimentos de vida stressantes, o repertório de coping de um indivíduo pode contribuir não só para a sua saúde em geral como também para a sua resistência à doença.

### 3. Os traços como comportamentos de risco para a saúde

Um terceiro eixo articula a relação entre a personalidade e a doença e poderá ser designado por “comportamento de risco para a saúde”. Em sintonia com a presente posição, os traços não se apresentam como factores causais para a doença. Nesta perspectiva, os factores da personalidade revelam como sendo bons indicadores da probabilidade de determinado individuo evitar comportamentos de risco para a saúde, ou então, face à doença, de utilizar os recursos de saúde ou procurar ajuda médica.

De acordo com Lemos-Giráldez e Fidalgo-Aliste (1997), apesar de se conhecer uma relação entre traços de personalidade, estilos de vida e saúde, os dois primeiros poderiam estar ligados à segunda de diversas formas, promovendo assim diferentes modelos teóricos.

Suls e Rittenhouse (1990) forneceram uma síntese de três grandes caminhos pelos quais as disposições de personalidade poderiam estar associadas a um maior risco de doença. Em primeiro lugar, o modelo da *hiper-actividade induzida pela personalidade* sugere que certos indivíduos estão predispostos a responder aos factores de stress com reactividade fisiológica exagerada, devido à tendência para avaliar as situações como mais stressantes que o adequado, ou, por comportamentos que resultam em respostas neuroendócrinas elevadas e, se estes mecanismos fisiológicos directos forem elevados em intensidade e/ou frequência, poderão vir a aumentar o risco de doença.

Em segundo, o modelo da *predisposição constitucional* contempla que, as disposições de personalidade associadas com o risco de doença, podem simplesmente ser marcas de alguma debilidade física congénita ou anormalidade do sistema orgânico, que aumenta a susceptibilidade à doença e, nesta linha, o estilo de personalidade em si mesmo pode não ter qualquer efeito adverso na saúde física. Este modelo, ao assumir uma origem constitucional das disposições de personalidade, que aumenta a susceptibilidade a agentes patogénicos externos ou a degeneração dos órgãos, tem muitas semelhanças com a teoria de Eysenck (1967, cit por Lemos-Giráldez &

FidalgoAliste, 1997) dos traços de personalidade herdáveis (e.g., N e E), alguns componentes do padrão de comportamento tipo A, ou a combinação de traços na afectividade negativa (Lemos-Giráldez & FidalgoAliste, 1997). No entanto, para estes autores, o modelo não explica suficientemente que mecanismos psicofisiológicos específicos aumentam a vulnerabilidade a uma doença particular e em que condições ambientais.

Finalmente, o modelo da *personalidade como predictor de comportamentos perigosos* sugere que os traços de personalidade conferem maior risco de doença de forma indirecta, nomeadamente, por exporem o indivíduo a circunstâncias inerentemente mais arriscadas, na medida em que, determinadas disposições de personalidade conduzem à escolha de situações que aumentam a reactividade, facilitam a selecção de comportamentos prejudiciais e/ou desencorajam os comportamentos preventivos de saúde. A combinação dos hábitos prejudiciais à saúde, mais do que a sua extensão, é essencial no prenúncio do risco de doença e, no que respeita aos acontecimentos de vida stressantes, estes não são aleatórios, uma vez que determinadas personalidades aumentam a probabilidade de ocorrência de certos tipos de acontecimentos.

## COMPORTAMENTO ALIMENTAR

Falamos de comportamento alimentar, não do ponto de vista nutricional, mas sim com a ideia de que este comportamento, entendido como um comportamento que assiste *na saúde e na doença*, é condicionado por traços de personalidade. Quando reflectimos e escrevemos sobre comportamento alimentar, é inevitável o encontro com a história das perturbações do comportamento alimentar, o encontro com o percurso que a anorexia nervosa e a bulimia nervosa fizeram ao longo da história da religião, da medicina e da psicologia.

As perturbações do comportamento alimentar caracterizam-se por uma preocupação mórbida com o peso e imagem corporal, como principal fonte de auto-estima, conduzindo a um comportamento alimentar progressivamente ritualizado e provocando graves distúrbios somáticos que comprometem a saúde e põem em risco a própria vida.

### *Clínica das perturbações do comportamento alimentar*

A história da Anorexia Nervosa começa na Europa Medieval com os casos da Anorexia Mística, sendo Paradigmático o de Santa Catarina de Siena, cuja motivação terá sido religiosa, entendendo na época os comportamentos como rituais de sacrifício e de purificação (Vandereycken,

1996) e não como ideais de magreza que surge nas situações clínicas actuais, no entanto, os sintomas não sofreram grandes alterações.

*Fasting Girls: Their Physiology and Pathology*, uma obra da autoria de William Hamond publicada em 1879 em Nova York, (cit por Strober, 1986) descreve vários casos de jovens que, por razões religiosas, tinham feito jejuns prolongados, “não comendo nada” ou “quase nada”, mantendo-se apesar disso, com capacidade de sobrevivência.

A primeira descrição de carácter científico de Anorexia Nervosa é feita por Morton em 1694 num tratado de Tisiologia. Descreve um “estado de atrofia nervosa” com falta de apetite, aversão à comida, emagrecimento, hiperactividade e amenorreia, tecendo considerações sobre a etiologia e consequências da doença, que antecipam a actual perspectiva psicossomática (Strober, 1986).

Considera-se, no entanto, que a identificação da síndrome Anorexia Nervosa, designada como tal, surge simultaneamente com o francês Charles Lasègue e o britânico William Gull nos finais do século XIX, tendo prevalecido a designação Anorexia Nervosa da autoria de Gull versus a designação Anorexia Histérica, como a designou Lasègue, (Carmo, 1999).

Elísio de Moura (1947), pioneiro dos escritos sobre *Anorexia Mental*, título do primeiro livro sobre esta doença no nosso país, coloca a questão de não haver uma verdadeira Anorexia, já que as doentes não tinham falta de apetite, mas sim vontade de não comer.

O enquadramento sócio-cultural, as motivações, os caminhos, são bem diferentes para a anorexia mística medieval e para a anorexia nervosa, mas o estado físico e psicológico a que chegaram umas e a que chegam outras tem muito de comum, pelo que poderemos compreender a antiga anorexia através do conhecimento da moderna anorexia (Sampaio, 1999).

Actualmente, a anorexia nervosa é caracterizada por uma restrição alimentar progressiva e severa que pode levar à desnutrição, com a ideia persistente de ter que continuar a perder peso para não engordar. Desta perda abrupta de massa muscular resultam complicações que conduzem a uma significativa morbidez biológica, psicológica e social e por vezes à própria morte.

De acordo com a classificação da APA (2001), os critérios de diagnóstico para anorexia nervosa são: a) recusa em manter o peso corporal igual ou acima do norma para a idade e para a altura, o que deve ser entendido como perda de 15% de peso em relação ao esperado ou fracasso no ganho ponderal justificado para o período de crescimento; b) medo intenso de aumentar de peso ou ficar gordo/a, mesmo quando muito emagrecido/a; c) perturbação na apreciação do peso e forma corporal,



indevida influência destes na auto-avaliação ou negação da gravidade do baixo peso actual e d) nas mulheres, amenorreia durante pelo menos três meses consecutivos.

Segundo o mesmo manual de classificação devemos considerar dois subtipos de Anorexia nervosa: a restritiva, caracterizada por dieta rigorosa e recusa em manter um peso normal; e o sub tipo ingestão compulsiva/purgativo onde predominam os episódios bulímicos e os comportamentos desadequados ou excessivos para evitar o aumento de peso.

Por outro lado, a bulimia nervosa como entidade nosológica independente tem uma história mais recente. A palavra bulimia deriva do termo grego *bous* que significa boi e *limos* que significa fome, que usados conjuntamente delineavam o significado de bulimia: uma fome de boi (Garner, 1997). Assumindo uma dupla conotação: ter apetite de um boi e uma capacidade de consumir como um boi.

No final dos anos cinquenta e durante os anos sessenta alguns casos clínicos publicados chamaram a atenção para certas formas de anorexia nervosa, nas quais se detectavam crises de ingestão compulsiva de alimentos. Em 1979, esta síndrome surge como entidade autónoma num artigo de Russell, onde são descritos de forma sistemática trinta casos clínicos que observará entre 1972 e 1978, tendo sido a partir desta data que a síndrome ganhou autonomia (Garner, 1997).

Na Bulimia Nervosa o peso pode sofrer ligeiras oscilações mas, de modo geral, mantém-se no valor normal para a idade e altura sendo que, normalmente, os comportamentos purgativos e/ou compensatórios após uma ingestão alimentar excessiva se iniciam após uma dieta para perder peso.

Os critérios de diagnóstico do DSM (APA, 2001) para a bulimia são: a) episódios recorrentes de voracidade alimentar; b) comportamento compensatório inapropriado recorrente para impedir o ganho ponderal; c) os episódios de voracidade alimentar e os comportamentos inapropriados ocorrem, em média, duas vezes por semana durante três meses; d) a auto-avaliação está exageradamente influenciada pelo peso e formas corporais e, e) a perturbação não surge exclusivamente no curso de um quadro de Anorexia Nervosa.

Nesta classificação existe a bulimia subtipo purgativo, onde a doente recorre a vómitos, laxantes e diuréticos e o subtipo não purgativo, onde os comportamentos compensatórios se restringem à prática de jejum ou exercício físico excessivo.

Uma nova entidade nosológica é tido em consideração, a chamada síndrome parcial, situação sub-clínica ou ainda Perturbação do Comportamento Alimentar sem outra especificação (PCA-SOE) que acolhe actu-

almente uma atenção especial pelo crescente número de casos.

O indivíduo preenche todos os critérios para a anorexia nervosa, excepto: a amenorreia; e/ou, excepto o facto do peso actual se encontrar dentro da média, mesmo havendo perda significativa de peso; comportamentos de controlo do peso após ingestão de pequenas quantidades de comida; ou ingestão alimentar compulsiva “binge-eating disorder” na ausência de comportamentos compensatórios inapropriados (Beaumont, 1995).

Dois factores parecem contribuir para este aumento: Um decorre do facto dos critérios de diagnóstico terem variado ao longo do tempo. Detectavam-se casos clínicos que eram considerados como não preenchendo todos os critérios, mas que actualmente preenchem. Assim, a fronteira entre as formas clínicas bem definidas e as menos definidas é apenas a convencional. Outro tipo de factores, diz respeito aos hábitos culturais; alguns autores consideram que há um *continuum* entre o ideal da magreza, a prática da dieta e a síndrome da anorexia nervosa preenchendo todos os critérios de diagnóstico (Nylander, 1971).

### *Etiologia*

As perturbações do comportamento alimentar são determinadas por um complexo conjunto de factores que culminam num determinado momento permitindo o eclodir do quadro clínico. Garner (1997) e Moreno (2004) salientam a ideia de que se mantém em aberto a definição de uma etiologia multifactorial única, o que nos leva a considerar que as perturbações do comportamento alimentar ou síndromas parciais devem ser entendidas de um ponto de vista biopsicossocial.

No momento actual da investigação etiológica destas síndromes podemos considerar os factores biológicos (genéticos e neuroendócrinos), os factores psicológicos, os familiares e os factores sócio-culturais como principais intervenientes.

O modelo etiopatogénico mais consensual é o modelo biopsicossocial, permite explicar a génese e a manutenção das perturbações do comportamento alimentar e apresenta vantagens do ponto de vista terapêutico e preventivo. Este modelo considera que as PCA são uma consequência da interacção de factores individuais (biológicos e psicológicos) junto com outros de tipo familiar e sócio-cultural. Esta integração multifactorial como modelo etiopatogénico permite-nos distinguir na génese e na manutenção da Anorexia e da Bulimia Nervosa a acção conjunta dos diferentes factores sob a forma de predisponentes, precipitantes e factores de manutenção.

### *Factores genéticos*

Os factores genéticos enquadram-se no grupo dos factores predisponentes, tal como os traços de personalidade ou mesmo o índice de massa corporal e a distribuição de gordura corporal ao longo das fases do desenvolvimento, o chamado *set point*.

A anorexia nervosa está associada a determinantes genéticos de varia ordem, assistindo-se a um aumento da vulnerabilidade nos familiares próximos dos doentes. Familiares do 1.º grau dos doentes com anorexia e bulimia nervosa apresentam um risco de contrair a doença 6 a 10 vezes maior do que a população geral.

Bulik (1998) numa investigação sobre a etiopatogénese da anorexia e bulimia nervosa, evidencia a componente familiar e hereditária da extrema ansiedade relativa ao peso e forma corporais e traços de personalidade com agregação familiar, tais como evitamento, perfeccionismo e rigidez para a anorexia nervosa e impulsividade, instabilidade emocional e depressividade para a bulimia nervosa.

Treasure (1995), refere que no caso da anorexia nervosa a investigação realça valores de concordância mais elevados em gémeos monozigóticos do mesmo sexo, do que em gémeos dizigóticos ou na população geral. Quando a análise se fixa nos gémeos monozigóticos, o gémeo que adoece com anorexia nervosa mostrou ter uma maior incidência de acontecimentos vitais antes do começo da doença.

Holland et al. publicaram em 1988 um estudo que confirmou dados anteriormente divulgados noutros trabalhos sobre a hereditariedade na anorexia nervosa. Nesta investigação, 45 pares de gémeos (25 monozigóticos e 20 dizigóticos) foram estudados, tendo sido obtida uma concordância de 56% e 5%, respectivamente para os gémeos monozigóticos e dizigóticos.

Os estudos mais recentes referem que a anorexia e bulimia nervosa têm uma forte componente familiar. Parecem existir elevadas taxas de patologia alimentar entre os familiares mais próximos, bem como incidência elevada de doenças do humor, abuso de substâncias e perturbação da personalidade e ansiedade nesses elementos.

A hereditariedade para traços de personalidade familiar tais como evitamento, obsessionalidade e contenção emocional pode ser um factor para o desenvolvimento de anorexia nervosa e; instabilidade emocional e impulsividade para a bulimia nervosa.

Em 121 familiares do 1º grau do sexo feminino, (APA, 2001) (4,9%) obtiveram um diagnóstico de anorexia nervosa. Estudos posteriores forneceram dados semelhantes, no momento actual parece mais prudente afirmar-se que a patogénese da anorexia nervosa inclui factores hereditários, cuja natureza não está completamente esclarecida.

Num estudo recente de prevalência da anorexia e bulimia nervosa em familiares de doentes era de 5,1 e 4,3% respectivamente (Woodside, 1998).

A susceptibilidade para o desenvolvimento de comportamentos ou atitudes características das PCA poderia explicar-se por uma combinação de factores genéticos e ambientais com um fenotípo latente único para tais perturbações que iria supor uma elevada hereditariedade, até cerca dos 60% (Wade, 1999).

Lilenfeld (1997) levou a cabo um estudo com familiares de doentes com bulimia nervosa e verificou uma maior taxa de abuso de substância e alcoolismo nos familiares de bulímicos do que na população normativa.

No mesmo sentido, Vitousek e Manke (1994) numa revisão da literatura, encontraram estudos de famílias e gémeos relacionados com as PCA que sugerem que existe uma propensão genética para o desenvolvimento da anorexia nervosa e da bulimia nervosa.

Diversas investigações permitem comprovar que mulheres familiares de doentes com PCA têm um risco muito superior de desenvolver perturbações deste tipo do que a população geral, tanto no caso da anorexia nervosa (e.g. Strober, 1990) como na bulimia nervosa (Bulik, 1998). Especificamente, nos dois subtipos de anorexia nervosa parecem existir diferenças nalguns traços de personalidade dos pais, como: hostilidade, impulsividade e descontrolo nos pais de anorécticos bulímicos (Strober et al., 1982) e; reserva, conscienciosidade e orientação para a realização nos pais dos anorécticos restritivos (Garfinkel et al., 1983).

É grande a quantidade de informação e de estudos científicos que procuram delinear conclusões, caracterizar os familiares e o que é transmitido.

No entanto, a maior parte dos investigadores na área da genética duvidam que existam genes para a inanição voluntária ou para a ingestão compulsiva, especulando que os factores herdados podem incluir variáveis da personalidade (tais como evitar a dor na AN e instabilidade emocional na BN), a susceptibilidade a distúrbios afectivos ou a obesidade na família. Continua por esclarecer o que é herdado.

### ***Factores neuroendócrinos***

Têm sido descritas alterações na actividade ou concentração de determinados neurotransmissores, tais como a serotonina e a noradrenalina, que teriam uma repercussão directa sobre o comportamento alimentar.

Russell (1979) sugeriu que a patogenia da Anorexia poderia estar relacionada com uma alteração da função hipotalâmica. O aumento da actividade da serotonina no hipotálamo poderia explicar alguns traços desta doença, sobretudo os traços obsessivos e a inibição psicosexual,

embora ainda não seja claro se muitas destas alterações são primárias ou secundárias à perda de peso. O que parece indiscutível é que o aumento da função da serotonina conduz à redução da ingestão. O aumento da actividade serotoninérgica pode tornar os indivíduos mais vulneráveis a desenvolver uma doença do comportamento alimentar com pensamento obsessivo e perseverante associado a distorções cognitivas sobre as consequências de uma alimentação não controlada e ganho de peso.

Os valores de 5-HIAA (metabolito da serotonina) no líquido cefalorraquidiano que estão baixos nos doentes anorécticos de baixo peso, normalizam-se e inclusive aparecer elevados durante muito tempo em pessoas que recuperaram totalmente, melhorando depois da normalização do peso, o que nos leva a especular que uma perturbação pré-morbida da função serotoninérgica poderia constituir-se um importante factor de risco na génese da AN.

Kaye (1997) encontrou níveis persistentemente elevados de 5-HIAA no líquido cefalorraquidiano de indivíduos após longo período de recuperação de AN e BN que podem reflectir um aumento de actividade do sistema serotoninérgico, associado a comportamentos rígidos e inibição do apetite.

Moreno (2003) conclui que parece existir nestes doentes um deficit na actividade noradrenérgica hipotalâmica, o que corresponderia a uma predisposição para diminuir a ingestão de comida; ou uma alteração nas concentrações de serotonina, implicada na mediação de respostas de saciedade durante a ingestão, com uma acção de inibição do apetite.

### ***Factores psicológicos***

Quando o olhar se dirige para os factores psicológicos, estudos sobre a personalidade invadem artigos em revistas científicas e nos famosos *Handbooks of Eating Disorders*.

Tradicionalmente têm-se identificado traços típicos na personalidade dos doentes com PCA e PCA-SOE.

Vitousek e Manke (1994) numa revisão da literatura, concluem que todos os modelos explicativos das perturbações do comportamento alimentar implicam variáveis da personalidade que emergem de preocupações com o peso e do desenvolvimento de sintomas específicos tais como a ingestão compulsiva e métodos purgativos.

Em conformidade com o objectivo deste exposição, iremos abordar detalhadamente, mais adiante, os traços de personalidade e a sua relação com o comportamento alimentar.

### ***Acontecimentos de vida traumáticos***

A vulnerabilidade ao stress é uma característica das PCA, cujo início é normalmente precedido por um acontecimento de visa stressante (Schmidt, et al., 1997) com interrupção das relações com a família e amigos.

Ainda que o significado dos acontecimentos desencadeantes seja variável, em 1/5 dos doentes com anorexia nervosa há um acontecimento traumático ligado à sexualidade e na bulimia nervosa há habitualmente história de factores de stress no desenvolvimento.

Tendo em linha de conta que o stress pode apenas ser relevante quando interfere com as estratégias de *coping*, este poderá provocar uma desadaptação crónica que favorece alterações tanto no sistema fisiológico como no psíquico.

### ***Factores familiares***

Vários autores, como Minuchin e Selvini chamaram à atenção para o funcionamento típico das famílias onde eclodiam sintomas de Perturbações do Comportamento Alimentar.

As famílias caracterizam-se por serem conflituosas, desorganizadas, críticas, pouco coesas e com incapacidade para estabelecer relações de ajuda mútua.

Nos familiares de doentes com bulimia nervosa observou-se uma maior incidência de hábitos dietéticos, obesidade e mães com alterações da percepção da sua imagem corporal e com insatisfação familiar.

De acordo com o modelo sistémico, a doente anoréctica, a filha anoréctica assume a função de sintoma. Sintoma de uma família doente no seu conjunto, que exige um tratamento global e familiar (Selvini, 1978, 1999).

Minuchin (1978) escreve que a maioria das descrições teóricas convergem no sentido de considerar que a anorexia nervosa se faz acompanhar de padrões transaccionais familiares disfuncionais.

O modelo da família psicossomática conceptualizado por Minuchin (1978) idêntica e descreve vários padrões de interacção disfuncional: *aglutinação*, onde as relações são caracterizadas por uma grande proximidade e intensidade na interacção entre os elementos da família, o indivíduo perde-se no sistema familiar, existe uma intrusão no pensamento e nos sentimentos dos outros, resultando numa diferenciação pobre da percepção de cada um e de si mesmo; *superprotecção*, os pais preocupam-se muito com o comportamento dos filhos e estes por sua vez tornam-se excessivamente conscientes de si e das expectativas dos outros, dificultando o desenvolvimento da autonomia, competência e interesse ou actividades fora do círculo familiar; *rigidez*, os elementos da família têm uma enorme

dificuldade em se confrontarem com períodos de mudança ou crescimento, negam a necessidade de mudança na família e são vulneráveis a acontecimentos exteriores; e *evitamento do conflito*, aparentemente uma família sem problemas, nem atritos (Minuchin, 1978).

As diferentes posições teóricas e empíricas, que estabelecem uma ligação entre perturbações na vinculação e anorexia nervosa, evidenciam as dificuldades da anoréctica em autonomizar-se das figuras parentais, ressaltando o fracasso na consolidação de uma identidade própria e separada dessas figuras (Bruch, 1979; O´Kearney, 1996; Ward et al., 2000).

Bruch (1978) refere mesmo que um dos maiores enigmas da anorexia nervosa é precisamente o de saber como é que as famílias com aparente sucesso e bom funcionamento transmitem aos filhos um precário sentimento de auto-estima.

Na bulimia nervosa os estudos a este respeito não são tão conclusivos.

O sistema familiar é um dos factores fundamentais a ter consideração, ainda que a causalidade não seja clara, nem definitiva, para nenhum interveniente deste complexo processo. O sistema familiar pode manter, mediatizar ou complicar a evolução da doença. As PCA na família são sempre um problema de grupo, um sintoma da família que uma jovem transporta. É com base nesta ideia que se desenham as propostas terapêuticas do modelo sistémico, um modelo comprovadamente eficaz no tratamento destas doenças.

### ***Factores sócio-culturais***

Os factores sócio-culturais dão um contributo importante para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos disfuncionais face ao corpo e à alimentação, principalmente no mundo ocidental, onde a sobreabundância de alimentos se identifica com o bem-estar social e a magreza é considerada sinónimo de atracção física.

Entre os determinantes do comportamento alimentar reconhece-se, a elevada pressão cultural para a magreza e a necessidade de evitar a obesidade, particularmente na cultura ocidental que podem contribuir para o aumento da preocupação com o peso, a imagem corporal e, conseqüentemente, levar à restrição da ingestão ou seguimento de dietas. Alias, o desejo de perder peso, ou manter um peso relativamente baixo, através de dieta, estende-se aos que têm peso normal ou mesmo abaixo do normal, nomeadamente mulheres jovens. (Baptista Sampaio, Carmo, Reis & Galvão-Teles, 1996; Carmo, 1997).

Não é possível ignorar o papel da pressão cultural na patogénese destas síndromes ou unicamente na vivência de comportamentos desadequados

perante a forma, imagem corporal e a alimentação. A sociedade valoriza o controlo, a forma corporal e faculta todos os meios de para atingir os ideais de beleza agora padronizados. No entanto, e apesar da generalização do recurso a dietas para perder peso não é possível atribuir-lhes um papel determinante e causal.

### ***A personalidade como factor de risco***

Como já tivemos oportunidade de salientar, os traços de personalidade ocupam um lugar importante na origem das doenças do comportamento alimentar. O objectivo geral das investigações neste âmbito é, a partir do estudo da personalidade detectar determinadas características que possam interferir no desenvolvimento destas síndromas, tornando algumas jovens vulneráveis ao seu desenvolvimento.

Investigações actuais consideram os traços de personalidade de acordo com a sua intensidade e forma de expressão como factores importantes que influenciam o comportamento alimentar, desempenhando um papel importante na origem, evolução, prognóstico e tratamento do decurso da anorexia, bulimia nervosa e síndromas parciais.

A anorexia nervosa é sem dúvida a síndrome mais estudada, tendo sido através da *lente* psicanalítica que durante anos conhecemos esta doença e a sua relação com questões sexuais reprimidas. Em 1973, Bruch introduzia o conceito de limite da personalidade e autonomia na etiologia da AN, contribuindo grandemente para a compreensão desta perturbação.

Halmi (1977) escreve que são indivíduos com tendência ao perfeccionismo, à obediência e à submissão, mas com atitudes competitivas e uma busca de ideais elevados. Associam sentimentos de incapacidade para enfrentar as exigências da vida, de sacrifício e uma enorme laboriosidade, com tendência ao isolamento, à labilidade emocional e irritação.

Johnson e Connors (1987) uma década depois sublinham como características mais importantes nas doentes com anorexia nervosa: a baixa auto-estima, as alterações da imagem corporal, os receios da separação e individualização, o humor deprimido, as distorções cognitivas e uma clara tendência ao perfeccionismo, obediência, submissão e desconfiança.

Em linhas gerais, as doentes com anorexia de tipo restritivo são reservadas, inibidas, retraídas, pensativas, serias e com tendência para a obsessão. No subtipo bulímico são mais extrovertidas, simpáticas, emocionalmente lábeis e impulsivas e com comportamentos mais desorganizados.

Strober (1991) atribuiu primazia ao temperamento como factor de risco para as PCA, baseou-se no modelo psicobiológico de Cloninger (1987). Este modelo relaciona cada uma das dimensões da personalidade com um sistema cerebral particular, onde a partilha desequilibrada destas dimensões



assumiria o determinante da perturbação da personalidade.

Estas dimensões são, de acordo como o modelo de Cloninger, o resultado de factores genéticos, constitucionais e de aprendizagem. Assim, em conformidade este modelo, os doentes com anorexia tipo restritivo caracterizavam-se por evitar o risco, baixa busca de novidade e dependência de reforço. A configuração deste temperamento daria lugar a comportamentos metódicos, repetitivos, restrição das emoções, baixa adaptação a mudanças, rigidez, dependência dos outros e elevada sensibilidade diante da aprovação ou negação dos outros.

Sempre se atribuiu aos doentes com anorexia nervosa determinadas alterações da personalidade, de tal forma que se chegou mesmo a falar numa “personalidade anoréctica”.

São conhecidos alguns traços de personalidade como ingredientes preponderantes no desenvolvimento quer da anorexia quer da bulimia nervosa. Estes estão relacionados com a imagem corporal e magreza, evitamento da dor, disforia, obsessões sobre simetria ou exactidão e perfeccionismo, podendo persistir mesmo após a recuperação do distúrbio (Diaz-Marsa, 2000). Muitos profissionais e teóricos têm tentado definir quais as variáveis de personalidade que influenciam o desenvolvimento e manutenção das perturbações do comportamento alimentar. Têm sido algumas as variáveis identificadas, incluindo a introversão, necessidade de aprovação, desconfiança, e o perfeccionismo.

Diferentes traços pré-morbidos parecem justificar o direccionamento de indivíduos semelhantemente preocupados com o peso para a anorexia ou bulimia nervosa, o que tem justificado muito do interesse contemporâneo pelas variáveis da personalidade.

No entanto, a complexidade não se fica por aqui, uma vez que, os factores de personalidade variam significativamente também nos dois subtipos de anorexia nervosa, (Halmi, 1992; Vitousek & Manke, 1994) e de bulimia nervosa (embora aqui exista um hiato nas investigações).

A população com PCA foi subdividida em sujeitos com peso baixo que reduzem somente através da dieta e do exercício (anorécticos restritivos), sujeitos com peso baixo que também aderem ao comportamento ingestão compulsiva e recorrem ao vômito (anorécticos bulímicos) e, sujeitos com um peso normal ou superior que manifestam comportamentos de ingestão compulsiva e purga ou outros comportamentos compensatório, como o exercício físico exagerado ou o jejum, falamos da bulimia nervosa subtipo purgativo e não purgativo.

Os contrastes mais consistentes figuram entre os sujeitos que praticam

e não praticam comportamentos purgativos, tendo ou não conseguido um estado de peso baixo; todavia, os investigadores têm chamado a atenção para o facto de uma considerável heterogeneidade continuar presente dentro e transversalmente nos subgrupos com PCA, divididos por comportamentos purgativos ou estado do peso.

Quando o objectivo é descrever os traços ou características da personalidade, que poderão predispor um indivíduo do sexo feminino a experienciar sintomas que encaixam nalguma das perturbações do comportamento alimentar, cada vez mais temos a certeza, de que seria extremamente simplista e redutor entender as PCA com uma única e singular natureza.

Embora existem características de personalidade partilhadas pela velha entidade nosológica, a anorexia nervosa e pela bulimia nervosa, existem traços e perfis que as distanciam. É muito difícil detectar uma perturbação pura, porque os quadros clínicos e os diferentes subtipos se confundem e porque não raramente se apresentam de forma simultânea.

Contudo, é possível obter dados convincentes ao relacionar as doenças do comportamento alimentar com determinadas características de temperamento e de carácter que moldam a personalidade e que aparentemente determinam a evolução da perturbação.

### *Anorexia nervosa*

Estudos iniciais que não distinguiram doentes com anorexia nervosa nos diferentes subtipos, restritivos e bulímicos, apresentaram um grupo razoavelmente consistente de traços relacionados com o neuroticismo (DaCosta & Halmi, 1992).

Tem sido demonstrado com consistência assinalável, que em particular a anorexia tipo restritivo é caracterizada por um conjunto traços específicos.

Estudos clínicos e familiares coincidem na observação das seguintes características comuns de comportamento pré-mórbido em doentes com anorexia nervosa tipo restritivo: obsessão, rigidez, perfeccionismo, dependência e tendência ao evitamento social (Sohlberg & Strober, 1994), inflexibilidade e necessidade de controlo rígido (Strober & Salkin, 1982), repressão emocional, evitamento da novidade, *anxious worry*, dúvidas relativamente a si próprio, ansiedade relacionada com o peso e a forma corporal, conformidade, submissão, controlo exagerado e perseverança mesmo sem recompensa (Beumont, George, & Smart, 1976; Bruch, 1978; Halmi et al., 2000; Lilenfeld, Kaye, & Strober, 1997; Pryor & Wiederman, 1996; Strober, 1980, 1995).

No final da década de setenta do século passado, Hilde Bruch na sua emblemática obra *The enigma of anorexia nervosa* (Bruch, 1978) chamou a

atenção dos investigadores em relação ao facto destes fazerem generalizações quando se referem à etiologia da anorexia nervosa através de informação obtida durante o episódio grave, quando está presente a semi-inadição, sabendo que esta exerce a sua própria influência na psicopatologia e nas relações familiares. A futura avaliação integral das populações de alto risco, deveria permitir aos investigadores examinar a personalidade, o comportamento e os processos familiares, sem os confundir com a própria doença.

A maioria dos indivíduos dos dois subtipos são caracterizados como perfeccionistas, tímidos e submissos (Strober, 1981). No entanto, indivíduos que encaixam no subtipo bulímico adicionam a esta base comum de características uma disposição social expansiva (Casper, 1980), aspectos histriónicos (Beumont et al., 1976) e indicadores que sugerem instabilidade afectiva (Strober, 1981).

O perfil mais consistente tem emergido no caso da anorexia nervosa restritiva. Descobertas empíricas adicionaram detalhes ao retrato clássico esboçado há muito tempo atrás por observadores clínicos astutos, sem se alterar as suas linhas base.

Arriscaríamos mesmo a dizer, ou melhor, a escrever, que grande parte dos clínicos contemporâneos concordaria com a descrição de DuBois (1949) dos traços evidentes naqueles que embarcam na inanição auto induzida: “A jovem mulher afectada com anorexia nervosa tem determinadas qualidades de personalidade que a distinguem. Ela é uma pessoa tensa, hiperactiva, alerta e rígida. Geralmente anda, fala e pensa rapidamente. É excessivamente ambiciosa, muito exigente consigo própria, marcadamente sensível e obviamente sente-se insegura. Uma consciência severa e imatura guia as suas acções e diz-se que é hiperconscienciosa. A sua preocupação com a arrumação, a meticulosidade e uma teimosia obstinada nada maleável à tolerância fazem-na entrar na categoria dos perfeccionistas. Geralmente introvertida, séria, com força de vontade, e com falta de espontaneidade e de calor, o que é visível no seu olhar” (p. 109).

De todas as formas de psicopatologia, a anorexia nervosa restritiva pode representar um dos mais fortes casos para associação causal entre traços de personalidade e um específico distúrbio comportamental.

Os anorécticos restritivos, ou *clássicos*, mostram rigidez e constrangimento, enquanto os bulímicos manifestam modelos de consumo erráticos nos quais a restrição e a desinibição se alternam, sugerindo alguma combinação de características de compulsividade, impulsividade e instabilidade afectiva subjacentes. Em vários relatos teóricos sobre a bulimia nervosa, o ciclo de ingestão compulsiva-purga, também tem alegadamente uma base funcional no contexto destas variáveis de traços, ao proporcionar um meio para alcançar a regulação (Johnson, Lewis, & Hagman, 1984) e facilitando

a supressão temporária da dolorosa auto-consciência (Baumeister, 1991).

### ***Bulimia nervosa***

Ligada à anorexia nervosa pela partilha do seu cerne psicopatológico de preocupação extrema com o peso e a forma, a bulimia nervosa envolve a expressão de alguns comportamentos que têm sido atribuídos a traços aparentemente opostos da anorexia nervosa.

A bulimia nervosa apresenta uma menor consistência, principalmente, quando em comparação com a sintomatologia da anorexia nervosa subtipo restritivo. Dentro destes traços incluem-se: procura de emoção e excitação, instabilidade e impulsividade afectiva e uma tendência para a disforia em resposta à rejeição ou à não recompensa (Vitousek & Manke, 1994). Estas características podem proteger os indivíduos contra restrições impostas por dietas prolongadas, no entanto, torna-os mais vulneráveis a perdas de controlo periódicas e a eventuais dietas caóticas.

Strober (1991) assinala também traços de personalidade predisponentes para doentes bulímicos, como a busca de emoções, excitabilidade, falta de persistência, tendência para a disforia perante situações de recusa, rejeição ou de falta de gratificação e preocupação com o peso e imagem corporal.

Kasset (1989) faz a distinção, diante da mesma conduta bulímica, assinala dois tipos de indivíduos bulímicos: uns caracterizam-se pela presença de desinibição, instabilidade afectiva, e impulsividade; um outro grupo teria um padrão de personalidade mais ajustado e desenvolveria um quadro mais em função da restrição dietética.

O perfil da bulimia nervosa com peso normal continua contraditório e indefinido. Nesta população a informação disponível é mínima no que se refere aos aspectos premórbidos. Muito pouco se sabe sobre a natureza e os limites do distúrbio que continua após o controlo do sintoma.

A informação reunida sobre os traços e distúrbios da personalidade enquanto a doença está activa, revelam uma enorme diversidade nas amostras clínicas. Os perfis médios em algumas investigações retratam níveis moderados de patologia, dominada por sinais de depressão que pode ser secundária ao distúrbio; outros estudos produzem cotações médias indicativas de patologia profunda e difusa, consistente com a designação de perturbação estado-limite da personalidade (Moreno, 2003). Os resultados que indicam que os bulímicos com aspectos da perturbação estado-limite da personalidade, descrevem uma diminuição na ansiedade e na depressão quando completam um ciclo de ingestão compulsiva e depois de purgação, pode ajudar a definir esta divisão, enquanto que outros relatam um pequeno aumento (Steinberg, Tobin, & Johson, 1990).

Tem-se especulado que pelo menos dois mecanismos podem fundamentar o desenvolvimento do comportamento bulímico em grupos díspares de sujeitos (Cooper et al., 1988): um tipo pode ser caracterizado pela desinibição e instabilidade afectiva, estes indivíduos podem recorrer à ingestão compulsiva e ao vómito como meio de regular estados intoleráveis de tensão, raiva, e fragmentação. O outro grupo de bulímicos mais “puros”, pode *entrar* neste distúrbio através de um caminho menos complicado de dieta restritiva. Ao se esforçarem repetidamente por manter um peso com níveis culturalmente desejáveis e não o conseguirem; comem demais, quando o seu empenho se desmorona, recorrem ao vómito para aliviar a culpa e minimizar o conseqüente ganho de peso.

O movimento transversal pelas categorias é muito comum – um único paciente pode ser diagnosticado por turnos com anorexia nervosa restritiva, anorexia purgativa e bulimia nervosa. Vandereycken e Pierloot (1983) chamaram a atenção para o facto de “cada classificação é o produto de uma dada avaliação num dado momento, i.e., uma fotografia estática, um instantâneo ou estudo transversal das características observadas temporariamente” (p. 548).

Existe uma variedade de motivos pelas quais uma mulher jovem, na nossa cultura, pode vir a controlar o seu peso, na procura de uma solução para o sofrimento pessoal. O conjunto de sujeitos que encaixa num determinado subgrupo será constituído por alguns que alcançaram a classificação terminal dentro dos distúrbios alimentares e outros que estão meramente a passar por uma fase do sintoma, a caminho de uma categoria diferente.

Estudos retrospectivos sugerem que as características de personalidade frequentemente são um ponto de partida para as perturbações do comportamento alimentar, mantendo-se presentes após a recuperação do peso (Cassin, 2005).

Todos os relatos sobre características premórbidas são retrospectivos e por essa razão, partilham da instabilidade na imprecisão da medição e nos efeitos enviesados do conhecimento de um resultado patológico. A investigação futura pode, por si só, fornecer evidências indiscutíveis que conectem as características da personalidade à iniciação da anorexia nervosa, da bulimia nervosa e dos síndromas parciais.

A diversidade dentro das categorias de diagnóstico tem pelo menos três explicações teóricas: 1) se existe uma ligação fundamental entre tipo de traço e forma de sintomatologia, a variabilidade pode ser atribuída ao facto de que os sujeitos não alcançaram todos a fase final da evolução do seu distúrbio alimentar. A adolescente que neste momento mantém um padrão de abstinência, pode cair em comportamentos bulímicos à medida que a sua perturbação progride, influenciada pela tendência para a acção

impulsiva medida mesmo durante a sua fase restritiva; 2) alternadamente, indivíduos com traços uniformes podem deflectir em diferentes direcções por variáveis independentes do tipo de personalidade. A mulher bulímica com peso dentro da média pode ser impedida de alcançar o “destino” da anorexia nervosa sugerido no seu perfil temperamental, devido a uma intolerância biológica à fome ou deslocamento abaixo do peso de partida e finalmente, 3) a relação observada entre a personalidade e os subtipos de perturbações do comportamento alimentar pode ser imperfeita e imprecisa, com características específicas aumentando a probabilidade de pertencer a uma determinada categoria, sem ditar um curso previsível.

Tomando em consideração todas estas possibilidades, é de salientar que se encontra por esclarecer a direccionalidade da relação entre traços aparentemente estáveis e padrões de sintomas: os bulímicos podem parecer-se uns aos outros em parte porque se tornaram bulímicos, em vez de se tornarem bulímicos porque têm em comum alguns elementos da personalidade.

Em suma, as perturbações do comportamento alimentar devem ser entendidas como doenças que reflectem a confluência entre a psicologia individual, os determinantes biológicos, as dinâmicas familiares e os factores sócio-culturais. Estas doenças são o exemplo da necessidade de um novo paradigma na leitura psicológica e consequentemente uma nova abordagem na prevenção e no tratamento. Tornar-se-ia uma leitura a vários níveis de análise, tais como a psicopatologia, os padrões alimentares, as cognições, as dificuldades interpessoais e familiares.

Sem nunca esquecer, que o entendimento, a interpretação e a compreensão dos comportamentos e atitudes disfuncionais perante o corpo e a alimentação, só farão sentido numa perspectiva multidimensional, cada um destes factores por si só, é necessário, mas não suficiente.

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2001). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. R) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beaumont, P. (1995). The Clinical Presentation of Anorexia and Bulimia Nervosa. In: Brownell K. and Fairburn C. (Eds) *Eating disorders and obesity*. New York, Guilford Press, Pp. 151-158.
- Bernaudo, J. (2000). *Métodos de Avaliação da Personalidade*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bollen, E., & Wojciechowski, F. (2004). Anorexia Nervosa Subtypes and The Big Five Personality Factors. *European Eating Disorders Review*, 12, 117-121.
- Botelho T. (1999). Personalidade Materna e Prematuridade. Dissertação de mestrado. Lisboa: Ispa.
- Botelho T. (2006). Personalidade e Saúde: Uma Década (Re)visada. In I. Leal, *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Bruch, H. (1978). *The Golden Cage. The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bulik, A. (1998). Heritability of binge eating and broadly defined bulimia nervosa. *Biology Psychiatry*,

44, 122-128.

Carmo, I., Reis, P., Varandas, P., Bouça, D., Padre-Santo, D., Neves, A. et al. (1996). Prevalence of Anorexia Nervosa: a Portuguese population study. *European Eating Disorders Review*, 4, 157-170.

Carmo, I., Reis, P., Varandas, P., Bouça, D., Padre-Santo, D., Neves A. et al. (1999). Epidemiologia da anorexia nervosa: Prevalência da anorexia nervosa em adolescentes do sexo feminino nos distritos de Lisboa e Setúbal. *Acta Médica Portuguesa*, 12, 301-316.

Cassin, S. E., Rassin, K. M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25, 895-916. Cook, M. (1984). *Levels of Personality*. London: Rinehart and Wain Ltd.

Costa, P. & Widiger, T. (1994). *Introduction: Personality disorders and the five-factor model of personality*. APA.

DaCosta & Halmi (1992). Classifications of anorexia nervosa: Question of subtypes. *Internacional Journal of eating disorders*, 11, 305-313.

Digman J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the Five-Factor Model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417-440.

Garner, D. & Garfinkel P. (1997). *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. Second Edition. (2 nd ed) New York: Guilford Press.

Ghaderi, A. & Scott, B. (2000). The big five and eating disorders: A prospective study in the general population. *European Journal of Personality*, 14, 311-323.

Hall, C. S., & Lindsey, G. (1984). *Teorias da personalidade*. (Ed. Port.). São Paulo: EPU.

Halmi, K. (1994). A multimodal model for understanding and treating eating disorders. *Journal of Health*, 3 (6), 487-493.

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

Heaven, P. C. L., Mulligan, K., Merrilees, R., Woods, T., & Fairouz, Y. (2001). Neuroticism and Conscientiousness as predictors of emotional, external en restrained eating behaviours. *Internacional Journal of Eating Disorders*, 30, 161-166.

Kaye W. H., Ebert M. H, Raleigh, M. et al. (1984). Abnormalities in CNS monoamine metabolism in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 41, 350-355.

Krantz, D. S. & Hedges, S. M. (1987). Some cautions for research on personality and health. *Journal of Personality*, 55 (2), 351-357.

Lemos-Giraldez, S., & Fidalgo-Aliste, A. M. (1997). Personality dispositions and health-related habits and attitudes: a cross-sectional study. *European Journal of Personality*, 11 (3), 197-209.

Lilenfeld, L. Kaye, & W. Grecco, C. (1997). Psychiatric disorders in women with bulimia nervosa and their first-degree relatives: effects of comorbidity substance dependence. *Internacional Journal of Eating Disorders*, 22, 253-266.

Lima, M. (1997). NEO-PI-R: *Contextos Teóricos e Psicométricos: "OCEAN" ou "iceberg"?* Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B. & Schutte, N. S. (2004). The relationship between the five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders: a meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27 (2), 101-114.

McAdams D. P. (1995). What do we know when we know a person? *Journal of Personality*, 63 (3), 365-393.

McCrae, R. & Costa, P. (1992). An introduction to the five factor model and its applications, special issue "The five factor model: issues and applications". *Journal of Personality*, 60, (2), 175-210.

McCrae, R. & Costa, P. (1995). Trait explanations in personality psychology. *European Journal of Personality*, 9, 231-252.

- Miller, J. L., Schmidt, L. A., Vaillancourt, T., McDougall, P., & Laliberte, M. (2006). Neuroticism and introversion: A risky combination for disordered eating among a non-clinical sample of undergraduate women. *Eating Behaviors*, 7, 69-78.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in context*. USA. Harvard University Press.
- Moreno, C., & Bonfim, T. (2004). A Imagem Corporal e pós cirúrgica em pacientes com obesidade mórbida. *Actas do 5.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* 573-579. Lisboa: Ispa.
- Moura, E. (1947). *Anorexia Mental*. Coimbra: Acta Universitatis Conimbrigensis (reedição) 2005.
- O'Kearney, R. (1996). Attachment disruption in anorexia and bulimia nervosa: a review of theory and empirical research. *Internacional Journal of Eating Disorders*, 20 (2), 115-127.
- Pervin, L. A. (1993). Affect and Personality. In M. Lewis & J. M. Haviland (Eds), *Handbook of Emotions* (pp. 301-311). New York: The Guilford Press.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rooney B, McClelland L, Crisp A. & Sedgwick, P. (1995). The incidence of Anorexia Nervosa in three suburban Health Districts in South West London. *Internacional Journal of Eating Disorders*, 18, 299-307.
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.
- Sampaio, D. (1999). *Vivemos livres numa prisão*. Lisboa: Caminho.
- Selvini, P. (1978). *Self starvation. From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York: Jasson Aronson.
- Selvini, P. (1999). *Muchachas anoréticas e bulímicas*. Barcelona: Paidós.
- Simões, A. & Lima, M. P. (2000). A teoria dos cinco factores: Uma proposta inovadora ou apenas uma boa arrumação do caleidoscópio personológico? *Análise Psicológica*, 2, 171-179.
- Smith, T. & Williams, P. (1992). Personality and Health: advantages and limitations of the five-factor model. *Journal of Personality*, 60 (2), 359-416.
- Strober, M. (1991). Family-genetic studies of eating disorders. *Journal Clinical Psychiatry*, 52, 9-12.
- Suls, J. & Rittenhouse J. (1987). Personality and physical health: An introduction. *Journal of Personality*, 55, (5), 155-167.
- Treasure J. (1995). *The essencial of post psychiatry*, 3. ed. Cambridges: Cambridge: University Press.
- Vervaet, M., Heeringen, C., & Audenaert, K. (2004). Is Drive for thinness in anorectic patients associated with personality characteristics? *European Eating Disorders Review*, 12, 375-379.
- Vitousek, K., & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (1), 137-147.
- Wade T. (1999). The structure of genetic and environmental risks factors for three measures of disorders eating. *Psychological Medicine*, 29, 925-934.
- Ward, A., Ramsay, R., & Treasure, J. (2000). Attachment research in eating disorders. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 35-51.
- Whitaker, A. H. (1992). An epidemiological study of anorectic and bulimic symptoms in adolescent girls: Implications for pediatricians. *Pediatric Annals*, 21, 752-759.
- Woodside, D., & Fied, L. (1998). Specificity of eating disorders diagnoses in families of probands with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 261-264.



## CAPÍTULO 4

### SUPOORTE SOCIAL

MIRLENE MARIA MATIAS SIQUEIRA  
VALQUÍRIA APARECIDA ROSSI PADOVAM  
*Universidade Metodista de São Paulo – Brasil*

Desde que a Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization*, 1948) apresentou a definição de saúde embasada em uma visão biopsicossocial, existe uma tendência crescente no campo da medicina para tratar os pacientes como seres sociais que vivem em um contexto complexo. Essa visão social dos pacientes apóia-se em diversas concepções acerca das relações entre saúde, doença e vida social, tais como: pessoas bem integradas em suas comunidades tendem a viver mais e também desenvolvem uma incrível capacidade de recuperar-se quando adoecem; de modo inverso, isolamento social torna-se um fator de risco para a saúde; os cuidados que se destinam a um paciente não deveriam visar apenas ao tratamento de sintomas de doenças, mas, especialmente, reintegrá-lo à sociedade (McDowell & Newell, 1996).

Sustentada por essas concepções, aparece, na década de 70 do século passado, a noção de saúde social entendida como "...aquela dimensão do bem-estar individual que representa o quanto ele convive com outras pessoas, como os outros reagem a ele e como ele interage com instituições sociais" (Russell, 1973, p. 75). Nessa mesma linha de raciocínio, indivíduos socialmente saudáveis seriam mais hábeis e teriam mais sucesso para lidar com os desafios que se lhes apresentam diariamente no convívio social; viveriam em famílias mais estáveis, integradas e coesas; participariam mais de atividades na comunidade e conformar-se-iam com mais facilidade às normas sociais. A partir dessa compreensão, diversos conceitos foram utilizados para representar o indivíduo socialmente saudável, entre eles

destacando-se suporte social, bem-estar social e integração social.

As pesquisas sobre saúde social deram importância às configurações dos agrupamentos, transformando as redes sociais em um importante fator para compreensão de uma vida saudável. Estudos epidemiológicos demonstraram correlações positivas entre o convívio em redes e saúde. Essas são as fontes das quais emanam suportes sociais para seus integrantes.

Este capítulo traz uma revisão acerca de suporte social. Preliminarmente, será introduzida a concepção de redes sociais, apontados os elementos de sua estrutura e a relevância desse conceito para a pesquisa em saúde social. A seguir, suporte social será abordado, evidenciando-se suas concepções, categorias constitutivas, instrumentos de avaliação, estudos que o relacionam à saúde e, finalmente, o papel de suporte no contexto de trabalho.

## REDES SOCIAIS

As redes sociais têm sido objeto de análise da antropologia, sociologia e psicologia. O conceito de redes foi desenvolvido no âmbito da sociologia antropológica. Sociólogos defendem a noção de que elas têm algum poder sobre o comportamento social das pessoas nelas envolvidas. Sua importância na construção social reside no pressuposto de que preenchem as necessidades individuais, criando, para seus integrantes, inúmeras oportunidades de manter sua identidade social, receber apoio, ajuda material, serviços, informações e novos contatos sociais.

Redes sociais são definidas como uma teia identificada de relações sociais que circunda um indivíduo, bem como as características dessas ligações, compondo-se do conjunto de pessoas com quem alguém mantém contatos sociais. São também compreendidas como um conjunto de pessoas que um indivíduo elege como padrão de identificação e de referência para sua vida; são pessoas que participarão de sua vida e que poderão auxiliá-lo nos momentos em que necessitar; é a soma de todas as relações sociais que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade (Berkman, 1995; Bowling, 1997; Cohen, 2004; Sluzki, 2003).

### *Características das redes sociais*

Para delimitar quais agrupamentos sociais poderiam, ou não, ser apontados como redes sociais, algumas peculiaridades foram elencadas como características estruturais das redes (Sluzki, 2003):

- Tamanho – é o número de indivíduos que compõe a rede social de

uma pessoa.

- Densidade – diz respeito à conexão entre os integrantes da rede social, independente do membro principal.

- Composição – está relacionada à identificação dos membros, se são familiares, amigos ou colegas de trabalho.

- Dispersão – está associada à acessibilidade entre os membros da rede social. Faz-se interessante ressaltar que a *Internet* modificou a forma de contato entre as pessoas, podendo existir, por seu intermédio, um contato freqüente com um amigo distante por meio das correspondências eletrônicas ou teleconferências.

- Homogeneidade ou heterogeneidade – são as características demográficas e socioculturais dos membros da rede social, tais como: idade, sexo, estado civil, região de residência, escolaridade e nível socioeconômico.

### *Os integrantes da rede social*

A partir de seu nascimento, o indivíduo passa a fazer parte de um determinado grupo social: a família. Posteriormente, ele participará de outros grupos como os da escola, de clubes, do trabalho, de igrejas e de partidos políticos entre outros. Em todos esses contextos sociais, o indivíduo estabelecerá relacionamentos com os membros e socializar-se-á com essas pessoas.

O conceito de “comboio social” aparece para delimitar o conjunto de pessoas próximas ao indivíduo e que exercem influência em sua vida. Nesse percurso de interação social, o indivíduo cresce em um determinado grupo e estabelece uma rede de relações sociais, interagindo com as pessoas, sendo capaz de influenciar como também sendo influenciado por aqueles que compõem essa rede. Ele estabelece contatos próximos com alguns de seus integrantes e um contato mais distante com outros. As pessoas que possuem um vínculo mais forte com esse indivíduo exercerão maior influência em sua vida, constituindo-se no “comboio social” (Antonucci & Akiyama, 1994).

As relações com integrantes das redes podem ser classificadas em três categorias (Sluzki, 2003):

- Relações íntimas – são interações com familiares diretos e amigos próximos;

- Relações pessoais – interações com menor grau de compromisso e são chamadas de “amizades sociais”;

- Relações ocasionais – são as mantidas com pessoas da escola ou do trabalho, vizinhos, familiares distantes ou membros de instituições como creches, igrejas ou clubes entre outras.

Também podem fazer parte da rede social pessoas com as quais o

indivíduo não mantém grande intimidade e ou com as quais ele cultiva contatos ocasionais, esporádicos, como o jornalista ou entregador de água. Podem integrá-la pessoas com as quais o indivíduo se relaciona somente em determinadas ocasiões, como companhia para um jantar, um cinema ou um evento social qualquer.

Todo sujeito representará um determinado papel em um grupo social. Com o passar do tempo, ele passa a fazer parte de outros grupos, atuando em diferentes papéis nesses outros grupos. O tipo de vínculo que o indivíduo mantém com os outros componentes de sua rede social determinará o compromisso e a intensidade de cada relação, durabilidade e histórico da amizade: a intensidade diz respeito ao grau de compromisso, de intimidade que ele mantém com as pessoas que formam sua rede social; a frequência diz respeito à constância ou raridade de contatos dele com sua rede social e, finalmente, a história das pessoas, desde quando se conheceram e qual foi a experiência marcante para elas.

### ***Redes sociais e saúde***

Estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos, na Europa e na Ásia mostraram que, geralmente, as relações sociais produzem efeitos positivos sobre a sobrevivência de adultos. Esses resultados tornam-se expressivos visto que os estudos responsáveis por tais achados incluíram, em sua metodologia, o acompanhamento de pessoas no período de dois a 17 anos, os participantes dos estudos variavam de algumas dezenas a 17 mil indivíduos, e a idade das pessoas estudadas ficava entre 18 e 94 anos (Giles, Glonek, Luszcz & Andrews, 2005).

A rede social sensível, estável, ativa e confiável protege a pessoa de doenças, atua como agente de ajuda e acelera processos de cura, aumentando a sobrevivência em casos de doenças graves (Sluzki, 2003). Evidências de que a ruptura de vínculos sociais aumentava a suscetibilidade a doenças diversas, tais como hipertensão arterial, depressão e tuberculose contribuíram para reafirmar a estreita relação entre redes sociais e saúde (Chor, Griep, Lopes & Faerstein, 2001).

Essa linha de pesquisa suscitou maior interesse entre pesquisadores, quando, ao final dos anos 70 do século XX, divulgaram-se resultados de um estudo epidemiológico longitudinal de nove anos, período em que 6.928 adultos residentes na Califórnia foram avaliados em seus relacionamentos sociais e indicadores de saúde. O trabalho revelou que índices mais elevados de integração social (manter o casamento, contatos com amigos e vizinhos e pertencer a organizações sociais e religiosas) estavam inversamente associados à mortalidade (Berkman & Syme, 1979).

Estudos realizados com adultos e idosos de ambos os sexos revelaram que as pessoas que vivem sozinhas, casais sem filhos ou com filhos adultos possuem uma redução das atividades em família, um convívio menor que também propicia um empobrecimento na qualidade de relações sociais. A ocorrência de mortes prematuras entre homens, causada por doenças cardiovasculares, pode ser explicada entre 25% a 35% por falta de integração com redes sociais (Berkman, 1984; Berkman & Syme, 1979; Gore, 1978).

O conceito de integração social foi apresentado pela primeira vez por Durkheim em seu trabalho seminal, de 1957, sobre condições sociais e suicídio, cuja proposta era uma estrutura social estável e normas que servissem para proteger e regular o comportamento das pessoas. Por esse estudo, foi demonstrado que existia uma maior possibilidade de suicídio entre indivíduos socialmente isolados em comparação com aqueles que possuíam integração social, ou seja, uma rede social ampla, acessível e integrada (Cohen, 2004; Sluzki, 2003).

Integração social foi definida como a participação ativa de um indivíduo em relacionamentos sociais, sendo um conceito multidimensional, formado por um elemento comportamental, que significa engajamento em atividades ou relacionamentos sociais e um componente cognitivo, representado por senso de comunidade e identificação com as regras sociais (Brissette, Cohen & Seeman, 2000).

A partir de estudos realizados com adultos idosos, observou-se que integração social pode gerar concreto envolvimento dos sujeitos com vários aspectos de uma coletividade. Integração social pode ser dividida em duas partes: rede de relacionamentos informais (amigos e relativos) e engajamento formal, incluindo-se aqui participações em organizações de trabalho, clubes e outras instituições. Esse envolvimento com a coletividade pode atuar positivamente sobre a pessoa, proporcionando sensação de bem-estar (Berkman, Michael, Colditz & Kawachi, 2001). Como pode ser observado, o conceito de integração social tem uma conotação extremamente próxima ao de redes sociais.

A relação de dependência dos indivíduos para com sua rede social também pode ser determinante para sua saúde mental, ou não, principalmente quando se percebe que algumas pessoas são mais dependentes das redes que outras. Quando isso ocorre, os resultados encontrados apontaram relações negativas com boa saúde mental: indivíduos mais dependentes da rede social teriam menos saúde mental do que aqueles mais independentes. Por outro lado, estudos identificaram a extensão dos benefícios com que os componentes de uma rede social podem desfrutar em termos de saúde e adoção de novos hábitos de vida que proporcionem bem-estar geral

(Berkman et al., 2001; Mutran & Reitzes, 1984).

A partir dos anos 80 do século XX, estudiosos passaram a investigar, com maior ênfase, o relacionamento entre ambiente social e saúde, procurando identificar tipos de relacionamentos benéficos a ela, analisar como as experiências nas relações sociais produziam impactos na saúde e, finalmente, como seria possível intervir no ambiente social para promover e protegê-la. Desde então, suporte social tornou-se um conceito chave na teoria e na pesquisa sobre saúde social.

### SUPORTE SOCIAL

Os estudos pioneiros sobre suporte social datam da década de 70 do século passado. Cobb (1976) e Cassel (1976) foram os primeiros pesquisadores a sugerirem a relação entre laços sociais e saúde. Desde então, estudiosos de diversas áreas de conhecimento, como a antropologia, epidemiologia, gerontologia, sociologia e psicologia, além de outras, interessaram-se por estudar suporte social e sua influência sobre a saúde.

Existem diferentes definições de suporte social na literatura. Consoante uma visão sociológica, dois elementos são importantes na sua composição: aprovação social e atração pessoal. A aprovação de outros auxilia o indivíduo a confirmar seus julgamentos, a justificar sua conduta e a validar suas crenças. Entretanto, embora seja possível manter convicções contrárias à opinião pública, para sustentá-las perante outras pessoas, é necessário receber apoio social. No que se refere à atração pessoal, o ser humano tem prazer ao fazer coisas para as pessoas que ama, realizando, muitas vezes, sacrifícios por elas. Os retornos advindos dessas ofertas fortalecem o prazer de presentear e dão à ação uma conotação intrinsecamente prazerosa. Assim, tanto a aprovação social quanto a atração pessoal auxiliam o indivíduo a formatar suas opiniões e julgamentos, bem como fortalecem seus valores e a concepção de si mesmo (Blau, 1964).

Na visão psicológica, as informações que permitem ao indivíduo processar mentalmente sua cognição de suporte social estão organizadas em três classes de crenças: as de que é amado e que existem pessoas preocupadas com ele; as de que é apreciado e valorizado e, finalmente, as de que pertence a uma rede social (Cobb, 1976). Portanto, suporte social constituiu-se em um conceito psicológico de natureza cognitivista, visto que engloba uma articulação de três classes de crenças.

Na década de 80, Thoits (1982) acrescentou àquelas defendidas por Cobb (1976) a ajuda instrumental, sugerindo que suporte social poderia articular não só crenças sobre acessibilidade a recursos afetivos (ser amado, cuidado, apreciado e valorizado) e sobre pertencimento a redes sociais, bem

como as de que nessas redes estariam disponibilizados recursos mais tangíveis e práticos (instrumentais). A partir de então, as definições de suporte social no campo da psicologia passaram a ser orientadas pela tipologia de suporte disponibilizado pelas redes sociais.

### ***Dimensões de suporte social***

Suporte social é constituído de três dimensões, as quais representam os tipos de recursos disponibilizados ao indivíduo por sua rede social: suporte emocional, instrumental (ou estrutural) e de informação (Rodriguez & Cohen, 1998). Não existe um consenso entre os pesquisadores quanto às dimensões de suporte social, mas vários teóricos apontam o suporte emocional como uma das suas principais dimensões, seguida pela instrumental ou estrutural.

Os recursos disponibilizados pela rede social e categorizados em três tipos ou dimensões (emocional, instrumental e de informação) constituem, na realidade, duas categorias de suporte: uma de cunho eminentemente afetivo, o suporte emocional, porque se origina em ações que demonstram afeição, carinho e amor por parte de alguém a outrem durante relações sociais, enquanto as outras duas dimensões, instrumental e informacional, reúnem doações com caráter utilitário, objetivo e claramente delimitado. Assim sendo, existiriam apenas duas dimensões de suporte social: uma, de natureza emocional, que leva o indivíduo a acreditar que é possível encontrar, entre as pessoas de sua rede social, alento para reagir e superar os possíveis transtornos no âmbito afetivo, ou para dividir e compartilhar as alegrias advindas de suas realizações, conquistas e sucessos pessoais. Outra, que representa segurança e tranquilidade para o indivíduo por acreditar que existam, entre os integrantes de sua rede social, pessoas com disposição para suprir alguma necessidade de ordem prática (Siqueira, 2008).

### ***Suporte emocional***

O suporte recebido de pessoas com as quais mantemos fortes e significativos vínculos de amizade, pessoas nas quais confiamos e com quem podemos contar quando precisamos de alguém que nos ouça e nos apoie, foi denominado de suporte social emocional. Refere-se às coisas que as pessoas possam fazer ou falar em relação ao outro, fazendo com que ele se perceba respeitado, amado e cuidado, sinta que alguém se preocupa com ele e que é capaz de dar-lhe *feedback* positivo e manifestar empatia para com ele (Adam, King & King, 1996; Helgeson & Cohen, 1996; Seeman, 1998).

Suporte emocional envolve a comunicação verbal, ou não verbal, de preocupações de um indivíduo para com o outro, como ouvir seus proble-

mas em horas difíceis, por exemplo. Esse tipo de suporte pode ser recebido por amigos íntimos, parentes ou colegas de trabalho. Tanto estes quanto aqueles, normalmente, são pessoas escolhidas pelo indivíduo para fazerem parte de sua rede social e atuarem como fornecedores de suporte emocional (Berkman, 1995; Cohen & Hoberman, 1983).

Suporte emocional significa estar presente, confortar, dar segurança e atenção em uma situação delicada pela qual um indivíduo esteja passando. Ele pode auxiliar na recuperação da auto-estima da pessoa ou, ainda, reduzir sentimentos pessoais de inadequação e reforçar sua dignidade. Suporte emocional permite a redução do estresse, podendo também conduzir ao aperfeiçoamento das relações interpessoais, dando propósito e significado às experiências da vida. Índícios de diminuição dos riscos de depressão e estresse foram encontrados em pessoas que gozam de altos níveis de suporte emocional (Helgeson & Cohen, 1996; Ribeiro, 1999; Seeman, 1998).

É crescente o consenso entre os teóricos que o primeiro tipo de suporte advindo de contextos de trabalho e de outros contextos sociais que o indivíduo freqüente é o suporte emocional, seguido pelo suporte instrumental. Essa assistência é oferecida primeiramente pela família, pois os familiares têm a oportunidade de oferecer não só o suporte emocional como também o instrumental antes das outras pessoas que participarão da sua rede social. Interessante ressaltar que suporte social proveniente da família é estudado em menor escala que o suporte social proveniente dos colegas de trabalho (Seeman, 1998).

### ***Suporte instrumental***

Suporte instrumental ou estrutural está relacionado aos vários tipos de auxílios tangíveis que um indivíduo possa receber de outra pessoa, disponibilizado por meio de sua rede social ou por instituições (Rodriguez & Cohen, 1998; Seeman, 1998).

Ele diz respeito aos recursos materiais que uma pessoa necessita para superar uma dificuldade dessa natureza, como, por exemplo, caso ela precise de alguém que vá buscá-la tarde da noite no aeroporto ou precise de dinheiro emprestado. Essa pessoa poderá levá-la até o local que precisa ou emprestar-lhe o dinheiro necessário.

### ***Suporte informacional***

Suporte informacional representa a terceira dimensão de suporte social, mas, muitas vezes, acaba por ser incluído na categoria de suporte instrumental. Diz respeito às informações disponibilizadas pela rede social de um indivíduo que sejam importantes para ele, as quais podem estar relacionadas a um amplo leque de necessidades, tais como saúde, trabalho, lazer e relações



sociais entre outras (Rodriguez & Cohen, 1998).

### ***Medidas de suporte social***

Um desafio que se seguiu ao reconhecimento, ocorrido nos anos 70 do século XX, do importante papel de suporte social para a saúde foi o desenvolvimento de medidas para avaliá-lo. Embora pareçam claros e facilmente aceitáveis os efeitos benéficos de suporte social sobre o bem-estar e a saúde dos indivíduos, nem sempre isso acontece (Antonucci, 1985).

As dificuldades de se encontrar resultados consensuais acerca dos efeitos benéficos de suporte social sobre a saúde advêm das diferentes concepções do conceito que sustentam suas medidas. As medidas de suporte social podem ser classificadas em três categorias (Krause, Liang & Yatomi, 1989):

- as que avaliam o número de contatos sociais mantidos pelas pessoas;
- as que identificam os tipos específicos de suporte social que são oferecidos aos indivíduos e
- as medidas que avaliam as necessidades de suporte social, aferindo o grau de satisfação com o suporte social recebido.

Enquanto as medidas que avaliam números de contatos sociais estão estreitamente associadas às características estruturais de redes (tamanho, dispersão geográfica, densidade, integração) ou à frequência e natureza dos contatos dentro das redes (reciprocidade, intimidade, participação social), o segundo grupo, que avalia tipos de suporte social, enfatiza algumas variações na tipologia de suporte social (emocional, instrumental, informacional, interações sociais positivas e socialização), e o terceiro grupo focaliza o grau de satisfação com que o indivíduo percebe o tipo de suporte ofertado ou o grau de satisfação com alguns elementos integrantes de suas redes ao lhe ofertarem suporte.

Os estudos iniciais sobre suporte social focalizaram-no como uma variável situacional, compreendido como um elemento constituinte do ambiente social. Posteriormente, os estudiosos conceberam-no como uma variável individual, conferindo ao suporte social um lugar entre as características de um indivíduo. Nessa perspectiva, pode-se reconhecer o porquê de serem as primeiras medidas de suporte social voltadas para a estrutura e funcionamento das redes, enquanto que as mais recentes avaliam dimensões individuais, tais como percepções de tipologias e de satisfações com o suporte social.

Alguns autores defendem a idéia de que as medidas de suporte social apresentam, geralmente, duas grandes categorias: a qualitativa e a quantitativa. A primeira categoria estaria focada essencialmente no suporte

emocional, e a segunda, nos suportes estrutural e de informação (Wills, 1985; Seeman, 1998)

Estudiosos já realizaram revisões dos estudos que abordam medidas de suporte social disponíveis na literatura. Reconhece-se que a primeira escala que cobriu aspectos de suporte social foi a Berle Index, publicada em 1952. As conclusões desses estudos informam que existia uma preferência por medidas constituídas por apenas um item, existia uma variedade de concepções de suporte social, sustentando a elaboração e a operacionalização das medidas e que a maioria delas, disponível na literatura, carecia de dados sobre sua validade e precisão (Bowling, 1997; McDowell & Newell, 1996; Payne & Graham-Jones, 1987).

No Brasil, já existem medidas que abarcam o conceito de suporte social. Tamayo, Pinheiro, Tróccoli e Paz (2000) desenvolveram e validaram, por meio de análises fatoriais, a Escala de Suporte Organizacional Percebido (Esop), composta de seis fatores com índices de precisão (alfas de Cronbach), variando de 0,75 a 0,92.

De acordo com Gomide Jr., Guimarães e Damásio (2004), suporte social no trabalho refere-se à crença global do empregado de que a organização empregadora oferece os três tipos de suporte social: emocional, instrumental (ou também chamado material) e informacional, necessários à execução dos serviços. Esses autores construíram e validaram, aplicando análises fatoriais, a Escala de Percepção de Suporte Social no Trabalho (EPSST), cujos três fatores teoricamente propostos mostraram-se consistentes e precisos, com índices de precisão (alfas de Cronbach) entre 0,72 e 0,85.

Siqueira (2008) desenvolveu e validou a Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS) composta de 29 itens que se organizaram para formar dois fatores. O fator 1, denominado suporte prático, contém 19 tópicos referentes a apoios de conteúdo instrumental e informacional, com índice de precisão (alfa de Cronbach) de 0,91. O fator 2 (suporte emocional) é constituído por dez frases sobre ajudas de ordem afetiva, com índice de precisão (alfa de Cronbach) de 0,92. Esse modelo de dois fatores revelou que o primeiro agregava duas dimensões teóricas de suporte social – instrumental e informacional, tendo, os dois fatores, apresentado correlação negativa elevada ( $r = -0,75$ ).

O desenvolvimento de medidas para aferir níveis de suporte social percebido permitiu o avanço da pesquisa tanto no exterior quanto no Brasil. Os estudos revelaram diversos efeitos positivos de suporte social sobre indicadores de saúde, como será evidenciado nos estudos que se seguem.

### *Suporte social e saúde*

Desde a década de 70, quando Cobb (1976) apresentou evidências do papel protetor de suporte social sobre a saúde por agir facilitando a adaptação em situações de crises emocionais, diversos estudos foram desenvolvidos para analisar sua influência sobre ajustamento psicológico em indivíduos com diferentes enfermidades, tais como: doenças cardíacas (Coelho & Ribeiro, 2000), estresse (Cohen, 1988) e câncer (Nicola, 2005).

Resultados de estudos também sugerem que pessoas insatisfeitas com a quantidade de suporte social que recebem de sua rede social poderão sofrer de desordens psicológicas (Krause, Liang & Yatomi, 1989). Além disso, existem evidências de que um indivíduo com distúrbios emocionais pode estar menos satisfeito com seu sistema de suporte social que as pessoas que gozam de melhor saúde mental (Arling, 1987; Dohrenwend, Dohrenwend, Dodson & Shrout, 1984).

As interações sociais envolvendo pessoas idosas parecem ser fortemente regidas pela norma de reciprocidade social, com a perspectiva de que quem recebe nesse momento pode, no futuro, dar assistência à mesma pessoa que o ajudou antes. Muitas pessoas idosas demonstram estar menos satisfeitas com suporte social, porque acreditam ter doado mais que recebem atualmente. Adultos não satisfeitos com o suporte social que recebem são mais propensos a sofrer de estresse que idosos que se sentem mais satisfeitos com o suporte social que recebem. É necessário considerar que pessoas sob estresse podem perceber menos suporte social por causa dos problemas sociais criados pela deterioração da condição mental (Henderson, 1984; Lee, 1985; Krause, 1987).

Existem duas situações que demonstram o lado negativo de suporte social. A primeira refere-se às interações que lembram conflitos ou sentimentos negativos como raiva. A segunda situação acontece quando cada contato que gera apoio da rede implica obrigações decorrentes do recebimento do suporte social (Rook, 1984).

Ele aparece como um conceito central no campo da psicologia da saúde, além de ser considerado um mediador entre eventos estressores e saúde. Um estudo realizado com 636 adultos empregados em várias ocupações encontrou que o suporte social exerce efeito benéfico sobre o bemestar e funciona como uma espécie de amortecedor de estressores relacionados ao trabalho, como insatisfação e tédio. Os três tipos de suporte social (emocional, estrutural e de informação) recebidos por parte dos amigos, familiares e colegas de trabalho atenuavam os efeitos estressores de trabalho na amostra pesquisada (Rodriguez & Cohen, 1998).

Existem três modelos básicos de suporte social que inspiraram os pesquisadores a investigarem seus efeitos sobre a saúde face aos eventos

estressores (Rodriguez & Cohen, 1998):

- **modelo de efeito direto** em que se supõe a capacidade de suporte social fortalecer o bem-estar independentemente de exposição a fatores estressores;

- **modelo de proteção ao estresse**, por meio do qual o suporte social atua como um amortecedor dos efeitos danosos de eventos estressores sobre a saúde e bem-estar, admitindo-se a possibilidade de seus efeitos benéficos somente quando os indivíduos estão submetidos ao estresse;

- **modelo de estressores-recursos conjugados**, segundo o qual os efeitos protetores de suporte social contra o estresse ocorreriam na medida em que o indivíduo percebesse os recursos de suporte disponíveis como ajustados às suas necessidades produzidas pelo evento estressor.

Suporte social vem ganhando espaço nas investigações nos últimos 30 anos na área da saúde, revelando-se um tema que permite ampliar o foco de compreensão da vida saudável, na medida em que abarca diversas relações e redes sociais positivas, como as que se articulam no seio da família, nas interações de amizade, nas ligações amorosas, na vida em comunidade ou no ambiente de trabalho. Estudiosos de diversas áreas de conhecimento, tais como psicologia, sociologia, epidemiologia, medicina, biomedicina e ciências sociais, continuam a investigar os meios pelos quais o suporte social influencia a saúde e o bem-estar. Entretanto ainda não se tem clareza sobre quais são as características e as funções mais importantes desse suporte para melhorar a saúde e o bem-estar, bem como ainda não se sabe por meio de quais mecanismos ele opera.

O suporte social pode ser oferecido não somente por pessoas, mas também por entidades. As organizações de trabalho são importantes fontes de suporte para os trabalhadores. O suporte organizacional, assunto a ser tratado a seguir, pode ser apontado como um fator de proteção e promoção da saúde e do bem-estar do trabalhador.

### ***Percepção de suporte organizacional***

Organizações preocupadas em proporcionar condições favoráveis de trabalho aos seus empregados buscaram soluções no sentido de melhorar seu ambiente. Algumas adotaram medidas com o fim de aliviar o meio organizacional de agentes estressores e desenvolveram programas de promoção e proteção de saúde. O objetivo dessas ações é fazer com que o empregado sinta-se amparado pela empresa e, conseqüentemente, goze de melhor saúde física e psíquica (Cooper & Cartwright, 1994; Weyman, 1997).

As relações entre empregado e empregador ganharam novas nuances nos últimos anos, justamente em função das mudanças ocorridas nos cená-

rios do mercado e economia globalizados. Há algumas décadas, o empregado era tratado com base em sua capacidade de produção, não recebendo, por parte da empresa, tratamento e/ou recompensas justas. Por outro lado, empregados que percebem estar amparados pela organização revelam humor positivo e são mais satisfeitos no trabalho. Os resultados da percepção de suporte organizacional tendem a ser mais positivos, quando os empregados acreditam que as ações de apoio da organização são espontâneas e não resultados de imposições do sindicato (Rhoades & Eisenberger, 2002).

Percepção de suporte organizacional é definido como "... as crenças globais desenvolvidas pelo empregado sobre a extensão em que a organização valoriza as suas contribuições e cuida do seu bem-estar" (Eisenberger, Huntington, Hutchison & Sowa, 1986, p. 501). Conforme esses autores, as instituições costumam valorizar empregados que demonstram comprometimento, envolvimento, dedicação e lealdade para com o trabalho e para com ela. Os empregados, por sua vez, buscam organizações para trabalhar, que lhes proporcionem bom ambiente, atribuições de acordo com suas competências, reconhecimento pelo serviço prestado e lideranças capacitadas.

Da mesma forma que a empresa espera comprometimento e envolvimento dos empregados para atingir suas metas, esses também almejam o mesmo comprometimento da empresa para com eles, para que também consigam atingir suas metas pessoais. A partir desse intercâmbio de expectativas, fica estabelecida uma relação de troca entre ambos (Casper, Martin, Buffardi & Erdwins, 2002).

Após revisão de 70 estudos, pesquisadores identificaram os seguintes fatores capazes de levar o empregado a perceber o suporte organizacional: procedimentos organizacionais adequados, suporte da supervisão, recompensas favoráveis e condições de trabalho adequadas. Como variáveis conseqüentes à oferta de suporte por parte da empresa, apontaram: comprometimento organizacional afetivo, crescimento do desempenho e redução de intenção de saída da organização (Eisenberger et al., 2002).

Os indivíduos manifestam menor intenção de deixar a organização, sentem-se na obrigação de cuidar dela e apresentam melhor desempenho quando acreditam que suas necessidades socioemocionais estão sendo preenchidas pela organização. Em pesquisa realizada, identificou-se que a percepção de suporte organizacional está associada a importantes categorias apontadas como fundamentais nas relações empregado e empregador. São elas: tratamento justo, suporte da supervisão, recompensas e condições favoráveis de trabalho. O empregado torna-se mais suscetível para se comprometer com um empregador percebido como justo no reconhecimento de suas contribuições e preocupado com o bem-estar de seus funcionários. A percepção de suporte

organizacional oferece condições aos trabalhadores de identificar a organização como fonte de tratamento favorável ou desfavorável aos empregados (Rhoades & Eisenberger, 2002).

A insatisfação no local de trabalho é capaz de influenciar o bem-estar e a saúde dos indivíduos em outros contextos sociais da vida, como o familiar. Estudo sobre os impactos de duas vertentes denominadas “trabalho interferindo na família” e “família interferindo no trabalho” sobre o comprometimento organizacional de trabalhadoras identificaram que a percepção de suporte organizacional exerce efeito moderador sobre ambas as variáveis. Os resultados do estudo revelaram que toda trabalhadora da amostra mantém uma relação positiva com a organização porque percebe suporte dela. Na mesma pesquisa, foram identificados indícios de que algumas ações das organizações podem funcionar como redutoras de estresse em mães trabalhadoras, tais como: mostrar-se compreensiva em relação aos problemas familiares de seus empregados e ter, como consequência, um maior apego emocional à organização (comprometimento organizacional afetivo) por parte das trabalhadoras e um alto senso de sacrifício, no caso de terem que deixar esse ambiente de suporte. Organizações percebidas como oferecedoras de suporte aos seus colaboradores possuem vantagem competitiva em relação às empresas que não o fazem (Casper, Martin, Buffardi & Erdwins, 2002).

Estudiosos das relações entre organizações e vida pessoal verificaram que: quando o trabalho interfere negativamente na vida familiar, ele se torna desencadeador de insatisfação com o próprio trabalho. Os indivíduos tendem a apontar em seus relatos um maior índice de serviço interferindo na vida familiar que o contrário. Essa interferência pode estar associada a consequências negativas para a saúde e o bem-estar e causar-lhes insatisfação com o trabalho, com a vida e tensão psicológica (Allen, Herst, Bruck & Sutton, 2000; Ferber, O’Farrel & Allen, 1991; Gignac, Kelloway & Gottlieb, 1996; Kossek & Ozeki, 1998).

São recentes a preocupação e o envolvimento das organizações com assuntos que fazem parte de outros domínios da vida dos empregados, como, por exemplo, relação familiar (Danna & Griffin, 1999). Empresas que possuem políticas de trabalho solidárias às causas familiares tendem a possuírem empregados mais comprometidos afetivamente consigo que aquelas que não possuem esse tipo de política (Groover & Crooker, 1995).

Em 1999, conforme dados fornecidos pela *U. S. Postal Service Commission on a Safe and Secure Workplace* (2000), um em cada 20 trabalhadores americanos era atacado fisicamente; um em cada seis era assediado sexualmente; e um em cada três era verbalmente abusado. Uma das consequências mais

graves de um local de trabalho violento é o homicídio, indicado como a segunda causa de morte nesses lugares (Bureau of Labor Statistics, 1995).

Existem evidências científicas acerca dos efeitos amortecedores de dois tipos de suporte ofertados no ambiente organizacional – instrumental e informacional – sobre as relações entre um local de trabalho agressivo e violento e as conseqüências para o trabalhador e para a organização. Violência nesse ambiente pode ser entendida como agressões físicas ou verbais, utilizando palavrões ou gritos, assédio sexual ou moral, agressão psicológica entre outros. Um ambiente laboral violento é uma séria preocupação para os profissionais de saúde ocupacional e um dos assuntos que tem recebido ampla atenção por parte dos empregadores, pesquisadores e membros do governo. As agressões, como acrescentam os estudiosos, além de acarretarem sérios problemas para os indivíduos, como decréscimo de seu bem-estar emocional e problemas de saúde, ainda diminuem os índices de comprometimento afetivo com a organização, reduzindo também o bem-estar dos empregados no ambiente de trabalho.

Diante desses resultados de pesquisa, torna-se imprescindível que as organizações acompanhem a dinâmica interna e estejam atentas para esses comportamentos negativos. Com esse objetivo, foram pesquisados 225 trabalhadores de organizações do segmento de prestação de serviços de saúde. Como resultado do estudo, o suporte organizacional mostrou-se moderador dos efeitos de violência física e agressão psicológica sobre bem-estar emocional e doenças somáticas dos trabalhadores, mas não se mostrou moderador sobre o medo desses que imaginavam, no futuro, trabalhar em um local violento. Organizações que observam e interferem nessas ações são tidas como provedoras de suporte organizacional (Schat & Kelloway, 2003).

O suporte social no contexto de trabalho foi identificado como uma importante variável correlacionada aos aspectos de trabalho. Em pesquisa realizada com 211 agentes de tráfego (sendo 92 homens e 119 mulheres), foram incluídas variáveis subjetivas como *burnout* e satisfação na atividade. O suporte social mostrou-se negativamente associado a *burnout* e positivamente à satisfação com a atividade; o apoio recebido do supervisor apareceu relacionado positivamente à satisfação no trabalho e à produtividade (Baruch-Feldman, Brondolo, Bem-Dayana & Schwartz, 2002).

Assim como o suporte social, o suporte organizacional está positivamente associado à saúde do trabalhador e às suas atitudes e aos comportamentos e pode ser apontado como um antecedente de bem-estar, pois há evidências dos efeitos benéficos de suporte social organizacional sobre vários aspectos de saúde física, psíquica e satisfação no trabalho (Schat &

Kelloway, 2003; Beehr, 1995; Cohen & Wills, 1985).

A percepção de suporte organizacional faz crescer o comprometimento, a lealdade e o desempenho dos empregados. Essa percepção pode ser apontada como um aspecto psicossocial capaz de prever as dimensões de bem-estar no trabalho, pois, a partir do momento no qual os trabalhadores percebem o suporte da organização, são capazes de desenvolver vínculos afetivos positivos com seu serviço e com a organização, tais como satisfação, envolvimento e comprometimento organizacional afetivo (Siqueira, 2003; 2005).

Estudos brasileiros já produziram evidências sobre a capacidade de o suporte social e o organizacional produzirem impactos positivos sobre o bem estar de trabalhadores. Em um estudo recente, foram investigadas as influências de percepção de suporte ofertado no mundo do trabalho e de satisfação com o suporte social sobre o bem-estar subjetivo de trabalhadores em uma amostra de cem empregados da área administrativa de uma empresa que atuava no setor de transporte coletivo. Análises de regressão múltipla *stepwise* revelaram que o bem-estar subjetivo (estado psicológico composto de altos índices de satisfação geral com a vida e por vivência mais freqüente de afetos positivos que de afetos negativos) dos trabalhadores poderia sofrer influências tanto do suporte ofertado no mundo do trabalho (suporte organizacional e suporte do supervisor) quanto do suporte provido por pessoas do seu convívio social, tais como pessoas da família e amigos (Siqueira & Padovam, 2004).

Ao analisar, em uma amostra de 483 trabalhadores, a capacidade de influência de um esquema mental de reciprocidade – esquema composto de percepção de suporte organizacional, percepção de reciprocidade organizacional e comprometimento organizacional normativo – sobre afetividade no trabalho, o qual foi representado por satisfação e comprometimento organizacional afetivo, foi identificado que percepção de suporte organizacional era o componente do esquema mental com maior capacidade de exercer influências sobre afetividade no trabalho (Siqueira, 2005).

Investigação em uma amostra de 200 empregados brasileiros acerca dos impactos produzidos pelo suporte do supervisor e por estilos de liderança sobre bem-estar no trabalho – construto multidimensional que, segundo Siqueira e Padovam (no prelo) é composto de dois vínculos positivos com a atividade (satisfação e envolvimento) e de um vínculo afetivo com a organização (comprometimento organizacional afetivo) – verificou que índices mais elevados de bemestar no serviço dependem mais do suporte oferecido pelos supervisores que dos seus comportamentos como líderes (Meleiro & Siqueira, 2005).



Com o objetivo de analisar a influência de percepções de justiça e de suportes (organizacional e social no trabalho) sobre as três dimensões de bem-estar (satisfação, envolvimento e comprometimento organizacional afetivo), um estudo realizado junto a 419 empregados revelou que as percepções de suporte eram mais poderosas que as percepções de justiça para influenciar diretamente sensações de bem-estar no ambiente organizacional de trabalho (Padovam, 2005).

A percepção de suporte organizacional parece trazer importantes implicações para a vida pessoal e profissional dos indivíduos. Presume-se que as organizações que mantiverem suas políticas alinhadas com as propostas de percepção de suporte organizacional, ofertando aos seus funcionários tratamento justo, apoio das chefias, recompensas organizacionais, condições favoráveis de trabalho e preocupação com o bem-estar dos trabalhadores serão compreendidas por seus colaboradores como um bom local para se trabalhar.

## REFERÊNCIAS

- Adam, G., King, L. A. & King, D. W. (1996). Relationships of job and family involvement, family social support, and work-family conflict with job and life satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, v.81, n.4, pp. 411-420.
- Allen, T. D., Herst, D. E., Bruck, C. S. & Sutton, M. (2000). Consequences associated with work-to-family conflict: a review and agenda for future research. *Journal of Occupational Health Psychology*, v.5, pp.278-308.
- Antonucci, T. C., & Aliyama, H. (1994). Convoys of attachment and social relations in children, adolescents and adults. In: F. Hurrelman & F. Nestmann (eds.), *Social networks and social support in childhood and adolescence* (pp. 37-52). Berlin: Aldine Gruyter.
- Antonucci, T. C. (1985). Personal characteristics, social support and social behavior. In Binstock, R.H.; Shanas, E. (eds.). *Handbook of aging and the social sciences*, (pp.94-128). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Arling, G. (1987). Strain, social support, and distress in old age. *Journal of Gerontology*, v.42, pp. 107-113.
- Baruch-Feldman, C., Brondolo, E., Bem-Dayana, D. & Schwartz, J. (2002). Sources of social support, job satisfaction, and productivity. *Journal of Occupational Health Psychology*, v.7(1), pp. 84-93.
- Beehr, T.A. (1995). *Psychological stress in the workplace*. London: Routledge.
- Berkman, L. F. (1995). The role of social promotion (Special issue: superhighways for disease). *Psychosomatic Medicine*, v. 57(3), pp. 245-254.
- Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance and mortality: A nine year follows up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, v.109(2), pp. 186-204.
- Berkman, L. F., Michael, Y., Colditz, G. A., & Kawachi, I. (2001). Living arrangements, social integration and change in functional health status. *American Journal of Epidemiology*, v. 109, pp. 186-204.
- Berkman, L.F. (1984). Assessing the physical health effects of social networks and social support. *Annual Review os Public Health*, v.5, pp. 413-432.
- Berkman, L. F. (1995). The role of social promotion (Special issue: superhighways for disease). *Psychosomatic Medicine*, v.57(3), pp. 245-254.

- Blau, P. M. (1964). *Exchange and power in social life*. New York: John Wiley & Sons.
- Bowling, A. (1997). *Measuring health: A review of quality of life measurement scales*. Philadelphia: Open University Press.
- Brisette, I., Cohen, S., & Seeman, T. E. (2000). Measuring social integration and social networks. In S. Cohen, L. Underwood & B. Gottlieb (eds.). New York: Oxford University Press.
- BUREAU OF LABOR STATISTICS. (1995). *National census of fatal occupational injuries*. Washington, DC, 1995. Disponível em: <<http://www.bls.gov/>> . Acesso em 28 fev. 2005.
- Casper, W.J., Martin, J., Buffardi, L. & Erdwins, C. (2002). Work-family conflict, perceived organizational support and organizational commitment among employed mothers. *Journal of Occupational Health Psychology*, v.7 (2), pp.99-108.
- Cassel, J. C. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, v.104, pp. 107-123.
- Chor, D., Griep, R. H., Lopes, C. S., & Faerstein, E. (2001). Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17(4), pp. 887-896.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, v. 38, pp. 300-314.
- Coelho, M. & Ribeiro, J.L. (2000). Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjetiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Psicologia, Saúde e Doenças*, v. 1 (1), pp. 79-87.
- Cohen, S. (1988). Psychological models of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, v.7, pp. 269-297.
- Cohen, S. (2004). Social relations and health. *American Psychologist*, v.59, pp. 676-684.
- Cohen, S. & Hoberman, H. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, v.13, pp. 99-125.
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, v.98, pp. 310-357.
- Cooper, C. L. & Cartwright, S. (1994). Healthy mind; healthy organizations – a proactive approach to occupational stress. *Human Relations*, v.47, pp. 455-471.
- Dohrenwend, B. S., Dohrenwend, B.P., Dodson, M. & Shrout, P.E. (1984). Symptoms, hassles, social support, and life events: problem of confounding measures. *Journal of Abnormal Psychology*, v.93, pp. 222-230.
- Eisenberger, R.; Huntington, R.; Hutchinson, S. & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, v.71, pp.500-507.
- Eisenberger, R. & Rhoades, L. (2002). Perceived organizational support: a review of the literature. *Journal of Applied Psychology*, v.87(4), pp. 698-714.
- Ferber, M.A., O'Farrell, B. & Allen, L.R. (eds.). (1991). *Work and family: policies for a changing workforce*. Washington, DC: Academy Press.
- Gignac, M.A., Kelloway, E. K. & Gottlieb, B. H. (1996). The impact of caregiving employment: a mediational model of work-family conflict. *Canadian Journal on Aging*, v.15, pp. 525-542.
- Giles, L.C., Glonek, G. F. V., Luszcz, M. A. & Andrews, G. R. (2005). Effect of social networks on 10 year survival in very old Australians: the Australian longitudinal study of aging. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 59, pp. 574-579.
- Gomide Jr, S., Guimarães, L. C., & Damásio, L. F. Q. (2004). *Construção e validação de um instrumento de medida de percepção de suporte social no trabalho*. Trabalho apresentado no II Seminário de Pesquisa do Grupo Interinstitucional de Pesquisa em Bem-Estar, Suporte Social e Trabalho, Uberlândia, Brasil.
- Gore, S. (1978). The effects of social support in moderating the health consequences of unemployment. *Journal of Health and Social Behavior*, v.19, pp. 157-165.
- Grover, S. L. & Crooker, K. J. (1995). Who appreciates family-responsive human resource policies:

- the impact of family-friendly policies on the organizational attachment of parents and non-parents. *Personnel Psychology*, v.48, pp. 271-288.
- Helgeson, V. & Cohen, S.(1996). Social support and adjustment to cancer. *Health Psychology*, v.15, pp. 135-148.
- Henderson, A. S. (1984). Interpreting the evidence on social support. *Social Psychiatry*, v.19, pp. 49-52.
- Kossek, E. E. & Ozeki, C. (1998). Work-family conflict, policies, and the job-life satisfaction relationship: a review and directions for organizational behavior-human resources research. *Journal of Applied Psychology*, v.83, pp. 139-149.
- Krause, N. (1987). Satisfaction with social support and self-rated health in older adults. *The Gerontologist*, v. 27, pp. 301-308.
- Krause, N., Liang, J., & Yatomi, N. (1989). Satisfaction with social support and depressive symptoms: a panel analysis. *Psychology and Aging*, v.4, pp. 88-97.
- Lee, G. (1985) Kinship and social support of the elderly: the case of The United States. *Ageing and Society*, v.5, pp. 19-38.
- McDowell, I. & Newell, C. (1996). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires* (2 ed.). New York: Oxford University Press.
- Meleiro, A. & Siqueira, M. M. M. (2005). Os impactos do suporte do supervisor e de estilos de liderança sobre bem-estar no trabalho. *Revista de Práticas Administrativas*, v. 2, pp. 89-102.
- Mutran, E. & Reitzes, D. C. (1984). Intergenerational support activities and well-being among the elderly: a convergence of exchange and symbolic interaction perspectives. *American Sociological Review*, v.49, pp. 117-130.
- Nicola, E. C. P. (2005). *A satisfação com o suporte social em mulheres portadoras de câncer de mama*. Dissertação de Mestrado, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo.
- Padovam, V. A. R. (2005) *Antecedentes de bem-estar no trabalho: percepções de justiça e suportes*. Dissertação de Mestrado, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo.
- Payne, R. L., & Graham-Jones, J. (1987). Measurement and methodological issues in social support. In S. V. Kasl & C. L. Cooper (eds.), *Stress and health: Issues in Research Methodology*. Chichester: John Wiley.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, v.3, pp. 547-558.
- Rodriguez, M. S. & Cohen, S. (1998). Social support. *Encyclopedia of Mental Health*, v.3, pp. 535-544.
- Rook, K. S. (1984). The negative side of social interaction: impact on psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, v.46, pp. 1097-1108.
- Russell, R. D. (1973). Social health: na attempt to clarify this dimension of well-being. *International Journal of Health Education*, v.16, pp. 74-82. Schat, A. C. H. & Kelloway, E.K. (2003). Reducing the adverse consequences of workplace aggression and violence: the buffering effects of organizational support. *Journal of Occupational Health Psychology*, v.8 (2), pp. 110-122.
- Seeman, T. E. (1998). Social support and social conflict. Disponível em: <<http://www.macses.ucsf.edu/Research/Psychosocial/notebook/socsupp.html>>. Acesso em: 23 out. 2003.
- Siqueira, M. M. M. & Padovam, V. A. R. (2004). Influências de percepção de suporte no trabalho e de satisfação com o suporte social sobre bem-estar subjetivo de trabalhadores. In: *Actas do 5º. Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: Fundação Calouse Gulbenkain, pp. 659-664.
- Siqueira, M. M. M. & Padovam, V. A. R. (2008) Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.24, 2, pp201-209.
- Siqueira, M. M. M. (2003). Proposição e análise de um modelo para comportamentos de cidadania organizacional. *Revista de Administração Contemporânea*, v. 7 (especial), pp. 165-184.

- Siqueira, M. M. M. (2005). Esquema mental de reciprocidade e influências sobre afetividade no trabalho. *Estudos de Psicologia*, v.10, pp. 83-93.
- Siqueira, M. M. M. (2008). Construção e validação da Escala de Percepção de Suporte Social. *Psicologia em Estudo*, v. 13, 2, pp.38-388.
- Sluzki, C. E. (2003). *A rede social na prática sistêmica*. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Stansfeld, S. A., Bosma, H. & Hemingway, H. (1998). Psychosocial work characteristics and social support as predictors of SF36 health functioning: The Whitehall II Study. *Psychosomatic Medicine*, v.60.
- Tamayo, M. R., Pinheiro, F., Tróccoli, B., & Paz, M. G. T. (2000). *Construção e validação da escala de suporte organizacional percebido (ESOP)*. Trabalho apresentado na 52ª. Reunião Anual da SBPC, Brasília, Brasil.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, v.23, pp. 145-159.
- U.S. POSTAL SERVICE COMMISSION ON A SAFE AND SECURE WORKPLACE. (2000). Report of The United States Postal Service Commission on a Safe and secure workplace. New York: Columbia University, National Center on Addiction and Substance Abuse. Disponível em: <<http://www.casacolumbia.org/supportcasa/item.asp?cID=12&PID=118>>. Acesso em: 28 fev. 2005.
- Wills, T. A. (1985). Supportive functions of interpersonal relationships. In Cohen, S. & Syme, S.L. (eds.), *Social support and health*, (pp.61-82). San Diego: Academic Press.
- Weyman, A. (1997). Let's talk about sex. *People Management*. v.3, p.21.
- World Health Organization. (1948). Preamble of the Constitution of the World Health Organization. In: *Official Records of the World Health Organization*, 2, (pp. 100). Geneva: World Health Organization.

# FACTORES DE RESILIÊNCIA E BEM-ESTAR: COMPREENDER E ACTUAR PARA RESISTIR!

MARIA HELENA MARTINS

SAUL NEVES DE JESUS

*Universidade do Algarve – Portugal*

### 1. ESTUDOS SOBRE RESILIÊNCIA E VULNERABILIDADE

Nas últimas décadas muitas têm sido as investigações que procuram compreender e analisar porque é que alguns indivíduos ultrapassam os riscos e as adversidades, conseguindo demonstrar uma enorme capacidade de adaptação, enquanto que outros se deixam sucumbir. Esta “força”, denominada Resiliência, surge no campo das Ciências Sociais e Humanas como um processo que permite ao indivíduo resistir às adversidades com que se depara no seu dia-a-dia.

Encarada como um mito por alguns, a Resiliência, ainda que constituindo uma área de investigação relativamente recente, tem vindo a ganhar adeptos a nível da comunidade científica, estando na origem de numerosas publicações e artigos científicos. Mas esta entrada não tem sido pacífica, pois a temática da Resiliência tem suscitado críticas fervorosas da parte de alguns investigadores, que clamam ser esta uma área menos nobre e até “frívola”, para além das muitas questões que permanecem ainda sem resposta.

Tradicionalmente, a Psicologia orientou-se e preocupou-se fundamentalmente, com o estudo e compreensão das patologias, construindo um vasto e riquíssimo corpo de conhecimentos que lhe permitem gerar teorias acerca do desenvolvimento humano, alcançando importantes avanços na Intervenção Psicoterapêutica. Enredada neste enfoque da patologia e doença, a Psicologia parece ter descurado os aspectos mais positivos, tais como o bem-estar, a alegria, a satisfação, a esperança, o optimismo, a feli-

cidade, entre outros, ignorando os benefícios que estas emoções positivas apresentam para as pessoas (Seligman, 1999).

Muitas foram, provavelmente, as razões que contribuíram para o descurar das emoções positivas. Efectivamente, desde o início da Humanidade que parece ter existido da parte do Homem uma clara tendência para se preocupar, investigar e analisar o que aflige e dificulta o seu bem-estar, até porque as emoções positivas não pareciam muito fáceis de estudar, pelo facto de se apresentarem relativamente indiferenciadas. Enquanto que para os investigadores as emoções negativas como o medo, a zanga, a ansiedade ou até o stress revelam um óbvio valor adaptativo, as emoções positivas pareciam assinalar unicamente a ausência de ameaças. Contudo, um olhar mais atento e profundo sobre este tipo de emoções permite perceber que estamos face a uma aparente simplicidade. Ao invés de resolver problemas com o meio envolvente, as emoções positivas possibilitam resolver problemas que estão, sobretudo, relacionados com o desenvolvimento pessoal do indivíduo (Fredrickson, Tugale, Waugh & Larkin, 2003).

O estudo da Resiliência, entendida como a capacidade do ser humano para fazer frente às adversidades da vida, superá-las e inclusive, ser transformado por elas (Grotberg, 2003), isto é, a capacidade para ter êxito nas adversidades nos diferentes cenários, nomeadamente nas famílias, na escola e na sociedade, enquadra-se nesta nova tendência investigativa que, no contexto da Psicologia Positiva começou a ganhar corpo, sobretudo com os trabalhos de Martin Seligman.

Tendo dedicado muito da sua carreira ao estudo da doença mental, Seligman passou a empenhar-se na investigação das chamadas emoções positivas e, se inicialmente, este movimento emergente foi encarado de uma forma um pouco reticente e céptica pela comunidade científica, pouco a pouco o estudo das emoções como o optimismo, a alegria, a satisfação, a felicidade, a gratidão, ou o amor passaram a fazer parte do interesse de muitos investigadores. Muitos psicólogos começaram a explorar as forças humanas e as fontes de felicidade, sendo que as descobertas geradas pela Psicologia Positiva trazem consigo a promessa de um funcionamento individual e colectivo mais adequado e a prossecução de uma melhor qualidade de vida (Fredrickson, *et al*, *op. cit.*).

De referir ainda que desde meados dos anos setenta a Psicopatologia Desenvolvimental tem vindo também a desenvolver-se rapidamente possibilitando, na sua abrangência, uma melhor compreensão dos comportamentos de desadaptação nas crianças e adolescentes. Tópicos desta preocupação têm incluído os riscos, competências, vulnerabilidades e factores protectores (Cicchetti, 2003). A maior parte dos investigadores que trabalham na área têm proporcionado uma vastíssima e interessante fonte de informações

sobre o fenómeno psicossocial da resiliência em diversas populações de risco. Efectivamente, a investigação sobre a resiliência e vulnerabilidade tem vindo a contribuir, significativamente, para o desenvolvimento do conhecimento sobre o Ser Humano, para além do importante papel no âmbito da prevenção e promoção para a saúde. Estas contribuições, extremamente importantes, têm permitido enfatizar o indivíduo como sujeito activo, ao mesmo tempo que a focalização dos estudos nos factores de protecção ou risco possibilita encontrar meios que podem ajudar a mitigar ou eliminar problemáticas e distúrbios (Rutter & Sroufe, 2000; Haase, 2004).

## 2. O MODELO TRANSACCIONAL DA RESILIÊNCIA

O Modelo Transaccional proposto por Karol Kumpfer tem como objectivo apresentar as “forças” da resiliência de acordo com os múltiplos factores de risco envolvimentoais e a interacção entre os envolvimentoais de elevado risco e os factores internos de resiliência do indivíduo (1999). Este modelo parte de uma visão holística do indivíduo e apresenta os principais factores internos que devem ser considerados para a promoção e desenvolvimento da resiliência.

No modelo que Kumpfer propõe são identificadas quatro áreas principais de influência, dando origem a seis preditores básicos de resiliência. De acordo com a figura o início do processo de resiliência acontece com uma situação que pode ser um stressor ou um desafio, implicando uma disrupção no processo de homeostase do indivíduo ou do seu envolvimento. Este desequilíbrio vai conduzir a uma integração resiliente, mantendo desta forma o equilíbrio estável do sujeito. O acontecimento inicial marca o princípio do processo de resiliência que termina com um resultado que pode constituir uma reintegração resiliente ou, uma reintegração de má-adaptação, constituindo-se como não-resiliência ou desadaptação.

Como é ilustrado na figura, os seis preditores propostos por Kumpfer são os stressores ou desafios, o contexto envolvimentoal, o processo transaccional indivíduo-envolvimento, os factores de resiliência internos ou as características individuais e os resultados, o processo de resiliência ou área de transacção entre o indivíduo e os resultados e a reintegração adaptativa e resiliente ou a reintegração não-adaptativa e não-resiliente.

De acordo com Kumpfer, quando o indivíduo não experimenta circunstâncias stressantes ou de desafio e quando se sente bem, a sua homeostasia é mantida. No entanto, a introdução de estímulos stressantes provocam distúrbios neste estado e activam o processo de resiliência, criando um desequilíbrio no indivíduo, o que o conduz ao desenvolvimento de forças e estratégias para ultrapassar e enfrentar com sucesso estes acontecimentos negativos.

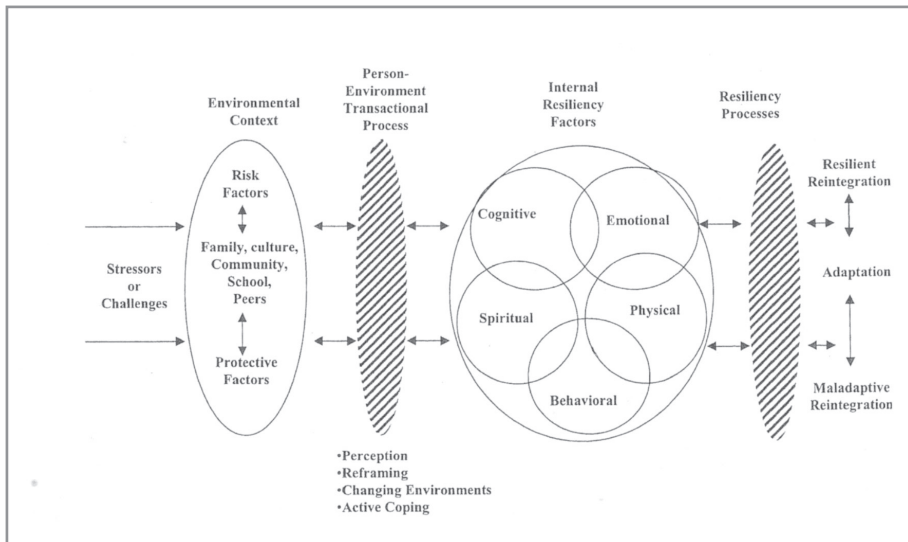


Figura 1 – Modelo Transaccional de Resiliência (adaptado de Kumpfer, 1999)

Para esta investigadora o envolvimento social do indivíduo é extremamente importante para o seu processo de resiliência, influenciando o desenvolvimento e a socialização da criança e do jovem e, ao mesmo tempo, serve de amortecedor ou intensificador do impacto do stressor ou desafio. Kumpfer defende que os indivíduos resilientes, mesmo em envoltimentos de elevado risco social, são capazes de gerir as situações de forma a encontrarem apoios que lhes possibilite adequadas oportunidades para um desenvolvimento positivo e saudável. É este apoio efectivo que os indivíduos resilientes recebem das suas famílias, escolas, comunidades e grupo de pares que lhes permite adquirir habilidades positivas e uma saudável socialização.

De salientar, ainda, que o nível de stress que os indivíduos experimentam está, fortemente, relacionado com a sua própria interpretação da realidade, efectuada através das suas percepções individuais e avaliação cognitiva, sendo que é este processo transaccional entre envolvimento social e individuo que irá determinar a resposta à situação de stress, explicando-se assim as diferentes estratégias que os sujeitos adoptam para se adaptarem ou modificarem os envoltimentos de forma a reduzir os factores de risco envoltimentais. Kumpfer (*op. cit.*) acrescenta, tal como é ilustrado na figura 1, que o sujeito pode utilizar diferentes estratégias para adaptar ou modificar o seu envolvimento, nomeadamente o uso de percepções selectivas, recomposição cognitiva, alteração do envolvimento ou *coping* activo. Esta investigadora menciona também os factores de resiliência internos como



o temperamento como percursores da resiliência, acrescentando que, certas características temperamentais do indivíduo, tendem a evocar apoio social ou, pelo contrário, provocar rejeição do envolvimento social. Para Kumpfer são os factores de resiliência internos que formam os principais traços de cada indivíduo e incluem as forças espirituais, cognitivas, sociais e comportamentais, emocionais e físicas. Estas competências e características são essenciais para o sucesso dos indivíduos no seu meio envolvente e possibilitam o sucesso nas tarefas desenvolvimentais.

Relativamente às características espirituais Kumpfer refere que estas têm a ver com as motivações, o sistema de crenças que permitem ao indivíduo manter-se focalizado nos seus objectivos de vida, de forma a ter sucesso face ao que se propõe realizar. De acordo com esta investigadora as características espirituais incluem os sonhos e metas que possibilitam que os indivíduos resilientes sejam capazes de criar fantasias para si mesmos, um significado existencial para a vida (as crianças resilientes são capazes de enfrentar e ultrapassar as situações stressantes, atendendo a que parecem acreditar ter como que uma missão para cumprir, objectivos para alcançar e problemas para resolver), a espiritualidade e as crenças religiosas, um sentido de independência, de controle e optimismo, a habilidade para modificar as circunstâncias negativas da vida, determinação e perseverança, entre outras.

As características cognitivas ajudam o indivíduo a atingir os sonhos e as metas que delineou. Os indivíduos resilientes parecem estar muito mais orientados para a realização, tendem a ter uma boa performance nas actividades académicas, resultados mais elevados nos testes intelectuais, além de que se revelam mais capazes para adiarem as gratificações na obtenção do sucesso. Kumpfer considera ainda importante o raciocínio moral elevado, a compaixão e as capacidades para discernir entre o certo e o errado, as capacidades intrapessoais e de *insight*, bem como a capacidade de distanciamento psicológico, a elevada auto-estima e a capacidade de planear e fazer escolhas.

Para Kumpfer as características emocionais importantes incluem a capacidade para gerir as emoções, nomeadamente a esperança, a felicidade, a capacidade para usar o humor, reduzir o stress e tensão e manter relações sociais estáveis. Relativamente às características físicas a investigadora refere que estas incluem factores como um talento especial para o desporto, uma boa e atraente presença física e uma boa saúde.

O processo de resiliência para Karol Kumpfer (1999) envolve uma interacção entre os factores internos do indivíduo, o meio envolvente e os resultados das transacções. O objectivo deste processo consiste em permitir que o sujeito seja capaz de lidar com as situações de forma eficaz,

sendo que os indivíduos resilientes têm a capacidade para recuperar e estabelecer o equilíbrio após uma situação de stresse ou desafio. Os resultados resilientes ocorrem quando os stressores ou os desafios se ajustam às capacidades que o sujeito utiliza para lhes responder, quando o indivíduo tem recursos pessoais para enfrentar adequadamente as situações ou, quando o envolvimento proporciona apoios apropriados e *feedback* eficaz.

Durante o processo de resiliência os stressores e os desafios a que o indivíduo está exposto e que não são amortizados pelos factores de protecção externos e internos provocam distúrbios no equilíbrio e homeostase do indivíduo. Se, pelo contrário ele acaba por experimentar tranquilidade e paz, então a vida parece previsível e estável e o indivíduo encontra de novo um equilíbrio, uma homeostasia (Figura 2). Segundo o modelo proposto por Kumpfer:

- **Reintegração resiliente** (*resilient reintegration*) ocorre quando o indivíduo adquiriu um elevado estado de resiliência ou força;

- **Reintegração homeostática** (*homeostatic reintegration*) ocorre quando o indivíduo mantém o mesmo estado de resiliência que tinha antes da exposição ao stressor ou ao desafio;

- **Reintegração não-adaptativa** (*maladaptative reintegration*) ocorre quando a exposição aos stressores e desafios resultam na manutenção de um baixo estado individual de reintegração. O processo de homeostase não foi totalmente adquirido.

- **Reintegração disfuncional** (*dysfunctional reintegration*) ocorre quando a exposição aos stressores e desafios resultam numa maior redução da positiva reintegração. Há um declínio em direcção a um negativismo.

Segundo Boyd e Eckert (2002) que partilham algumas das concepções de Kumpfer, a resiliência não é um processo fácil. Assim, atendendo ao “conforto emocional” advindo da preservação de algo que o sujeito já conhece e com o qual se sente bem, este instinto de auto-renovação pode não ocorrer e conduzir antes à reintegração homeostática, estado preferido para voltar após as disrupções ou stressores no meio envolvental.

A reintegração resiliente é caracterizada por:

- Auto-organização e transformação porque eleva o indivíduo a um nível mais elevado que o previsto. Indica que o indivíduo que reintegra este nível se torna “*greater by learning, developing, gaining deeper insight, understanding, and becoming stronger, more Knowing and resilient*” (Boyd & Eckert, *op. cit.*: p. 9). A reintegração resiliente possibilita ao sujeito tornar-se mais rico e mais forte após experimentar stressores na sua vida e a aprender a “crescer” através das experiências.

- Optimismo e esperança, isto é, a reintegração resiliente possibi-

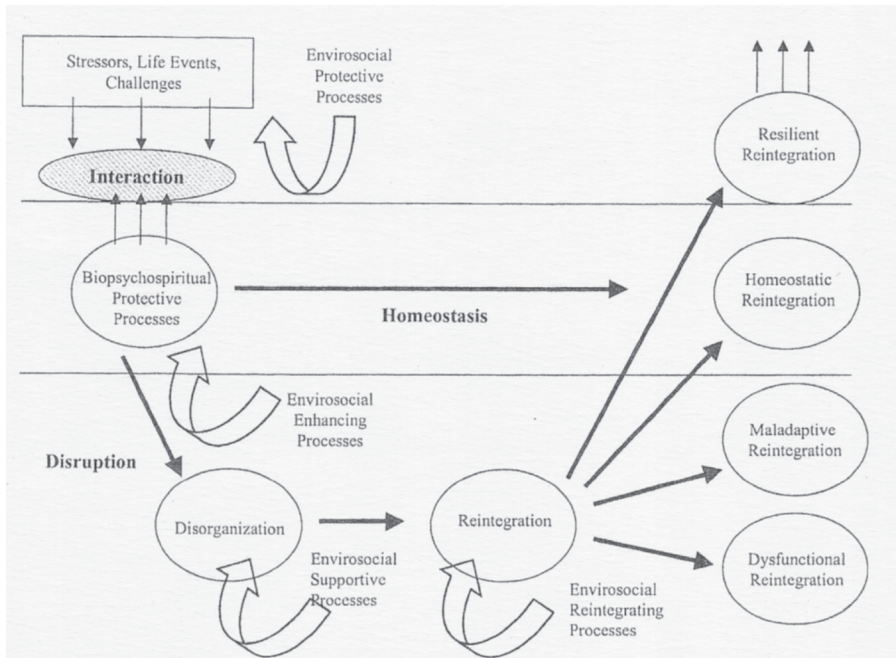


Figura 2 – Desenvolvimento da Resiliência (adaptado de Kumpfer, 1999)

lita uma possibilidade de aprender de uma forma positiva e esperar com confiança nas suas capacidades e no que pretende que lhe aconteça.

Também Johnson (1999) reforça o modelo proposto por Kumpfer afirmando que o processo transaccional entre o indivíduo e o envolvimento cria condições para que a resiliência possa ocorrer. A resiliência é uma negociação possível entre os factores de risco e os factores de protecção disponíveis ao indivíduo. Quando este percebe que as situações e os acontecimentos estão a decorrer normalmente, sem problemas ou disrupções o *status quo* não é perturbado e o indivíduo encontra-se num estado de equilíbrio ou homeostase. A introdução de stressores, que desencadeiam o processo de resiliência, causa a mudança de estádios no sujeito e é, precisamente, a transacção entre ele e o seu envolvimento que tornam a resiliência possível.

De acordo com a visão de Kumpfer (1999) e o seu processo de desenvolvimento da resiliência, pode concluir-se que a resiliência ocorre depois do indivíduo ter ultrapassado os stressores e as adversidades, pela utilização dos recursos disponíveis no seu envolvimento e das suas características pessoais internas. Quando o indivíduo é incapaz de voltar à zona de homeostasia ou quando desenvolve estratégias de *coping* não saudáveis, então aí surgem os comportamentos de desadaptação e não-resiliência.

Como foi possível constatar, da abordagem aos principais modelos que enquadram a temática da resiliência, destacam-se diversos factores comuns que detêm um papel fundamental nas pesquisas e estudos que têm vindo a ser efectuadas no campo da resiliência. Que investigações têm sido realizadas e quais as possibilidades de aplicação junto de populações em situação de risco? E como podem estas “descobertas” ser articuladas com a prática interventiva?

### 3. UMA NOVA AGENDA – IMPLICAÇÕES PARA A INVESTIGAÇÃO

As investigações empíricas sobre a resiliência, nos últimos trinta anos, têm vindo a examinar uma diversidade de aspectos psicossociais, embora mais recentemente algumas vozes tenham vindo a criticar a carência de investigação formal sobre os aspectos biológicos que podem influenciar as diferenças individuais face às adversidades (Nelson, Bloom, Cameron, Amaral, Dahl & Pina, 2002). Diversos trabalhos recomendam a necessidade de examinar os processos que contribuem para a resiliência, focalizando distintos aspectos de análise, em particular a nível do cérebro e do funcionamento neurobiológico.

O advento das Neurociências Desenvolvimentais, Cognitivas e Afectivas e ainda muitas disciplinas independentes que actuam no campo representam uma óptima oportunidade para promover uma compreensão abrangente na abordagem à resiliência (Curtis & Cicchetti, 2003). Como importante contributo nesta área, deve ressaltar-se ainda o avanço das novas tecnologias utilizadas nas Ciências Biológicas que podem ser utilizadas no estudo do Desenvolvimento e da Psicopatologia, muitas das quais podem jogar um importante papel no estudo da *interface* entre a biologia e a resiliência. É óbvio que se deverá ter em atenção alguns aspectos e limitações decorrentes da sua utilização que podem induzir em erros. É ainda, particularmente importante não conceptualizar um fenómeno psicológico tão complexo como a resiliência, através da lente de uma particular metodologia.

As tecnologias de Imagiologia disponibilizam informações que possibilitam um melhor conhecimento fisiopatológico. A utilização da ressonância magnética (MRI) e a ressonância magnética funcional (fMRI) têm também demonstrado grandes potencialidades na investigação substituindo progressivamente métodos mais complexos, agressivos e onerosos. Estas técnicas proporcionam importantes revelações ajudando a melhor compreender o fenómeno resiliência, constituindo meios ideais para responder a questões sobre a localização no cérebro de particulares operações cognitivas e emocionais (Haan & Thomas, 2002).

Com a incorporação do nível biológico de análise no campo da resiliência, iniciou-se uma importante discussão que levou à examinação empírica das fundações biológicas da resiliência (Masten, 2004; Masten & Powell, 2003). Uma vez que ainda não existem muitos estudos publicados neste âmbito, Curtis e Cicchetti (2003) salientam “*we believe that is necessary, if not imperative, to import a biological perspective to resilience in order to achieve a truly complete understanding of this phenomenon*” (p.775).

Pela importância desta perspectiva passaremos, seguidamente, a analisar algumas contribuições da Biologia e Genética, da Plasticidade neural, da Neuroendocrinologia e Psiconeuroimunologia, da Emoção e Regulação emocional para o funcionamento resiliente. Embora cada uma destas áreas seja discutida isoladamente é importante não esquecer que estes domínios biológicos não operam independentemente e o funcionamento de cada sistema influencia as propriedades de um ou mais sistemas, através de uma cascata de influências bidireccionais.

### **3.1. Biologia, auto-organização e resiliência**

A perspectiva transaccional e organizacional adoptada por um grande número de investigadores, proporciona uma orientação que considera múltiplos níveis de análise e permite a combinação de mecanismos biológicos e psicológicos. A partir desta perspectiva, os autores conceptualizam a resiliência como um processo dinâmico que é influenciado pela auto-organização neural, psicológica, bem como pelas transacções entre o contexto ecológico e o organismo em desenvolvimento (Cicchetti & Tucker, 1994; Egeland, Carlson & Sroufe, 1993). Os defensores desta abordagem argumentam que os indivíduos participam activamente na criação de significados, estruturando e reestruturando experiências através de actividade mental auto-regulada (Curtis & Cicchetti, 2003). Desta forma, as experiências precoces e os níveis anteriores de adaptação, não só não sentenciam o sujeito a um mau funcionamento adaptativo, como também não inoculam contra problemas futuros. As mudanças tomam lugar como novas necessidades e os desafios envolvimentoais destabilizam as organizações existentes, provocando a emergência de novas organizações que podem provar ser mais adaptativas do que as que preexistiam. Os partidários desta abordagem acrescentam ainda que as organizações que ocorrem dentro ou entre os domínios desenvolvimentais (por exemplo a emoção e cognição) proporcionam oportunidades críticas para uma adaptação resiliente. Assim, embora os factores biológicos influenciem os processos psicológicos, as experiências sociais e psicológicas exercem também acções no cérebro através de uma “alimentação” que serve para modificar a expressão dos

genes e a estrutura deste, bem como a sua função e organização.

O interesse pelos efeitos da experiência, do treino e do exercício sobre o cérebro já aparece em relatos do século XVIII. Experiências de Bonnet e Malacarne (1779, 1783, *cit. in* Rosenzweig, 1996) indicaram que os cérebros de animais que recebiam treino sistemático durante anos, apresentavam um cerebelo mais desenvolvido e com maior número de circunvoluções. As contribuições das Neurociências têm revelado que a aprendizagem e as experiências sociais e psicológicas podem induzir e provocar alterações na expressão dos genes e até mudanças nos padrões das sinapses e conexões neuronais influenciando o funcionamento das células (Kandel, 1995; Shonkoff & Phillips, 2000). Observou-se, consistentemente que, em diferentes idades, a interacção com ambientes ricos em estimulação resulta em alterações específicas do Sistema Nervoso Central (SNC). Entre essas alterações estavam incluídos o aumento na espessura das camadas do córtex visual, no tamanho dos corpos neuronais e dos núcleos dos corpos neuronais, no número de sinapses e na área das zonas de contacto sináptico, no número de dendrites, no volume e no peso cerebral, além de alterações a nível dos neurotransmissores. Em resumo, todas as características morfológicas e funcionais de áreas corticais parecem sofrer alterações importantes em função da mera exposição e da interacção com ambientes que forneceram diversidade de estímulos (Rosenzweig, 1996; Curtis & Nelson, 2003). Estas modificações neuronais e sinápticas exercem, não apenas um proeminente papel no desencadear e manutenção de mudanças comportamentais, como contribuem ainda para as bases biológicas da individualidade, possibilitando encontrar indivíduos que são diferentemente afectados por experiências similares. Além disso, embora o desenvolvimento do cérebro seja guiado e controlado, até certo ponto, pela informação genética, uma porção significativa do desenvolvimento cerebral pós-natal acontece através das interacções e transacções do indivíduo com o seu meio envolvental (Curtis & Nelson, *op. cit.*).

Actualmente, resultados de diversos estudos avançam para a constatação de que os genes actuam de uma forma probabilística e não determinística. Muito recentemente, métodos de genética molecular foram utilizados para examinar o papel dos factores genéticos em interacção com a experiência de interacção social, na epigénese do comportamento não adaptado. Num estudo longitudinal, junto de crianças maltratadas, do nascimento à idade adulta, os investigadores procuraram determinar porque é que algumas desenvolviam comportamentos anti-sociais e outras não. Os resultados evidenciaram que um polimorfismo funcional num gene determinado parecia moderar o efeito dos maus-tratos (Caspi, McClay,

Moffitt, Mill, Martin, Craig, Taylor & Poulton, 2002).

O potencial para a reorganização funcional do cérebro, em resposta às exigências envolvimentoais e *inputs* modificam o desenvolvimento de uma forma não linear mas através de um *feedback* dinâmico. Estes desenvolvimentos ocorrem de mãos dadas com modificações estruturais do cérebro, nomeadamente nas alterações das sinapses e na sua eficiência, nas propriedades das dendrites e a um nível macroscópico na organização da rede neural. Assim, cada indivíduo atravessa um caminho desenvolvimental único e parcialmente autodeterminado pelo desenvolvimento do cérebro, o que pode ter importantes consequências para o desenvolvimento da adaptação resiliente (Cicchetti & Dawson, 2002; Cicchetti & Tucker, 1994).

Muitos dos trabalhos empíricos que suportam esta perspectiva têm sido efectuados nas áreas da linguagem e organização perceptiva (Elbert, Panter, Wienbruch, Rockstroh, & Taub, 1995). No entanto, os investigadores referem que existe grande probabilidade de que processos similares modifiquem o desenvolvimento de funções mais elevadas, como a cognição, emoção e a resiliência. Efectivamente, as Neurociências têm vindo a tornar evidente que os mecanismos da plasticidade neural são integrantes da estrutura anatómica do tecido cortical. (Cicchetti & Tucker, 1994; Curtis, & Cicchetti, 2003). Uma vez que o desenvolvimento do cérebro processo maleável e apenas difusamente estruturado pelos processos guiados pelos genes e que a eventual diferenciação neste é muito reactiva ao *coping* activo individual, torna-se mais compreensível o papel destes processos como potenciais contribuintes para a génese e epigénese da psicopatologia e resiliência.

A diversidade dos percursos é, pois, um carimbo marcante da perspectiva desenvolvimental psicopatológica (Cicchetti, Rogosch, Lynch & Holt, 1993). A existência de equifinalidade (reconhecimento de que a diversidade de caminhos podem levar ao mesmo resultado) e a multifinalidade (reconhecimento de que diferentes resultados podem, com probabilidade, evoluir de qualquer ponto de partida) tem desafiado os teóricos e investigadores para o entendimento do desenvolvimento adaptado e resiliente e da psicopatologia. A aplicação da equifinalidade à resiliência requer que se possa entender que, a manutenção do funcionamento de um sistema ou o seu disfuncionamento, podem ocorrer de diferentes formas, mesmo em face de significantes adversidades. Em particular, o modelo que guia o desenvolvimento da psicopatologia e da resiliência possibilita a compreensão que, da variedade das progressões desenvolvimentais pode conduzir a desordens ou à resiliência (Luthar & Cicchetti, 2000) e que, neste processo, os factores biológicos e psicológicos jogam ambos um importante papel, além de que as relativas contribuições dos

determinantes biológicos e psicológicos para a desordem ou resiliência variam entre os indivíduos. Por outro lado, o conceito de multifinalidade alerta para o facto de que os indivíduos podem iniciar a mesma trajetória desenvolvimental e, em função das suas subseqüentes opções, acabarem por apresentar padrões de adaptação ou não adaptação.

Na tentativa de integrar a perspectiva biológica no campo da resiliência é fundamental evitar a armadilha de reduzir o fenómeno da resiliência a uma exclusiva mediação da biologia. É possível que a introdução da Biologia na resiliência possa conduzir a conclusões erróneas se os mecanismos biológicos (entendidos como puramente inatos) estiverem associados às respostas resilientes como os principais e únicos factores. Reduzir o fenómeno psicológico a componentes neuroanatômicos, neuroquímicos, neurofisiológicos e factores genéticos, implica desvalorizar o importante impacto do envolvimento. Esta distinção artificial entre biologia e comportamentos no organismo humano contraria anos de investigação revelando a existência de co-acções entre todos os níveis de análise, do envolvimento ao molecular. Tal facto revela, ainda, a importância de evitar a construção de uma teoria à volta da antiquada dicotomia nas Ciências Desenvolvimentais entre *nature* e *nurture*. Há que ter em atenção a necessidade de não encorajar a redução da resiliência a um processo biológico. Pelo contrário e, consistente com a abordagem transaccional, partilhamos as ideias propostas por Curtis e Cicchetti (*op. cit.*): "*biology is but one part of what should be an all-encompassing systems approach to understanding resilience, which needs to take into account all levels of analysis from the molecular to cultural*" (p.778).

Neste sentido, pode concluir-se que os caminhos, quer para a psicopatologia quer para a resiliência são influenciados por uma complexa matriz que incluem desde os níveis de organização individual biológicos e psicológicos, a experiência, o contexto social, passando pelo momento de ocorrência dos acontecimentos adversos e história desenvolvimental do indivíduo.

### **3.2. Plasticidade neural e resiliência**

Os avanços no estudo da plasticidade no campo das Neurociências podem também ser potencialmente produtivos para o estudo da resiliência. O conceito de plasticidade neural foi introduzido por volta de 1930 por Albrecht Bethe, um fisiologista alemão e, para este, consistia na capacidade do organismo para se adaptar às mudanças ambientais externas e internas, graças à acção sinérgica de diferentes órgãos, coordenados pelo sistema nervoso (Pereira, Reis & Magalhães, 2003).

De uma forma mais abrangente, plasticidade neural é, actualmente,



definida como uma mudança adaptativa na estrutura e nas funções do sistema nervoso, que ocorre em qualquer estágio da ontogenia, como função de interações com o ambiente externo ou interno ou, ainda, como resultado de lesões ou traumatismos que afetam o ambiente neural (Rosenzweig, 1996). A plasticidade é mais do que uma habilidade para mudar ou para se transformar, ela não ocorre apenas em processos patológicos, mas assume também funções extremamente importantes no funcionamento normal do indivíduo. Os processos de modificações pós-natais em consequência da interação com o meio ambiente e as conexões que se formam durante a aprendizagem consciente e inconsciente (automatismos) são exemplos de como funciona a neuroplasticidade.

O conceito de plasticidade é também utilizado no campo das Ciências Biológicas, no contexto das mudanças que um organismo vivo pode manifestar face a alguma transformação na sua condição. Nas Neurociências a plasticidade refere-se à habilidade dos substratos neurais do cérebro e outras estruturas do sistema nervoso central mudarem ou serem modificadas, como resultado de algumas condições, tendo em atenção que estas modificações devem ser adaptativas para o funcionamento do organismo e para a contínua sobrevivência. Neste sentido, a plasticidade inclui, não apenas os acontecimentos externos mas também os internos, isto é, os efeitos dos traumas, maus-tratos, psicopatologias ou ações hormonais às consequências do desenvolvimento e idade (Cicchetti & Dawson, 2002).

Importa salientar que a plasticidade de um organismo tem um potencial de recuperação, ou seja, existem limites no que respeita à recuperação após as mudanças. Por exemplo, no caso do organismo humano, o cérebro é capaz de recuperar de algumas lesões através de mecanismos auto-reparadores do sistema nervoso central, contudo, se a integridade estrutural for severamente danificada a pessoa poderá sobreviver mas, ficará permanentemente afectada, pois os mecanismos de auto-reestruturação não conseguirão aguentar a extensão dessas mudanças. A grande plasticidade natural do animal neo-nato decai, progressivamente, com o amadurecimento, de forma que as mesmas lesões em períodos mais avançados do desenvolvimento ou em animais adultos resultam em pequena plasticidade da população de axónios intactos.

No campo das Neurociências alguns investigadores têm, recentemente, aludido às possíveis relações entre a plasticidade neural e a resiliência argumentando intrigantes processos paralelos envolvendo a plasticidade e a resiliência (Cicchetti & Walker, 2003; Masten, 2004; Masten & Curtis, 2000). Na sua manifestação fundamental a plasticidade neural pode ocorrer em resposta à lesão cerebral, como foi anteriormente já referido. Diversos estudos têm vindo a demonstrar a habilidade do cérebro em recuperar de-

pois das lesões. De forma análoga a este tipo de plasticidade, a resiliência pode ser vista como uma habilidade do indivíduo para recuperar após a exposição ao trauma ou adversidade. De acordo com esta visão, a adversidade é entendida como exercendo um efeito prejudicial nas estruturas neurais e os mecanismos de plasticidade neural provocam a recuperação no indivíduo. Isto pode conduzir à conclusão de que, certos indivíduos classificados como resilientes, podem ter capacidades inatas aumentadas, para além dos níveis normativos que lhe permitiriam recuperar mais facilmente das adversidades que o cérebro enfrenta. Esta visão da resiliência é bastante criticada actualmente, pois concebe o envolvimento como “mau ou prejudicial” para o cérebro e a recuperação como uma propriedade inata deste, não considerando o impacto do desenvolvimento positivo ou as tentativas do indivíduo para enfrentar e recuperar (Cicchetti & Dawson, 2002; Cicchetti, Rogosch, Lynch & Holt, 1993).

Paralelamente à visão da plasticidade como restauração da função depois da lesão ou dano e, talvez, mais relevante para o estudo da resiliência, é a visão da plasticidade neural que enfatiza as mudanças que tomam lugar no cérebro como resultado do impacto da experiência (Nelson, 1999). A plasticidade neural pode ser moldada livremente como processos através dos quais a experiência envolvental, conectando processos sensoriais, resulta em mudanças físicas no cérebro.

Como foi já referido, previamente, a experiência tem impacto observável no cérebro e ela parece ser o factor que mais estimula a plasticidade, em espécies tão diversas quanto os insectos e humanos. Em mamíferos de laboratório a experiência produz mudanças estruturais e funcionais no cérebro. Tais mudanças estão correlacionadas com alterações funcionais dos neurónios e do comportamento do indivíduo. Este reportório de mudanças demonstra que a actividade neural resultante da interacção do organismo com o meio externo pode modificar a estrutura do sistema nervoso em qualquer período da vida, mesmo após a maturidade, não esquecendo nunca a natureza bidireccional desta relação (Cicchetti & Tucker, 1999).

A plasticidade neural parece ser guiada pelos acontecimentos que proporcionam informações a serem codificadas no sistema nervoso. Estes processos, dependentes da experiência, envolvem a adaptação do cérebro à informação que é única e individual. Um importante mecanismo para o desenvolvimento é a formação de novas conexões neurais. Uma vez que os indivíduos encontram envoltimentos distintos, cada cérebro é modificado de forma singular. Dado que estes processos dependentes da experiência podem ocorrer ao longo do curso de vida, as intervenções sociais, a psicoterapia ou a farmacoterapia, em conjunto com as “*self-righting capacities*”

podem reparar o cérebro (Cicchetti & Dawson, 2002). Há evidências crescentes de que uma intervenção com sucesso modifica, não apenas o comportamento não adaptado, mas também os funcionamentos celular e fisiológicos (Kandel, 1995).

Das investigações destaca-se que as crianças resilientes parecem desempenhar um papel activo na procura e na recepção das experiências que lhes são desenvolvimentalmente apropriadas (Cicchetti & Tucker, 1994). Em determinado nível, diferentes partes do cérebro podem tentar compensar e num outro nível o organismo pode procurar novas experiências em áreas em que tem mais aspectos positivos.

Em resumo, considera-se que, tal como o ambiente diferencia e modela a forma e função das respostas de um organismo, a interacção organismo-ambiente também diferencia e modela circuitos e redes neurais. Cada indivíduo tem um padrão comportamental característico, resultante da sua história pessoal e do reforço, assim como tem um sistema nervoso com características próprias, resultantes também da sua história de interacção com o meio externo. Estas características do sistema nervoso atribuem uma individualidade neural ao indivíduo que se relaciona, conseqüentemente, com a sua individualidade comportamental (Kandel, *op. cit.*).

### **3.3. Neuroendocrinologia, psiconeuroimunologia e resiliência**

A existência de relações entre a *psique* (alma) e o corpo remontam à Antiguidade. Já Aristóteles referia que a *psique* e o corpo reagiam complementarmente. Uma mudança no estado desta produziria uma mudança na estrutura do corpo e, de uma forma inversa, uma mudança na estrutura do corpo produziria uma mudança na estrutura da *psique*. Numa perspectiva histórica, podemos destacar o trabalho do fisiologista francês Claude Bernard (1813-1878), considerado o precursor da Biologia moderna. A sua ideia-chave consistia em que as ameaças físicas à integridade de um organismo evocam respostas da parte deste. De grande importância são ainda os estudos do canadense Hans Selye, para o relacionamento entre o stress e a imunidade. No final da década de 1950, experiências com animais evidenciaram que o stress poderia afectar o funcionamento neuroendocrinológico e a imunidade. Mais tarde, Solomon e Moss (1964) demonstraram que, nos primeiros anos de vida da criança o stress poderia afectar a futura resposta dos anticorpos.

Podemos pois constatar que, sobretudo desde 1960, os investigadores relatam a existência de evidências significativas entre o stress psicossocial e o aparecimento de diversas doenças. De destacar ainda o trabalho pio-

neiro desenvolvido por Holmes e Rahe e a sua Escala – *Social Adjustment Rating Scale* (1967) que pretendia examinar a relação entre o stress da vida diária e o desenvolvimento de doenças.

Actualmente, parece já não existir qualquer dúvida sobre a relação existente entre o SNC e o sistema imunitário. Entre 1970 e 1990 foram desenvolvidas diversas investigações, sobretudo com roedores e primatas não humanos, tendo como objectivo examinar os efeitos que o stress e as adversidades exercem a nível do cérebro e dos sistemas neuroendocrinológico e imunológico (Curtis & Cicchetti, 2003). Esta reciprocidade entre o SNC e o sistema imunitário estimulou o desenvolvimento de uma nova área de conhecimentos que foi denominada, inicialmente, por Solomon e Moss (op. cit.) por Psicoimunologia e que, mais tarde passou a ser designada por Psiconeuroimunologia (Ader, 2000), atendendo ao acto de se atribuir grande importância ao SNC como mediador neste processo.

Nas décadas de setenta e noventa as pesquisas revelaram o despovoamento celular do timo em ratos, através da indução de lesões no hipotálamo. Também se demonstrou que lesões destrutivas no hipotálamo dorsal levavam à supressão da resposta de anticorpos. Isto sugeria aos investigadores que o hipotálamo seria uma base de integração entre os sistemas nervoso e imunológico na resposta ao stress. A partir de 1990 constata-se que alterações ocorridas na hipófise também poderiam determinar modificações imunológicas, visto que a extirpação dessa glândula ou mesmo o seu bloqueio farmacológico impedia a resposta imunológica no animal de laboratório. Tem sido ainda demonstrado que o stress crónico pode alterar o funcionamento do hipocampo (Solomon, 1998).

Estudos efectuados com indivíduos que experimentaram adversidades revelaram consequências similares. Meyers (2003) desenvolveu um estudo em que, no acompanhamento de 16 famílias por um período de um ano, encontrou que cerca de um quarto de todas as infecções nas crianças da orofaringe por estreptococos se seguiram a crises familiares.

Baker e Brewerton (1981, cit. in Meyers, 2003) estudaram um grupo constituído por 22 pacientes portadores de artrite reumatóide e, na comparação com um grupo de controlo, observaram que o início da doença se seguiu a acontecimentos traumáticos na vida destes pacientes.

No mesmo sentido, Schleifer, Scott, Stein e Keller (1986) concluíram no *follow-up* de 15 homens que tinham perdido as esposas recentemente com cancro da mama, que estes apresentavam respostas diminuídas dos linfócitos T. De referir que, à medida que o acompanhamento prosseguia e o luto passava, se verificava uma recuperação destes valores. Também Linn (1984, cit. in Schleifer, Scott, Stein & Keller, 1986) encontra

uma função imunológica reduzida em indivíduos enlutados e com graus importantes de depressão. Um relacionamento entre a falha imunológica e os distúrbios emocionais (ansiedade, fobia e depressão) foram ainda identificados por Morasanov (1999, *cit. in* Ader, 2000) em pacientes com cancro do pulmão.

Da avaliação dos estudos efectuados neste âmbito, os investigadores avançam com a constatação da existência de uma relação entre o sistema psico-emocional, nomeadamente a experiência de emoções negativas e os vários componentes do sistema imunológico, justificando o agravamento e/ou desencadeamento de uma série de doenças físicas e psicológicas (Curtis & Cicchetti, 2003). De referir que, durante as situações de maior stresse, se verifica o aumento das hormonas corticoesteróides (por ex.: cortisol) segregadas pelas supra-renais. Parece que estes níveis se encontram em proporção inversa à eficácia dos mecanismos de adaptação, ou seja, nos casos em que os mecanismos adaptativos são adequados, os níveis não são muito elevados. Contudo, no caso de indivíduos deprimidos, portanto com severas dificuldades adaptativas, estes níveis são maiores. Em estados de maior tensão e ansiedade verifica-se ainda a libertação de adrenalina e noradrenalina. Os estudos têm vindo a demonstrar que estas catecolaminas afectam as reacções imunológicas, seja pela reacção fisiológica (como por exemplo a contracção do baço), seja por estímulo celular através de receptores específicos (adrenérgicos) na membrana celular. O certo, é que este aumento das catecolaminas acaba por inibir as respostas dos anticorpos, deixando o organismo numa situação de maior vulnerabilidade.

Comprovando estes dados Gunnar, Morison, Chisholm e Schuder (2001), numa investigação com crianças romenas encontrou níveis mais elevados de cortisol naquelas que permanecerem no orfanato por períodos mais longos de tempo. Verificou ainda que, quanto mais jovens eram as crianças na altura da sua entrada, também maior era o seu nível de cortisol.

Estudos efectuados com crianças de baixo nível sócio-económico, abusadas ou maltratadas, criadas em orfanatos enfrentando diversas adversidades e stresse revelam que estas podem apresentar alterações quer a nível comportamental quer a nível da responsividade dos sistemas neuroendocrinológico e imunitário, bem assim como na própria morfologia do cérebro (Cicchetti & Rogosch, 1999; Gallo & Mathews, 2003). No mesmo sentido se orientam as conclusões de outros estudos que referem que, se a resposta ao stresse pode servir como função protectora, a mobilização crónica das respostas ao stresse pode exercer danos patológicos graves (Margolin & Gordis, 2000; Sapolsky, 2000).

Outras investigações chamam ainda a atenção para o facto de que o

stresse, a ansiedade e a depressão retardam significativamente a actividade dos linfócitos T, proporcionando hipersensibilidades, dermatoses e asma, bem assim como outro tipo de doenças psicossomáticas. O stresse da vida quotidiana, principalmente nas situações mais tensas e crónicas pode afectar uma série de elementos imunológicos. Entre essas alterações estão ainda a actividade das células *Natural Killers* (NK), importantíssimas na vigilância contra as células neoplásicas e na prevenção de metástases de cancro. Os estudos com ratos revelaram que o stresse pode aumentar significativamente a extensão e a probabilidade de metástases de cancro da mama, devido à supressão das células NK (Ben-Eliyahu, Shakhar, Page, Stefanski & David, 2000).

De referir um estudo recente conduzido por Barbara Andersen e seus colaboradores (2004) no *Department of Psychology - Ohio State University*, com o objectivo de avaliar a utilidade do apoio psicológico e comportamental na evolução do cancro da mama. Desde 1990 as investigações revelavam que a vitalidade da imunidade estava correlacionada com o apoio e sugeria-se que a ansiedade e a depressão enfraqueciam as defesas imunitárias. No seu estudo, Barbara Andersen solicitou que, num grupo de mulheres com cancro da mama, cada uma respondesse a questões destinadas a avaliar os seus recursos para enfrentar a doença. As mulheres fizeram ainda exames sanguíneos a fim de medir a vitalidade das suas defesas imunitárias, sendo os resultados bastante eloquentes. Após quatro meses de intervenção psicoterapêutica este grupo revelou uma menor ansiedade, um humor mais positivo, uma melhor adaptação à doença e aos tratamentos. A análise dos parâmetros imunitários revelou resultados ainda mais surpreendentes, nomeadamente uma clara correlação entre estas melhoras e a vitalidade das defesas imunitárias. A equipa constatou que a capacidade de proliferação dos linfócitos T – glóbulos brancos que têm um papel-chave na defesa contra as células cancerosas - estabilizava ou aumentava depois de quatro meses de intervenção.

Uma outra das primeiras vias através das quais as hormonas afectam o comportamento é através do seu impacto a nível da expressão do gene. As hormonas do stresse têm revelado efeitos directos nos genes que controlam a estrutura e o funcionamento do cérebro, incluindo o crescimento neuronal, a síntese dos neurotransmissores, a recepção e a sensibilidade (Watson & Gametchu, 1999). Refira-se, no entanto que, embora a experiência de stresse persistente esteja usualmente associada com deterioração biológica e com consequências psicológicas, nem todos os organismos são afectados da mesma forma (Cicchetti & Rogosch, 1999; Curtis & Cichetti, 1984).

As investigações sobre as contribuições do bom humor para a saúde mental e física têm revelado também importantes constatações. Berk (1994)

estudou a modulação neuroimunológica durante e depois de pacientes terem sido submetidos a programas associados ao bom humor e ao riso, tendo concluído que estes podem ter efeitos bastante benéficos a nível da saúde.

Um recente estudo sobre a actividade das células NK, mostrou os efeitos de programas que estimulam o bom humor e o riso no aumento da actividade desses componentes imunológicos, ao mesmo tempo que os estados depressivos enfraqueciam esse aspecto da defesa orgânica (Takahashi, Masuda, Osada, Yatabe, Kozaki, Tatematsu & Hida, 2001).

Tendo como base os trabalhos desenvolvidos, Hassed (2001) também constatou que o humor e o riso têm um importante papel na redução das hormonas envolvidas na fisiologia do stresse, melhorando a intensidade e realçando a criatividade nas respostas, reduzindo a dor e a pressão arterial e, sobretudo, melhorando a imunidade.

### ***3.4. Emoção, regulação emocional e resiliência***

As questões relacionadas com a emoção e o sentimento não têm tido um lugar muito privilegiado no discurso científico. Embora nos finais do século XIX Charles Darwin, William James e Sigmund Freud lhe tenham dedicado um interesse significativo, ao longo do século XX e até muito recentemente, quer as Neurociências quer as Ciências Cognitivas não parecem ter reconhecido a importância desta temática. Nos últimos anos, contudo, uma nova geração de cientistas dos quais podemos destacar, entre outros Jean-Didier Vincent, Alain Prochiantz, Joseph LeDoux, Michael Davis, James McGaugh, Jerome Kagan, Richard Davidson, Ralph Adolphs, Antoine Bechara, António Damásio, Raymond Dolan, Jeffrey Gray, parece ter eleito a emoção como tema preferencial de investigação (Damásio, 1999).

Damásio define emoções como

conjuntos complicados de respostas químicas e neurais que formam um padrão” reconhecendo que estas “desempenham um papel regulador que conduz, de uma forma ou de outra, à criação de circunstâncias vantajosas para o organismo” e ainda que “a finalidade das emoções é ajudar o organismo a manter a vida (p. 72).

Este investigador defende ainda que, não obstante algumas das emoções básicas sejam padrões inatos que não requerem aprendizagem, a sua expressão ou inibição depende do desenvolvimento cognitivo do indivíduo e do contexto envolvental em que este está inserido.

Entre outros, Izard, Schultz e Levinson (1998) destacam o papel das emoções no desenvolvimento de uma personalidade saudável, da competência

social e no aparecimento de psicopatologias, desempenhando uma função extremamente importante numa perspectiva biológica, psicológica e social. As aptidões que o indivíduo possui para compreender e regular as emoções são, segundo Davidson (2000), fundamentais para o comportamento resiliente, sendo a regulação emocional frequentemente citada como um potencial factor protector contra a adversidade. A regulação emocional é concebida como um processo intra e extraorganismo, pelo qual a estimulação emocional é redireccionada, controlada, modulada e modificada, de forma a permitir que o indivíduo funcione adaptativamente em situações de grande estimulação emocional (Contreras, Kerns, Weimar, Gentzler & Tomich, 2000). Factores como as alterações organizacionais do funcionamento do Sistema Nervoso Central, a ontogénese dos sistemas neurológicos de inibição no córtex pré-frontal, a lateralização hemisférica cerebral, o desenvolvimento dos sistemas neurotransmissores, o desenvolvimento cognitivo e as habilidades representacionais são alguns dos factores intrínsecos que modelam o desenvolvimento das habilidades de regulação da emoção. Os factores extraorganismo que exercem uma influência na regulação emocional incluem as respostas parentais, tolerância e afecto dos pais e a socialização afectiva durante as interacções (Cicchetti, Ganiban & Barnett, 1991).

Outros investigadores referem como importantes a reactividade emocional, a reactividade ao stress, o temperamento, a emocionalidade positiva ou negativa (Masten, 2004; Masten & Curtis, 2000; Seligman, 2000). Geralmente estes constructos representam um conjunto diverso de sistemas associados ao cérebro e sistema endócrino que, agindo em consonância, modulam as manifestações do indivíduo face aos stressores e desafios emocionais.

A tristeza e a ansiedade ou um índice emocional negativo, quando comparadas a um estado emocional neutro, activam um conjunto de regiões cerebrais diferentes. Embora as bases neurobiológicas para o humor não tenham sido ainda claramente estabelecidas, através do fluxo sanguíneo cerebral e da taxa de metabolismo do açúcar pelos neurónios, as pesquisas têm localizado algumas áreas no córtex cerebral pré-frontal e no corpo caloso, cuja actividade se encontra frequentemente diminuída em pessoas depressivas (Drevets, Price, Simpson, Todd, Reich, Vannier & Raichle, 1997).

Uma outra área da investigação da emoção e que tem revelado ser bastante promissora para o estudo da resiliência é o estudo das assimetrias hemisféricas. Assim, se nos anos 50, o hemisfério esquerdo era considerado como o mais importante, investigações posteriores demonstrariam que ambos os hemisférios processam diferentemente a informação e que o



hemisfério direito detém também funções especiais e importantes (Gardner, 1993; Toga & Thompson, 2003). Genericamente, atribui-se ao hemisfério esquerdo a responsabilidade pelo processamento de informação verbal, por um funcionamento pautado pela análise e pela lógica e por um tratamento sequencial dos dados. Ao hemisfério direito é associado um processamento paralelo de informação, preferencialmente não verbal e figurativo, funções de síntese, de percepção e de organização espacial. Este tem sido também mais associado ao processamento de emoções, aos sonhos e fantasia (Gordon, 1978).

Goldberg (2002) destaca que os lobos frontais são muito importantes para a formação e o desenvolvimento do comportamento humano, para a definição de metas e objectivos e para o planeamento de estratégias e acções necessárias para a consecução destes objectivos. Martin (1997) relata que, na maioria das pessoas, na região frontal, no lobo direito, ocorrem os comandos para lidar com as situações novas de aprendizagem, entre outras, enquanto que o hemisfério esquerdo trabalha com as situações quotidianas.

De referir, no entanto que, a todo momento, existe um ciclo contínuo de informações, que partem do hemisfério direito para o hemisfério esquerdo, contrariando algumas regras clássicas, que determinam que o lobo esquerdo seja dominante, em relação ao hemisfério direito. Os estudos parecem apontar, ainda, para que o hemisfério esquerdo participe mais significativamente nos afectos positivos, enquanto que o direito medeia as emoções negativas (Hugudahl & Davidson, 2003). Evidências fortes sugerem que as emoções positivas e negativas exercem um impacto na activação das regiões pré-frontais, sendo que estudos realizados revelam um aumento da actividade E.E.E. a nível do hemisfério frontal direito, durante a expressão de emoções negativas como o choro, a tristeza e aumento da activação cerebral frontal esquerda durante a expressão de emoções como a felicidade. Assimetrias hemisféricas no E.E.G. são ainda observadas em crianças filhas de mães deprimidas e em adultos com quadros de depressão (Dawson, Frey, Panagiotides, Osterling & Hessel, 1997).

Não obstante estas relações os investigadores do campo recomendam extrema prudência e ponderação na interpretação deste tipo de dados que deve ser muito cuidadosa, aconselhando que a diferenciação hemisférica não pode ser exposta de uma forma muito radical, pois muitas dúvidas e questões permanecem ainda sem resposta (Gardner, 1993).

#### **4. APLICAÇÕES DA RESILIÊNCIA: POSSIBILIDADES E PROMESSAS**

Como foi já anteriormente referido, assistimos a uma mudança de

paradigma nas áreas da Saúde Mental e da Psicologia da Saúde. Progressivamente, o enfoque deslocou-se de uma intervenção clínica, tendo como base o indivíduo, considerado como carente de uma intervenção técnica, especializada, para um outro tipo de intervenção, cuja ponte crucial consiste na participação do indivíduo no processo do seu desenvolvimento psicossocial. Neste tipo de intervenção o técnico deverá fomentar a capacitação e a participação do indivíduo na vida comunitária, através da promoção de competências que lhe permitam sentir-se bem consigo mesmo e otimizar a sua relação com o envolvimento físico e social. O indivíduo deixa assim de ser considerado desviante ou um “fracasso do sistema” a necessitar de protecção mas, como um sujeito que, embora vulnerável, poderá encontrar estratégias que lhe permitam ultrapassar essa vulnerabilidade (Waaktaar, Christie, Borge & Torgersen, 2004).

Na base desta mudança conceptual encontramos uma série de pesquisas que sublinham que o risco de desajustamento pode ser minorado ao promover nos indivíduos competências gerais e específicas que lhes alarguem o repertório comportamental, os ajudem no processo de identificação das situações e problemas, a procurar e implementar soluções, a avaliar resultados e a manter ou alterar estratégias (Haase, 2004; Newman, 2002; Norman, 2000).

O melhoramento da qualidade de vida está, de acordo com esta concepção, centrado na capacidade de acção do sujeito, dos seus sonhos e expectativas face à sociedade e no reconhecimento da sua realidade de uma forma activa, transformando-a e enriquecendo-a.

Grandes evidências apontam para a eficácia da promoção e prevenção como estratégias fundamentais. Através da implementação de estratégias adequadas durante os primeiros anos de vida, é possível promover o desenvolvimento do bem-estar e a saúde mental, reduzindo conseqüentemente os problemas sociais e comportamentais, bem assim como os custos das estratégias de recuperação (Davey, Eaker & Walter, 2003).

O trabalho teórico e investigativo na área da resiliência tem vindo a sugerir diversas estratégias, salientando-se as propostas por Rutter (1987) e Masten (1994). Partilhando o mesmo racional, estes investigadores consideram a existência de quatro estratégias básicas para promover o desenvolvimento da resiliência individual.

Reduzir a vulnerabilidade e o risco é uma estratégia primária de prevenção. Por exemplo, os programas para reduzir a probabilidade da ocorrência de gravidez na adolescência e para promover uma gravidez saudável e normal desenvolvimento nas crianças, podem prevenir o desenvolvimento de situações de risco, como o baixo peso, as complicações perinatais ou ser criado por uma mãe adolescente. Também os danos causados pelo uso

prematureo ou exposição fetal ao álcool ou drogas podem ser evitados por intervenções preventivas.

A segunda estratégia básica consiste em reduzir a exposição a stressores e à adversidade. Sugerindo que a transição para a Escola Secundária é bastante stressante para os jovens que, nesta fase, ainda se encontram a debater os desafios da adolescência, aconselham a utilização de estratégias que possam reduzir a tensão e a ansiedade experimentada pelos jovens.

A terceira estratégia está relacionada com o aumento e disponibilidade dos recursos. Ao se falar em recursos, não devemos esquecer que estes incluem pessoas, materiais existentes no envolvimento e recursos pessoais do próprio. Os pais e os professores são recursos fundamentais para as crianças e jovens, pelo que quando se proporcionam a estes hipóteses para melhorar as suas funções, as crianças e jovens irão beneficiar indirectamente. Programas para promover o desenvolvimento das competências dos pais no que respeita à alimentação, cuidados de educação, etc, acabam também por ter repercussões e podem melhorar os recursos das crianças. De referir que, por vezes, não é a disponibilidade dos recursos mas sim a sua acessibilidade que está em causa, incluindo as diversas barreiras que podem ser também psicológicas.

A quarta estratégia para promover a resiliência consiste na mobilização dos processos protectores. Da investigação, as relações com os pais ou outros adultos emergiram como um factor protector chave, pelo que têm sido desenhados diversos programas que têm como objectivo melhorar a qualidade das relações pais-crianças dentro da família (*Head Start Programme, The Steps Toward Effective, Enjoyable Parenting – STEEP*, etc.).

Os resultados da avaliação de alguns programas de prevenção revelaram também que as intervenções para reduzir o impacto dos factores de risco e promover os factores protectores se devem dirigir a conjuntos de situações, mais do que focalizar situações pontuais, para além de que é ainda fundamental terem como suporte as forças e recursos da criança e família (Cyrulnik, Tomkiewicz, Guénard, Vanistendael, Manciaux *et al.*, 2003; Rew & Horner, 2003).

Embora não seja sustentável a ideia de que protegemos as crianças e jovens se os impedirmos de ficar expostos às adversidades da vida (Olsson, Bond, Burns, Vella-Brodrick & Sawyer, 2003), nem seja possível influenciar ou alterar a vulnerabilidade destes, é contudo viável promover o desenvolvimento de recursos protectores através de intervenções preventivas que promovam a resiliência. Efectivamente, muitos dos problemas que se desenvolvem na adolescência e podem ter as suas raízes na complexa dinâmica dos factores de risco que operam na idade escolar, são passíveis de ser prevenidos.

Para Resnick (2000) um desenvolvimento e uma boa saúde mental são suportados por um “environmental and lifestyle that provide a sense of personal involvement, belonging, responsibility, a sense of challenge, satisfaction, comradeship, love, pleasure, confidence and security” (p.160).

Neste sentido, promover intervenções que se dirijam aos factores sócio-culturais contextuais e construir, tendo como base as forças individuais e das famílias, mais do que focalizar os problemas, poderá responder a essas necessidades de saúde universais (Dryfoos, 1995). Estas abordagens compreensivas que têm em atenção o contexto cultural e ecológico têm revelado ser mais eficazes na promoção da resiliência e na diminuição dos comportamentos de risco.

Consentâneos com estes dados, os principais factores e processos identificados para a prevenção são as relações familiares, fundamentalmente as relações com os pais, o envolvimento escolar e o envolvimento comunitário.

No âmbito das relações familiares os programas de prevenção podem promover o desenvolvimento dos factores protectores entre os jovens, pelo desenvolvimento nos pais de competências que melhorem a comunicação familiar, a disciplina, criem regras firmes e consistentes e outras habilidades educativas.

Relativamente às relações com os pares, os programas de prevenção focalizam sobretudo, o desenvolvimento das competências sociais que envolvem a comunicação, promovem o desenvolvimento de relações positivas com os pares e comportamentos sociais aceitáveis.

No que se refere ao envolvimento escolar os programas de prevenção têm vindo a focar também a performance académica e o fortalecimento dos laços do aluno à escola, tendo como objectivo reduzir a probabilidade do abandono escolar e do uso de drogas ou outras substâncias.

Face ao envolvimento comunitário são utilizados geralmente programas de desenvolvimento cívico, religiosos, de reforço das normas sociais e comunitárias, etc. De salientar a existência de algumas organizações que tentam promover programas que favoreçam atitudes contra o uso de tabaco e/ou drogas, de aconselhamento e prevenção da gravidez na adolescência, etc.

De acordo com esta conceptualização o objectivo da prevenção deverá consistir na redução do impacto dos factores de risco e na promoção das competências pessoais e aumento das competências parentais. Neste sentido, a primeira linha de prevenção situa-se no período da pré-concepção em que os programas típicos se devem dirigir para uma educação sexual saudável, apoio e aconselhamento sobre os estilos de vida saudáveis. Estas intervenções visam, prioritariamente, obter resultados no que se refere à concepção planificada, desejada e saudável, à diminuição de gravidezes não desejadas e ao exercício consciente da cidadania.

A segunda linha deve situar-se no período pré-natal em que os programas se focalizam no apoio e educação na gravidez procurando a participação dos dois progenitores através do apoio familiar e parental, avaliação e vigilância dos aspectos psicossociais como saúde mental, violência, isolamento, privação afectiva, consumo de substâncias, etc. Estas intervenções visam, sobretudo, uma gravidez saudável e de termo e a prevenção de condutas parentais e familiares que possam trazer factores de risco acrescido ao desenvolvimento do indivíduo.

O período neonatal constitui também um momento fundamental a nível preventivo pois a atenção ao parto e nascimento, o *screening* físico e psicossocial ao recém-nascido, o apoio ao fomento da amamentação materna, a atenção à vacinação, etc, possibilitam o desenvolvimento saudável do recém-nascido com características saudáveis e um envolvimento seguro. Neste período é ainda, particularmente importante a detecção precoce de possíveis desordens na criança, permitindo uma avaliação precoce e intervenção. Esta irá ter papel fundamental na redução dos efeitos destes riscos na criança e na relação mãe-criança, pois é no interior desta interacção que se constroem os mecanismos psicológicos que favorecem as estratégias de auto-protecção do indivíduo e se desenvolve a resiliência. Neste sentido, uma das primeiras preocupações dos serviços será o estabelecimento de uma relação de confiança e aliança terapêutica com os pais, em que o objectivo principal consistirá no bem-estar da criança.

As investigações revelam ainda que, com este trabalho se melhoram também as competências maternas e as relações pais-criança, possibilitando que as mães desenvolvam uma maior confiança e, ao mesmo tempo se tornem mais capazes de reconhecer as suas limitações e de pedir ajuda, caso seja necessário. Aumentando a sensibilidade e disponibilidade das mães, reforça-se o vínculo mãe-criança e os factores protectores do desenvolvimento, diminuindo a probabilidade da criança ser submetida a maus tratos e negligências e aumentando ainda a sua capacidade de desenvolver um *self* mais diferenciado e de se tornar mais resiliente perante as adversidades (Fonagy, Steele, Steele, Leigh, Kennedy & Mettoon, 1996).

Do nascimento à entrada na escola é possível também promover uma série diversificada de intervenções preventivas incluindo os programas de apoio familiar à criança, pais e família em geral (Letourneau, Drummond, Fleming, Kysela & Stewart, 2001). Estes devem visar, fundamentalmente, o fortalecimento dos factores protectores no âmbito individual, familiar e comunitário e a promoção de uma boa saúde física e mental.

Apesar de um dos objectivos importantes, no âmbito da prevenção, consistir na redução da exposição das crianças e jovens aos factores de

risco, na maior parte das vezes tal não é possível. Assim, uma das formas de protegê-las e de evitar os efeitos nefastos dos riscos, tem consistido em ajudá-las a desenvolver os seus próprios mecanismos de resiliência. Neste sentido, um segundo nível de intervenção é a tomada de medidas de protecção à criança e jovem quando falha a possibilidade de se estabelecer uma aliança mãe-criança. Estas medidas devem permitir à criança estabelecer relações primárias estáveis e experiências emocionais positivas, num meio alternativo que assegure a continuidade de cuidados.

Segundo os investigadores no campo, as avaliações realizadas parecem comprovar a eficácia da adopção de abordagens com estas características, contribuindo para a promoção e aumento dos factores protectores e redução dos efeitos dos factores de risco, resultando numa melhoria significativa a nível da saúde mental e bem-estar de todos os membros da comunidade escolar. Não devemos, contudo, esquecer que o prognóstico será tanto melhor quanto mais precocemente conseguirmos intervir, pelo que, como refere Pedro Strech (2003) “*a solução apontada como a mais eficaz, continua a ser a prevenção, prevenir para não ter que remediar*” (p.69). Prevenir significa ainda não esquecer que a resiliência não é, nem pode ser uma vacina contra o sofrimento, nem um estado adquirido e imutável, mas um processo, um caminho a percorrer que se vai tecendo nas malhas do dia-a-dia!

## REFERÊNCIAS

- Ader, R. (1981). *Psychoneuroimmunology*. San Diego: Academic Press.
- Ben-Eliyahu, S., Shakhar, G., Page, G. G., Stefanski, V. & David, K. (2000). Suppression of NK cell activity and of resistance to metastasis by stress: A role for adrenal catecholamines and adrenoceptors. *NeuroImmunoModulation*, 8:54-106.
- Berk, L. (1994). *New Discoveries in Psychoneuroimmunology - An Interview with Dr. Lee S. Berk*. *Humor and Health Letter*, Vol. III, No.6, Nov/Dec.
- Boy, J. & Eckert, P. (2002). *Creating Resilient Educators: A global learning communities manual*. Australia Global Learning Communities. From <http://www.vision.net.au/~global-learning>
- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T. E., Mill, J., Martin, J. Craig, I. W., Taylor, A. & Poulton, R. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297:851-854.
- Cicchetti, D. (1984). The emergence of Developmental Psychopathology. *Child Development*. 55:1-7.
- Cicchetti, D. & Dawson, G. (2002). Multiple levels of analysis. *Development and Psychopathology*, 14: 417-420
- Cicchetti, D. & Rogosch, F. (1999). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology*, 9(4): 797-815.
- Cicchetti, D. & Tucker, D. (1994) Development and self-regulatory structures of the mind. *Psychopathology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cicchetti, D. & Walker, E. (2003) (Eds.). *Neurodevelopmental Mechanisms*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cicchetti, D., Ganiban, J. & Barnett, D. (1991). Contributions from the study of high risk populations to understanding the development of emotion regulation. In J. Garber & K. A. Dodge (Eds.). *The*

- development of emotion regulation and dysregulation.* (pp.15-48), New York: Cambridge University Press.
- Contreras, J. M., Kerns, K. A., Weimar, B. L., Gentzler, A. L. & Tomich, P. L. (2000). Emotion Regulation as a Mediator of Associations Between Mother-Child Attachment and Peer Relationships in Middle Childhood. *Journal of Family Psychology*, 14(1):111-124.
- Curtis, W. J. & Cicchetti, D. (2003). Moving research on resilience into the 21<sup>st</sup> century: Theoretical and Methodological considerations in examining the biological contributors to resilience. *Development and Psychopathology*, 15:773-810.
- Curtis, W. J. & Nelson, C. A. (2003). Toward building a better brain. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities.* (pp. 463-488), New York: Cambridge University Press.
- Cyrułnik, B., Tomkiewicz, S., Guénard, T., Vanistendael, S., Manciaux, M. y outros (2003). *El realismo de la esperanza – Testomios de experiencias profesionales en torno a la resiliencia.* Barcelona: Editorial Gedisa.
- Damásio, A. (1999). O Sentimento de Si – O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência. Lisboa: Publicações Europa-América.
- Davey, M., Eaker, D. G. & Walter, L. H. (2003). Resilience Processes in Adolescents: Personality Profiles, Self-Worth, and Coping. *Journal of Adolescent Research*, 18(4):347-362.
- Davidson, J. R. (2000). Affective style, psychopathology and resilience: Brain mechanisms and plasticity. *American Psychologist*, 55:1196-1214.
- Dawson, G., Frey, K., Panagiotides, H., Osterling, J. & Hessel, D. (1997). Infants of depressed mothers exhibit atypical frontal brain activity: A replication and extension of previous findings. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 38:170-186.
- Drevets W. C., Price J. L., Simpson J. R., Todd, R. D., Reich, T., Vannier M. & Raichle M. E. (1997). Subgenual prefrontal cortex abnormalities in mood disorders. *Nature*, 24, 386(6627):824-827.
- Dryfoos, J. G. (1995). Full-service schools: A revolution in health and services for children, youth, and families. San Francisco: Jossey-Bass.
- Egeland, B., Carlson, E. & Sroufe, A. L. (1993). Resilience as a process. *Development and Psychopathology*, 5(4): 517-528.
- Elbert, T., Pantev, C., Wienbruch, C., Rockstroh, B. & Taub, E. (1995). Increased use of the left hand in string players associated with increased cortical representation of the fingers. *Science*, 220:21-23.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R. & Mettoon, G. (1996). The relation of attachment status, psychiatry classification, and response to psychotherapy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(2): 281-291.
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waug, C. E. & Larkin, G. R. (2003). What Good are Positive Emotions in Crises? A Prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the USA on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2):365-387.
- Gallo, L. C. & Matthews, K. A. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin*, 129: 10-51.
- Gardner, H. (1993). *Arte, mente y cerebro.* Barcelona: Ediciones Paidós.
- Golberg, E. (2002). O cérebro executivo: lobos frontais e a mente civilizada. Rio de Janeiro: Imago.
- Gordon, H. (1978). Left hemisphere dominance for rhythmic elements in dichotomically presented melodies. *Cortex*, 14:58-70.
- Grotberg, E. H. (2003). *Resilience for Today: Gaining Strength from Adversity.* Praeger Publishers, Westport, CT.
- Gunnar, M. R., Morison, S. J., Chisholm, K. & Schuder, M. (2001). Salivarycortisol levels in children adopted from Romanian orphanages. *Development and psychopathology*, 13, 611-628.

- Haan, M. De, & Thomas, K.M. (2002). Applications of ERP and fMRI techniques to developmental science. *Developmental Science*, 5: 335–1343.
- Haase, J. E. (2004). The Adolescent Resilience Model as a Guide to Interventions. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21 (5), September-October 2004: 289-299.
- Hassed, C. (2001). How humour keeps you well. *Australian Family Physician*, Jan, 30(1):25-8.
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H.(1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11:213-218.
- Hugdahl K. & Davidson R. J. (2003). *The Asymmetrical Brain*. Massachusetts Institute of Technology.
- Izard, C. E., Schultz, D. & Levinson, K. L. (1998). Emotions and Mental Health: A critique and alternative approach. *Encyclopedia of Mental Health*, 2, (pp.124-132) H.S. Friedman: Academic Press.
- Johnson, J. L. (1999). Commentary: Resilience as transactional equilibrium. In Glantz, M. D. & Johnson, J. L. (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations*. (pp.123-135) New York: Plenum Press.
- Kandel, E. R. (1995). Brain and behavior. In Kandel, E. R., Schwartz, J. H. & Jessell, T. M. (eds.). *Essentials of neural science and behavior*. (pp.68-84), Appleton & Lange.
- Kumpfer, K. L. (1999). Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.). *Resilience and development: Positive life adaptations*. (pp.179-224), New York: Kluwer
- Letourneau, M., Drummond, J., Fleming, D., Kysela, G. & Stewart, M. (2001). Supporting Parents: Can Intervention Improve Parent-Child Relationships? *Journal of Family Nursing*, 7(29):159-187.
- Luthar, S. S. (2003)(Edt.). *Resilience and vulnerability: Adaptation in the Contexts of Childhood Adversities*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Luthar, S. S. & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for intervention and social policy. *Development and Psychopathology*, 12:857-885.
- Margolin, G. & Gordis, E. B. (2000). The effect of family and community violence in children. *Annual Review of Psychology*, 51:445-479.
- Martin E. (1997). Modulation of human medial temporal lobe activity by form, meaning and experience. *Hippocampus*, 7(6):587-593.
- Masten, A. S. (1994). Resilience in Individual Development: Successful Adaptation Despite Risk and Adversity. In Wang, M. C., & Gordon, E. W. (Eds.) (1994). *Educational Resilience in Inner-City America: Challenges and prospects*. (pp.3-35), Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Masten, A. S. & Curtis, W. J. (2000). Integrating competence and psychopathology: Pathways toward a comprehensive science of adaptation in development. *Development and Psychopathology*, 12:529-550.
- Masten, A. S. & Powell, J. L. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. (pp.1-25). New York: Cambridge University Press.
- Meyers, J. E. (2003). Coping with caregiving stress: a wellness-oriented strengths-based approach for family counselors. *The Family Journal: Counselling and Therapy for Couples and Families*, 11(2):153-161.
- Nelson, C. A. (1999). Neural plasticity and human development. *Current Directions in Psychological Science*, 8:42-45.
- Nelson, C. A., Bloom, F.E.Cameron, J. L., Amaral, D., Dahl, R. E. & Pine, D. (2002). An integrative multidisciplinary approach to the study of brain-behaviour relations in the context of typical and atypical development. *Development and Psychopathology*, 14:499-520
- Newman, T. (2002). *Promoting resilience: A review of Effective Strategies for Child Care Services*. Centre for Evidence-Based Social Services, Barnardos: Giving Children Back their Future.
- Norman, E. (2000). Introduction: The strengths perspective and resiliency enhancement-A natural partnership. In E. Norman (Ed.), *Resiliency Enhancement: Putting the Strengths Perspective into Social Work Practice* (pp.1-16). New York: Columbia University Press.



- Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodrick, D. & Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26:1–11.
- Pereira, J. R., Reis, A. M & Magalhães, Z. (2003). Anatomia das áreas activáveis nos usuais paradigmas em ressonância magnética funcional. *Acta Médica Portuguesa*, 16:107-116.
- Resnick, M. D. (2000). Protective factors, resiliency, and healthy youth development. *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*, 11:157-164.
- Rew, L. & Horner, S. (2003). Youth Resilience Framework for Reducing Health-Risk Behaviors in Adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(6):379-388.
- Rosenzweig, M. R. (1996). Aspects of the search for neural mechanisms of memory. *Annual Review of Psychology*, 47:1-32.
- Rutter, M. & Sroufe, L. A. (2000). Developmental Psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12:265-296.
- Sapolsky, R. M. (2000). The possibility of neurotoxicity in the hippocampus in major depression: A primer on neuron death. *Biological Psychiatry*, 48:755-765.
- Schleifer, S. J., Scott, B., Stein, M. & Keller, S. E. (1986). Behavioral and development aspects of immunity. *Journal of the American of Child Psychiatry*, 26:715-763.
- Seligman, M. E. P. (1995). *The optimistic child*. New York: Harper Perennial.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M., (2000). Positive Psychology, an introduction. *American Psychologist*, 55:5-14.
- Shonkoff, J. & Phillips, D. (2000) *From neurons to neighbourhoods: The science of early childhood development*. New York: National Academy Press.
- Solomon G. F. (1998). *Immune & Nervous System Interactions*. Malibu: Funde for Psychoneuroimmunology.
- Solomon G. F & Moos R. H (1964) - Emotions, immunity, and disease: a speculative theoretical integration. *Archives of General Psychiatry*, 11:657-674.
- Strecht, P. (2003). *À margem do Amor - notas sobre a delinquência juvenil*. Pelas Bandas da Psicanálise, Lisboa: Assírio & Alvim.
- Takahashi, T., Masuda, A., Osada, H., Yatabe, Y., Kozaki, K, Tatematsu, Y. & Hida, T. (2001). Protective Function of p27<sup>KIP1</sup> against Apoptosis in Small Cell Lung Cancer Cells in Unfavorable Microenvironments. American Journal of Pathology, 158(1): 87-96**
- Toga, A. W. & Thompson, P. (2003). Mapping Brain Asymmetry. *Nature Reviews Neuroscience*, 4(1):37-48.
- Waaktaar, T., Christie, H. J., Borge, A. I., & Torgersen, S. (2004). How can Young People's Resilience be Enhanced? Experiences from a Clinical Intervention Project. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(2):167-183.
- Watson, C. & Gametchu, B. (1999). Membrane-initiated steroid actions and the proteins that mediate them. *Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine*, 46:220-229.

# SATISFAÇÃO PROFISSIONAL E SAÚDE

JOANA SANTOS

*Universidade do Algarve – Portugal*

A satisfação no trabalho tem-se revelado uma das principais áreas de estudo e interesse no âmbito da Psicologia, quer por razões históricas (valorização progressiva da qualidade de vida no trabalho e do desenvolvimento pessoal em todas as esferas da vida), quer por razões de carácter funcional (pelo seu valor intrínseco, bem como pelas suas relações com outras importantes variáveis, como a produtividade, o absentismo e o abandono), constituindo uma das variáveis dependentes mais importantes no âmbito da investigação organizacional (Staw, 1984, *cit. in* Lima, Vala, & Monteiro, 1988).

### 1.1. ANÁLISE DO SIGNIFICADO DO TRABALHO

Ao longo da última década do século XX e do princípio do século XXI temos assistido a transformações no mundo laboral resultantes de múltiplos factores, como sejam, a internacionalização e a globalização dos processos económicos (um crescente incremento da competitividade à escala mundial), o papel das tecnologias de informação e de comunicação (uma maior flexibilidade e integração de produção e comunicação), as novas condições sociais (crescente democratização das sociedades numa perspectiva de “aldeia global”) e as alterações demográficas (envelhecimento da população).

A visibilidade das mudanças no universo laboral repercutem-se quer na emergência de novas formas de trabalho, quer na crescente qualificação dos trabalhadores e feminização das sociedades, quer no aumento da heterogeneidade étnica e cultural da força do trabalho, estabelecendo-se

uma nova rede de relações entre a actividade laboral, a força do trabalho e o tempo para actividades de lazer, conforme se observa na figura 1.1.

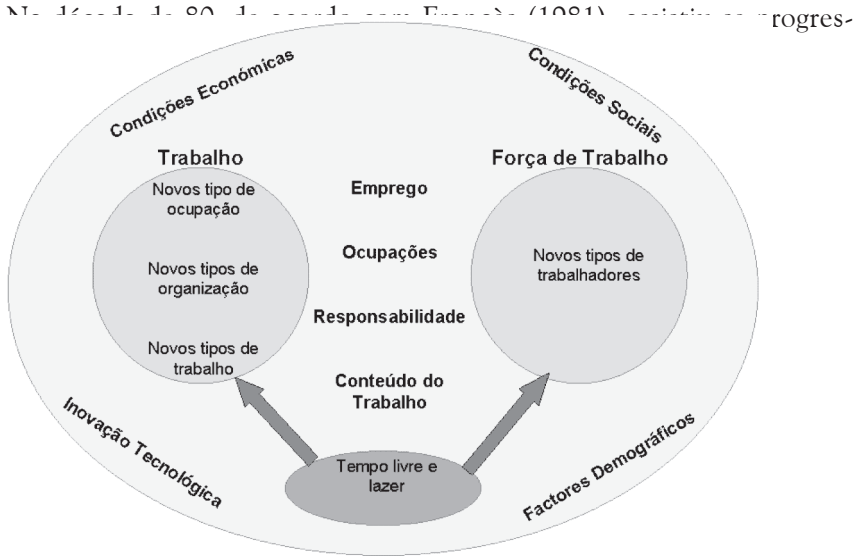


Figura 1.1 – A natureza mutável do contexto de trabalho (Peiró, Prieto, & Roe, 1996, in Seco, 2000, p. 57)

sivamente a uma mutação das diferentes condições e factores inerentes ao trabalho que conduziram a uma desvalorização do mesmo face a uma importância crescente dos valores associados à família e às actividades de lazer. Esta concepção está de acordo com a visão de Peiró, Prieto e Roe (1996) e Weaver (1997) que consideram registar-se um declínio da “ética do trabalho”, ou seja, a crença de que constitui uma obrigação social ou uma necessidade económica vem sendo substituída pela perspectiva do trabalho como oportunidade de expressão e de realização pessoal, num contexto de crescente autonomia e independência.

Efectivamente, para a maioria dos adultos, trabalhar constitui mais do que uma ocupação e/ou salário, sendo um modo de estar na vida (ou mesmo um modo de vida). É no âmbito profissional que muitos adultos experienciam um sentido de valorização pessoal e de estatuto social, podendo constituir uma fonte de diferenciação ou integração social (Steers & Porter, 1991).

A centralidade do trabalho (“grau de importância que o acto de trabalhar tem na vida do indivíduo”) conduziu Quintanilla (1990) a apresentar os resultados de um estudo, o qual incluía dados referentes ao Japão (n=3226), aos Estados Unidos (n=1002) e à República Federal da Alemanha (n=1278), tendo sido encontradas diferenças significativas entre os três países. Aos

japoneses (valores expressivos assumiam maior relevância) associava-se uma maior centralidade no trabalho, seguidos dos americanos e, finalmente, os alemães (factores económicos classificados como os mais importantes).

Assim, embora a noção de trabalho seja complexa e multidimensional constitui um factor preponderante no estabelecimento de determinado estilo de vida, condicionando, em grande parte, as actividades que o indivíduo realiza, as relações sociais, as expectativas, as transformações, os prazeres, mas também as frustrações da vida diária.

## 1.2. A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL: SUA IMPORTÂNCIA

A dimensão profissional tem constituído o objectivo de grande parte dos estudos teóricos e empíricos, não obstante a importância diferencial atribuída na vida em geral e da polémica relativa à heterogeneidade dos factores ligados ao trabalho.

O número de razões que justificam esta preocupação pelo fenómeno da satisfação profissional é bastante vasto. Em primeiro lugar, constitui uma variável percebida como o fim em si mesma, ou seja, o bem-estar geral é um dos principais objectivos de vida (Seco, 2000). Em segundo lugar, porque constitui um constructo com implicações noutras atitudes e comportamentos, quer individuais, quer organizacionais.

Os ideais de uma elevada satisfação profissional associada a uma alta produtividade, bastante valorizados nas sociedades pós-modernas, têm encontrado pouco suporte empírico (Robbins, 1996). De facto, estudos demonstram que esta relação é bastante reduzida, no sector público, registando também maiores índices de não satisfação, comparativamente ao sector privado (Wright & Davis, 2001).

Contrariamente, estudos realizados através de inquéritos de opinião ao longo das últimas décadas verificaram que, independentemente do nível e natureza da organização, cerca de 80% dos profissionais afirmam estarem satisfeitos com o trabalho que realizam, embora não em todas as dimensões (Robbins, 1996).

Neste sentido, parece-nos pertinente retomar os resultados dum estudo internacional acerca da satisfação profissional (Rodrigues, 1995). No quadro 1.1. apresentamos apenas a percentagem de população muito satisfeita.

De acordo com os resultados obtidos, verifica-se que uma pequena percentagem de portugueses (17%) se mostrava muito satisfeita com o seu trabalho, sendo um dos países com menores níveis de satisfação profissional.

Lopes (2002, *cit. in* “Expresso” nº 1564 de 19.10.2002, Dossiers Especiais) afirma que um relatório da Organização Internacional de Tra-

Quadro 1.1 – Resultados dum estudo internacional acerca da satisfação no trabalho (in Rodrigues, 1995, p. 42)

Satisfação com o Trabalho	Muito Satisfeitos (%)
Estados Unidos da América	50
Áustria	47
Alemanha Ocidental	44
Noruega	42
Países Baixos	40
Inglaterra	39
Israel	36
Itália	34
Portugal	17
Hungria	13

balho revela que 3,5% do PIB da União Europeia é gasto no tratamento de problemas mentais, dos quais uma percentagem elevadíssima pode ser associada ao trabalho. Face a esta tendência dos resultados, e partindo do pressuposto de que o sucesso das reformas passa pelo empenho, motivação e satisfação dos profissionais activos, uma análise do bem-estar afigura-se uma questão inadiável.

### 1.3. CONCEITO DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

O estudo da satisfação profissional começou a assumir o interesse dos teóricos a partir do momento em que o modelo taylorista da organização do trabalho foi posto em causa, face à teoria Humanista de Elton Mayo (1930). Deste modo, importa compreender os diferentes fenómenos inerentes à evolução do conceito de satisfação profissional (Santos, 2001; Seco, 2000).

De acordo com Locke (1976), podemos distinguir três escolas de pensamento na evolução histórica da satisfação no trabalho: a escola físico-económica (“*Physical-Economic School*”), a escola das relações humanas (“*Social ou Human Relations School*”) e a escola do desenvolvimento pelo trabalho (“*Work itself or growth School*”).

A escola físico-económica tem como principal representante Taylor (1912), autor da concepção de organização científica do trabalho, a qual se caracteriza pela divisão do trabalho, atribuindo elevado significado ao tempo e método de trabalho utilizado nas diferentes instituições. Esta

perspectiva estabelece uma correspondência entre o que é produzido e o que é ganho pelos operários, já que estes iriam auferir o salário em função do trabalho executado (Locke, 1976).

A principal crítica feita à escola físico-económica e à teoria de Taylor consiste na desvalorização da dimensão humana existente no contexto de trabalho, partindo do pressuposto que não influenciaria a satisfação profissional dos trabalhadores. Nesta conjuntura, a insatisfação dos trabalhadores era bastante elevada, pelo que a tónica passou a ser colocada nos indivíduos, em detrimento de uma escola que privilegiava a máquina (Marquis & Huston, 1999).

A escola das relações humanas interessou-se pelos fenómenos interpessoais que ocorrem no meio profissional, fazendo com que emergissem teorias mais humanistas, as quais, ao procurarem explicar a satisfação do trabalhador, valorizavam simultaneamente a sua individualidade e personalidade.

Elton Mayo é o principal representante da escola das relações humanas e desenvolveu, fundamentalmente na década de 30, um conjunto de estudos na Electric Company em Hawthorne com o intuito de harmonizar os objectivos pessoais dos trabalhadores com os objectivos colectivos da empresa, valorizando as relações interpessoais existentes no contexto de trabalho. Nestes estudos pretendeu realçar a importância do factor humano, começando por analisar a fadiga e a ausência de pausas e os respectivos efeitos na actividade e no comportamento dos grupos.

Na década de 60, McGregor, um dos principais seguidores de Mayo, verificou existir uma relação significativa entre a forma como os administradores tratavam os seus empregados e a sua satisfação profissional. O autor considerou fundamental valorizar as necessidades de auto-estima e de independência dos trabalhadores. Sempre que estas necessidades não estavam satisfeitas ficavam progressivamente desanimados e insatisfeitos, fazendo com que a produtividade diminuísse e, em última instância, saíssem da empresa (Marquis & Huston, 1999).

Para Marquis e Huston (1999) a escola do desenvolvimento, considera que o indivíduo pode desenvolver-se e atingir a sua satisfação e realização pessoal através de factores e pressupostos inerentes ao trabalho e ao próprio trabalhador. Assim, a partir desta perspectiva, o estudo da satisfação deixa de se centrar nos factores extrínsecos ao trabalho, passando a considerar-se a forma como os indivíduos encaram a sua relação com o próprio trabalho e as possibilidades de desenvolvimento que este lhes possa oferecer. Desta forma, Herzberg (1977) desenvolveu a teoria dos dois factores (higiénicos ou motivacionais), demonstrando que há factores responsáveis pela satisfação profissional que contrastam com os factores que produzem insatisfação

profissional.

A abordagem histórica acima apresentada, embora muito sucinta e concisa, aborda as principais fases relativas às principais três escolas do estudo da satisfação e os principais representantes.

Ao longo de todo o percurso histórico, o principal problema subjacente à temática em análise adveio sempre da falta de consenso sobre o significado da “satisfação no trabalho”, pelo que encontramos uma diversidade de definições. Vroom encara a satisfação laboral como “o conjunto de orientações afectivas do sujeito em relação aos papéis profissionais que desempenha, no momento; atitudes positivas são conceptualmente equivalentes à satisfação profissional; atitudes negativas em relação à sua vida profissional são conceptualmente equivalentes à insatisfação profissional” (1964, p. 99). Na mesma linha de definições genéricas, e salientando os sentimentos, Hackman e Oldham associam a satisfação no trabalho ao “grau de felicidade e de bem-estar que o indivíduo apresenta no trabalho” (1975, p. 162). Por seu turno, para Vala e colaboradores “trata-se de um construto que visa dar conta de um estado emocional positivo ou de uma atitude positiva face ao trabalho e às expectativas em contexto de trabalho” (1994, p. 110).

#### 1.4. MODELOS TEÓRICOS DA SATISFAÇÃO E DA MOTIVAÇÃO PROFISSIONAIS

Da multiplicidade de definições é possível constatar que inúmeras teorias, de natureza diversa, têm sido desenvolvidas no sentido de explicar a satisfação profissional. Contudo, e como grande parte delas se relaciona estreitamente com as teorias da motivação no trabalho, é importante ressaltar que não descrevem o mesmo processo. A satisfação refere-se ao sentimento do sujeito pelo alcance ou não dos resultados pretendidos, enquanto a motivação profissional diz respeito aos factores que levam o sujeito a agir em contexto laboral, no sentido de alcançar determinados objectivos (Jesus, 1996). Noutra distinção, satisfação no trabalho define-se em termos de respostas afectivas, enquanto a motivação para o trabalho refere-se às avaliações sobre a importância do trabalho e dos resultados esperados para o indivíduo (Bravo, Peiró & Rodriguez, 1996).

De modo a sistematizar algumas dessas teorias, optámos por seguir o critério de Locke (1976), o qual distingue entre as conceptualizações mais focalizadas no conteúdo e as de natureza mais processual:

- As teorias dos conteúdos pretendem especificar as necessidades importantes para o indivíduo satisfazer, de modo a se sentir realizado no trabalho. Enquadram-se nesta categoria: a pirâmide das necessidades de

Maslow, a teoria dos dois factores de Herzberg e a teoria das necessidades aprendidas de McClelland;

- As teorias processuais consideram que a motivação e a satisfação profissionais dependem do indivíduo perceber que o trabalho que desempenha permite a concretização dos seus objectivos ou valores. Nesta categoria enquadram-se: os modelos expectativa – valor, as teorias da discrepância e a teoria da adaptação ao trabalho.

Ao longo da exposição das teorias tentaremos estabelecer a relação entre a motivação e a satisfação profissionais.

#### ***1.4.1. Teorias dos conteúdos***

As teorias dos conteúdos procuram compreender as necessidades intrínsecas que conduzem cada indivíduo a adoptar determinado tipo de comportamento.

##### **1.4.1.1. Hierarquia das necessidades de Maslow**

Para Maslow (1954) os indivíduos são motivados a adoptar determinado tipo de comportamento mediante uma hierarquia de necessidades individuais humanas.

Assim, para este autor, os indivíduos estariam motivados por cinco níveis de necessidades que constituem uma hierarquia. Às primeiras, fisiológicas, correspondem as necessidades indispensáveis à sobrevivência (ar, água, alimentos, etc.). Em seguida, encontram-se as necessidades de segurança, as quais implicam a protecção dos danos físicos e emocionais. Às necessidades sociais correspondem o desejo de pertença, amizade e aceitação do grupo social. As necessidades de auto-estima constituem factores internos, nomeadamente a autonomia, a auto-confiança, o sentido de realização e o valor pessoal, bem como factores externos, como seja o reconhecimento, o prestígio e a atenção por parte dos outros. Por último, as necessidades de realização abrangem as necessidades de crescimento e realização pessoal. Para Maslow, as necessidades superiores não se satisfaziam sem primeiro estarem satisfeitas as primárias, daí a designação de hierarquia de necessidades.

Deste modo, a hierarquia demonstrou que o ser humano possui, não somente necessidades fisiológicas, mas também verdadeiramente psicológicas. Estas necessidades estão relacionadas umas com as outras de forma hierárquica e, segundo o desenvolvimento, ordenadas de acordo com a força e a prioridade (Pereira, 1999).

A principal conclusão que se pode retirar, a partir desta classificação, é a de que, num contexto de bem-estar económico e de pleno emprego, as necessidades mais baixas da hierarquia estão normalmente satisfeitas.



Nesta hierarquia, estabelecendo um paralelismo entre a motivação e a satisfação, podemos afirmar que o indivíduo se encontra motivado para despende esforço com vista à satisfação das sucessivas necessidades. Naturalmente, conforme vai atingindo patamares superiores, a sua satisfação também acompanha.

Ao nível da profissão docente, investigações diversas têm verificado que os professores se encontram, geralmente, satisfeitos ao nível das necessidades mais baixas, mas significativamente menos satisfeitos nos outros três níveis (Mills, 1987; Seco, 2000).

Na mesma linha, para Jesus (1996) os estudos que seguem esta teoria apontam para uma maior insatisfação profissional dos professores ao nível das necessidades mais elevadas (reconhecimento e desenvolvimento profissional), inclusivamente num grau superior ao verificado noutras profissões.

De modo similar, investigações demonstram que os enfermeiros se encontram satisfeitos ao nível das necessidades mais baixas e insatisfeitos no que concerne às necessidades mais elevadas (Graça & Sá, 1999).

Deste modo, afigura-se relevante que os órgãos de gestão escolar e hospitalar promovam o reconhecimento e a auto-actualização dos seus professores e enfermeiros para que estes melhorem a competência e, em última instância, a maior estima por si próprios e pelos outros.

Embora esta conceptualização tenha recebido um amplo reconhecimento, provavelmente devido à sua fácil compreensão, esta clássica hierarquia tem obtido escassas ou inexistentes evidências empíricas. Para Ferreira (2001) as limitações da teoria proposta por Maslow estão também relacionadas com uma confusão entre valores (diferem de indivíduo para indivíduo mediante o contexto social) e necessidades (inatas e universais).

#### **1.4.1.2. Teoria dos dois factores de Herzberg**

A teoria dos dois factores de Herzberg (1959) apresenta muitos pontos comuns com a de Maslow, existindo mesmo autores que têm procurado fazer corresponder as necessidades de Maslow aos factores de Herzberg (Jesus, 1996).

Herzberg, Mausner e Snyderman (1959, *cit. in* Seco, 2000) conseguiram identificar cinco factores responsáveis pela satisfação dos trabalhadores: a realização, o reconhecimento, a responsabilidade, o trabalho em si, a possibilidade de progressão na carreira. Estes factores, designados por motivadores ou de conteúdo, estão associados aos aspectos intrínsecos do trabalho, equivalentes às necessidades de estima e realização de Maslow. Em contraste, a insatisfação surgia constantemente relacionada com factores extrínsecos, nomeadamente as estratégias administrativas, o estilo de chefia, as relações interpessoais, o salário e as condições de trabalho. Estes

factores denominaram-se de higiénicos, correspondendo às necessidades de segurança e sociais da pirâmide de Maslow.

A partir dos resultados encontrados, e contrariando as perspectivas tradicionais, o autor sugere que o oposto da satisfação é a não satisfação e que o inverso da insatisfação é a não insatisfação. A grande novidade desta teoria reside no postulado da independência entre factores de satisfação e de insatisfação, ao contrário das teorias tradicionais que pressupunham uma continuidade entre os dois pólos.

Neste sentido, os factores intrínsecos referem-se à natureza do próprio trabalho desempenhado, tendo paralelismo com as necessidades mais elevadas da pirâmide de Maslow. Os factores extrínsecos referem-se ao contexto de trabalho (periféricos à actividade profissional) e relacionam-se com os níveis inferiores propostos por Maslow, tal como se pode ver na figura 1.2.

Este modelo diferencia os factores responsáveis pela motivação dos indivíduos (intrínsecos), distinguindo-os daqueles que podem contribuir para a (in) satisfação dos profissionais (extrínsecos). Deste modo, para Herzberg os primeiros influenciam a quantidade de esforço que o indivíduo vai despende e os segundos são responsáveis pela componente afectiva destes no local de trabalho.

Uma das principais críticas apontadas à teoria de Herzberg reside nas

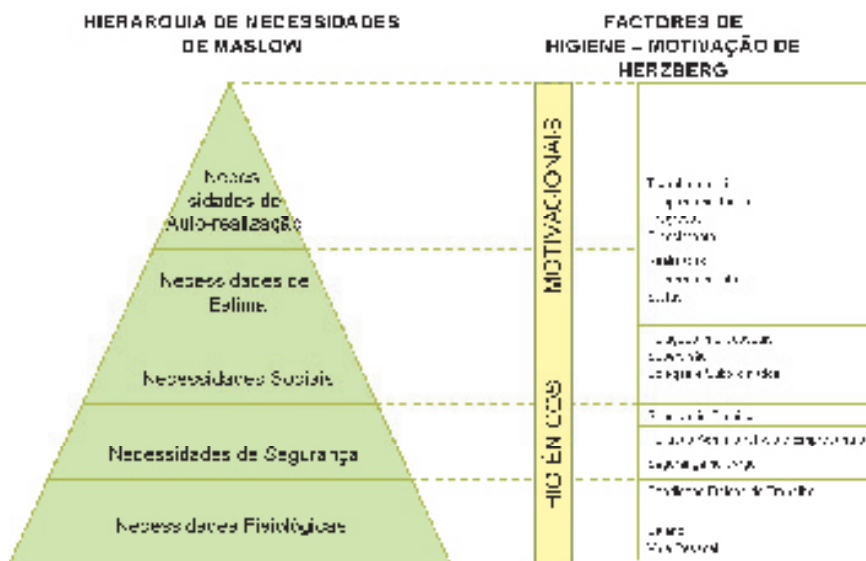


Figura 1.2 – Modelo de correspondência entre os factores de Herzberg e de Maslow (in Fachada, 2001, p. 432)

amostras que utilizou. Estudos desenvolvidos com operários demonstraram que alguns factores defendidos por Herzberg como higiênicos (salário, segurança no trabalho) foram referidos como motivacionais. Outra crítica apontada diz respeito à fraca confirmação empírica a que esta teoria foi sujeita (Ferreira, 2001).

Na sua investigação Herzberg não utilizou professores, nem enfermeiros. No intuito de verificar a aplicabilidade desta teoria, na profissão docente, têm sido realizadas diversas investigações com professores. Por exemplo, Evans (1998) não confirmou a tendência dos dois factores, parecendo que a satisfação-insatisfação dos professores parece situar-se num contínuo único, sendo os factores responsáveis pela satisfação também factores de insatisfação, no caso de estarem ausentes.

No entanto, no que respeita aos enfermeiros, os resultados de Quintela e Santos (1996) confirmam a teoria de Herzberg. Os valores mais baixos foram obtidos nas dimensões condições de trabalho, remuneração e relação com os superiores (factores higiênicos); enquanto os valores mais elevados foram a realização profissional e a posição sócio-profissional (factores motivacionais).

Apesar dos resultados serem contraditórios e inconclusivos, a teoria dos dois factores de Herzberg constitui um contributo para a compreensão da natureza da satisfação profissional e apresenta uma grande ligação prática ao mundo do trabalho.

Em síntese, as teorias de Maslow e de Herzberg apresentam em comum a importância da satisfação das necessidades de ordem superior, como o sentido de pertença ou as necessidades de realização pessoal, na determinação do bem-estar em contexto laboral. Por seu turno, Hersey e Blanchard (1977) defendem que podem completar-se, na medida em que a de Maslow é mais útil na identificação das necessidades enquanto que a de Herzberg se adequa mais à identificação dos incentivos que permitem satisfazer essas necessidades (*cit. in Jesus, 2000*).

#### **1.4.1.3. Teoria das necessidades aprendidas de McClelland**

O autor considerou a existência de três necessidades motivacionais fundamentais, que variam de indivíduo para indivíduo, em termos de frequência e grau: a necessidade de realização (desejo de ser bem sucedido), a necessidade de poder (desejo de influenciar o comportamento dos outros) e a necessidade de afiliação (desejo de estabelecer relações interpessoais amigáveis e próximas).

Para McClelland (1961) os indivíduos com elevada necessidade de

realização (“high achievers”, na expressão do autor) estabelecem objectivos exigentes (mas exequíveis) e estão motivados para um *feedback* relacionado com o desempenho. Estes esforçam-se para desempenhar as tarefas de forma exemplar e buscam a realização pessoal através dos seus desempenhos, assumindo a responsabilidade pessoal nesse êxito. Tais características conduzem a que se sintam satisfeitos em situações de trabalho estimulantes e competitivas, reagindo mal à monotonia e rotina. Com base em alguns estudos empíricos, poderá estabelecer-se uma relação entre a necessidade de realização e a satisfação profissional (Robbins, 1996).

Os indivíduos com elevada necessidade de poder empenham-se no exercício da influência e do controlo sobre os outros, valorizando o prestígio e o estatuto. Os melhores líderes apresentam uma elevada necessidade de poder e uma baixa necessidade de afiliação. Assim, esforçam-se e investem com vista ao exercício poder e a sua satisfação será tanto maior quanto o controlo exercido sobre os outros.

Relativamente à necessidade de afiliação, os indivíduos fortemente motivados por esta necessidade valorizam situações de cooperação e compreensão mútuas. Três características estão associadas a esta necessidade: desejo de aprovação e confiança, tendência para agir de acordo com as normas vigentes e um verdadeiro interesse pelos sentimentos e avaliações dos outros. Para estes indivíduos o esforço é canalizado para a cooperação e encontram-se satisfeitos se existirem relações interpessoais baseadas na confiança recíproca.

Para McClelland estas necessidades são aprendidas no contexto das experiências de vida do indivíduo, sendo sobretudo as práticas educativas na infância as que determinam a realização do indivíduo.

O problema da utilização deste modelo com objectivos preditivos advém das necessidades variarem inter e intra-individualmete, consoante os tempos e os lugares. Neste sentido, Robbins (1996) considera que os dados utilizados pelo autor apresentam uma generalização limitada, uma vez que foram obtidos a partir de amostras constituídas apenas por homens americanos. Além de que a perspectiva de uma alta realização funciona como factor motivador intrínseco pressupõe o desejo de aceitar tarefas de risco (exclui países com elevado grau de instabilidade e incerteza face ao futuro), o que varia consoante as características culturais. No caso particular do nosso país, um estudo realizado por Rodrigues (1995) demonstra que a população portuguesa valoriza excessivamente os aspectos materiais, pelo que as conclusões de McClelland não são aplicáveis à nossa sociedade.

No que respeita à actividade docente e de enfermagem, em Portugal, parece-nos ainda não poderem ser perspectivadas como profissões nas quais

os indivíduos com elevada necessidade de realização encontrarão uma boa satisfação, uma vez não se encontra o efeito de dimensões relevantes (*feedback*) sobre o trabalho desempenhado (Seco, 2000). Optámos por incluir esta teoria no nosso estudo por considerarmos que os seus pressupostos, nomeadamente em termos de necessidades de realização e de afiliação, se relacionam com os desafios que os profissionais em análise enfrentam diariamente. Estes profissionais parecem necessitar de algumas características de “high-achievers”, uma vez que as suas situações de trabalho se caracterizam por um apelo crescente à tomada de decisões autónomas. Constituindo-se por duas profissões de relação, as necessidades de afiliação parecem imprescindíveis.

Os modelos teóricos que apresentámos completam-se entre si, pois cada um acrescenta algo para a compreensão da satisfação / motivação profissionais. Os três quadros conceptuais apresentados sugerem, em comum, a importância da satisfação das necessidades de ordem superior (sentido de pertença, oportunidades de realização pessoal) na determinação do bem-estar em contexto de trabalho. A teoria de Maslow mostra-se bastante útil na compreensão das necessidades dos indivíduos; enquanto a teoria de Herzberg assume relevância na identificação dos incentivos que permitem satisfazer as referidas necessidades; e McClelland admitiu a existência de diferenças intra e inter-individuais, salientando o papel da aprendizagem na identificação das necessidades.

Especificamente, a teoria de Herzberg (1959) poderá ser interpretada como uma teoria que abrange e diferencia as variáveis motivacionais extrínsecas (relativas às teorias de conteúdo), com as variáveis motivacionais intrínsecas (relativas às teorias de processo e de resultado). Neste sentido, afigura-se inevitável apresentar o contributo destas últimas na interpretação da satisfação no trabalho.

### **1.4.2. Teorias processuais**

As teorias processuais consideram as dinâmicas inerentes ao desenvolvimento da percepção de bem-estar em contexto laboral. De acordo com estas teorias, as pessoas são diferentes em relação àquilo que as motiva e as suas motivações variam no tempo, logo a satisfação também irá sofrer oscilações de pessoa para pessoa e no decurso do tempo. A forma como as motivações se manifestam também varia de pessoa para pessoa. Assim, “é geralmente aceite que as teorias processuais oferecem uma melhor explicação teórica da motivação para o trabalho e, conseqüentemente, da satisfação, do que as teorias de conteúdo” (Barnabé & Burns, 1994, p. 171).

#### **1.4.2.1. Teoria da expectativa**

No domínio das teorias da expectativa, a teoria de Vroom (1964) é considerada uma das mais aceites, visto constituir uma conceptualização pioneira no âmbito dos modelos cognitivos de expectativa–valor, que emergiram na década de 60. O grande contributo destes modelos expectativa–valor está relacionado com a inclusão da variável expectativa, permitindo enfatizar a dimensão de futuro do comportamento humano.

De acordo com Ferreira *et al.* (2001), Vroom baseou-se em três tipos de relações para formular a sua teoria da expectativa:

1. Relação Esforço/Desempenho – probabilidade percebida pelo indivíduo de que o seu esforço conduzirá a um determinado desempenho;

2. Relação Desempenho/Recompensa – grau em que o indivíduo acredita que determinado desempenho conduzirá à obtenção do resultado desejado;

3. Relação Recompensa/Objectivos Pessoais – grau em que as recompensas organizacionais são percebidas como atractivas, no sentido de satisfazer as necessidades ou objectivos pessoais.

A estes três tipos de relações o autor acrescentou cinco conceitos chave que funcionam como pilares da teoria, sendo os resultados (o que a organização proporciona ao profissional como contrapartida do seu desempenho), a valência (grau de atracção que o resultado representa para o indivíduo), a instrumentalidade (percepção do grau de relação entre o desempenho e os resultados alcançados), a expectativa (aquilo que a pessoa antevê como provável resultado, em função do seu desempenho) e a força (quantidade de esforço dispendido ou a tensão existente no interior da pessoa, capaz de a motivar). Os factores mais importantes para a determinação da motivação no trabalho são, em primeiro lugar, os resultados e a respectiva valência. Em segundo lugar, a teoria ressalta a importância da instrumentalidade. Por fim, a expectativa traduz-se numa relação entre o esforço e o desempenho.

Em termos gerais, a teoria das expectativas de Vroom considera que o comportamento é orientado para objectivos e resultados, sendo este escolhido, bem como o esforço e a persistência, em função do valor dos resultados e da expectativa de alcançá-los. O indivíduo só se encontrará altamente motivado para desempenhar uma determinada tarefa, mediante a sua expectativa de que o esforço que irá despendar será recompensado. Por sua vez, a satisfação profissional será tanto maior quanto o profissional sentir que as recompensas obtidas estão em consonância com o esforço motivacional dispendido.

À semelhança de muitas outras teorias também esta foi alvo de numerosos estudos empíricos, tendo em vista a validação dos seus pressupostos

(Robbins, 1996; Seco, 2000). O estudo de Lima *et al.* (1994) constatou que esta abordagem constitui a que estatisticamente dá mais conta das respostas relativas à satisfação no trabalho.

As relações esforço-desempenho e desempenho-recompensa, tais como definidas por Vroom, não são claramente percebidas pelo professor, pelo que a sua experimentação na profissão docente (em Portugal) constitui uma condição idealista. Deste modo, a utilização da teoria das expectativas, num esforço de compreensão processual da satisfação profissional dos professores, afigura-se-nos limitada. Os professores não progridem na carreira pela prática da docência na sala de aula, mas pelo relatório que apresentam, pelo tempo de serviço e pelas acções creditadas que frequentam. Por seu turno, na actividade de enfermagem, a progressão na carreira está mais sujeita a aspectos ligados ao desempenho profissional, tornando mais fácil o estudo destes profissionais com base nesta teoria.

Algumas críticas sugerem que a teoria tem uma utilização limitada e algo idealista, uma vez que são poucos os indivíduos que percebem uma alta correlação entre o seu desempenho e as recompensas no contexto de trabalho (Ferreira *et al.*, 2001; Robbins, 1996; Chiavenato, 1987).

Apesar das críticas de que tem sido alvo, os pressupostos da teoria em análise constituem um contributo para a compreensão da problemática, ao salientarem a importância do resultado e o facto deste representar uma elevada atractividade para o indivíduo. Por seu turno, realça a importância do estabelecimento de regras que tendam a relacionar desempenho e recompensa. Independentemente do maior ou menor realismo e racionalidade dos incentivos definidos no plano motivacional, importa destacar a natureza individual das expectativas.

#### 1.4.2.2. Teoria da discrepância

No âmbito das teorias da discrepância, a satisfação depende do grau de concordância entre o que o indivíduo procura no trabalho e o que realmente obtém. Este pressuposto serviu de base a muitas teorias, diferenciadas em função da combinação e estruturação das facetas de trabalho e dos critérios de comparação utilizados.

Na opinião de Bravo, Peiró e Rodriguez (1996) as discrepâncias podem ser de dois tipos: interpessoais e intra-pessoais. As primeiras surgem do processo de comparação que as pessoas estabelecem entre si e os outros, quando se trata de avaliar a sua satisfação no trabalho. As outras resultam de um processo psicológico de comparação entre a percepção das experiências reais de trabalho e os critérios de comparação pessoal, os quais podem remeter para as necessidades do indivíduo, valores ou recompensas esperadas.

No âmbito das formulações conceptuais de discrepâncias interpessoais insere-se a teoria da equidade de Adams (1965), segundo a qual o indivíduo apresenta maiores probabilidades de se sentir insatisfeito quando percebe que a relação entre os seus contributos para a organização e os benefícios que daí retira é menos satisfatória que a experienciada por outros trabalhadores. À luz desta teoria, a inequidade constitui uma força motivacional, ou seja, se o indivíduo considera não ter sido tratado com a devida equidade em relação aos outros (experiência injustiça e desagrado), tenta eliminar essa inequidade através do *rácio inputs/resultados* (Thierry & Koopman-Iwema, 1987).

Para Ferreira *et al.* (2001) interessa ressaltar os seguintes elementos: a pessoa que se compara; a outra com quem é comparada; os *inputs* ou recursos da própria pessoa e os *outputs* ou resultados. Do processo comparativo que a pessoa estabelece podem surgir três situações: a igualdade relativamente aos rácios; a desigualdade em relação aos rácios, isto é, os resultados do outro serem superiores aos do indivíduo que se compara (inequidade por defeito); e a desigualdade em relação aos rácios, ou seja, os resultados da pessoa que se avalia serem superiores relativamente aos outros (inequidade por excesso). As inequidades conduzem o indivíduo à acção, no sentido de repor um equilíbrio, conforme se encontra represen-

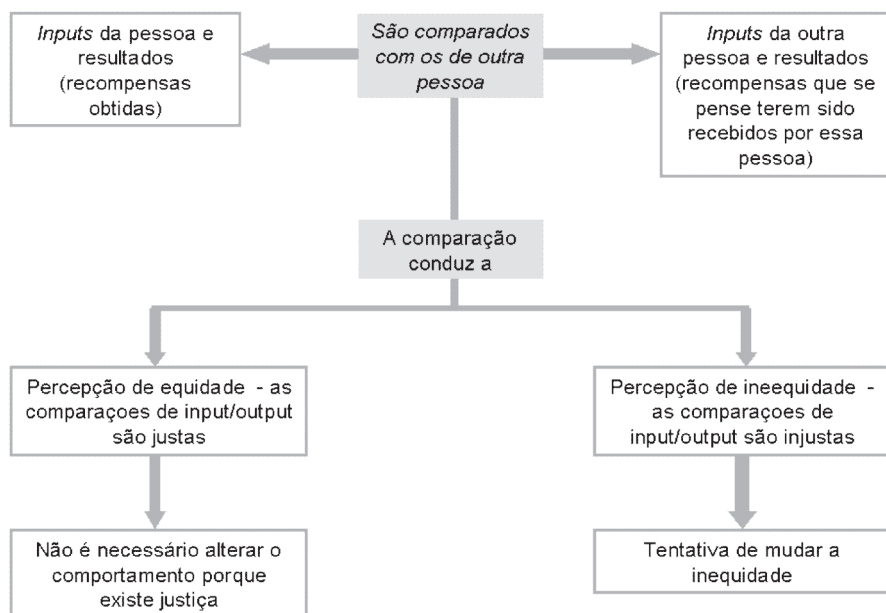


Figura 1.3 – Modelo explicativo da teoria da equidade em relação aos inputs e resultados (in Chiavenato, 1987, p. 280)



tado na figura 1.3.

De acordo com Witt e Nye (1992), os resultados concluem que a equidade é uma componente importante da satisfação profissional, uma vez que os trabalhadores que experienciam equidade nos salários e nas promoções apresentam uma maior tendência para se sentirem satisfeitos. Assim, a percepção de equidade constitui, quer uma força motivadora para o indivíduo investir no trabalho, quer um elemento da satisfação profissional.

Os obstáculos associados à operacionalização do modelo proposto por Adams advêm da ambiguidade de todo o processo de comparação social, da teoria não considerar adequadamente as diferenças individuais e da investigação se ter centrado fundamentalmente nas repercussões da compensação monetária (Robbins, 1996; Seco, 2000).

Lawler (1981), no que respeita às teorias da discrepância intra-pessoal, acentua a importância da relação entre os objectivos que o indivíduo espera ver realizados na situação de trabalho (expectativas) e as características que ele percebe nessa situação (respostas da organização). A satisfação profissional resulta do grau de discrepância percebida pelo indivíduo entre o que espera receber do seu trabalho e o que realmente recebe. A relação estabelecida entre a expectativa do indivíduo e a resposta da organização irá influenciar o esforço despendido pelo indivíduo e, conseqüentemente, a sua satisfação profissional.

As teorias da discrepância trazem um contributo para a satisfação no trabalho, uma vez que se verifica, algumas vezes, um desfasamento entre as expectativas do indivíduo e os resultados obtidos na situação de trabalho.

#### 1.4.2.3. Modelo das características do trabalho

O modelo das características do trabalho, proposto por Hackman e Oldham (1975), valoriza as características da tarefa, embora associando variáveis cognitivas ou motivacionais.

Por um lado, para os autores existem formas ideais de organização do trabalho (aquelas que apresentam maior autonomia, identidade e *feedback*) que, uma vez postas em prática, conduzirão ao aumento da satisfação. Por outro lado, defendem a existência de uma variável intra-individual mediadora entre a satisfação e as características da função: a necessidade de desenvolvimento dos sujeitos. Assim, consideram que a intervenção ao nível das características e do conteúdo do trabalho terá tanto mais impacto na satisfação quanto maior a necessidade de desenvolvimento dos indivíduos.

Assim, as formas ideais de realização da tarefa proporcionam um aumento da satisfação profissional do indivíduo. Porém, a motivação para o trabalho estará associada à sua necessidade individual de desenvolvimento,

a qual irá influenciar a quantidade de esforço despendido.

Algumas críticas apontadas a este modelo salientam a inevitabilidade de refinamentos, nomeadamente a necessidade de contemplar o efeito da dimensão temporal na relação entre as características do trabalho e os resultados (Algera, 1990). Lima *et al.* (1994) realizaram um estudo que aponta no sentido da validade deste modelo. O instrumento de recolha de dados utilizado na presente investigação tem por base este modelo pois, ao realçar a importância de algumas características pessoais na determinação da satisfação profissional, ajusta-se à especificidade das duas profissões consideradas, professores e enfermeiros, visto serem alicerçadas nas relações que se estabelecem com os outros (“emotional labor”).

Sem nos pretendermos alongar nos modelos teóricos motivacionais e, simultaneamente, da satisfação no trabalho, gostaríamos de concluir frisando a inconsistência entre os modelos, o que parece constituir uma das explicações mais relevantes para a divergência de posições no que se refere à motivação e à satisfação e à caracterização dos factores que a condicionam e influenciam. No entanto, parece-nos que, na complementaridade entre as teorias, reside a possibilidade de acedermos a uma compreensão, detalhada e global, do constructo em análise. Se as teorias dos conteúdos abordadas se preocupam mais pela identificação dos valores e/ou das necessidades quase universais que importam alcançar para o indivíduo se sentir satisfeito, as teorias processuais pretendem explicar o dinamismo inerente à concretização de tais necessidades e valores.

### 1.5. SATISFAÇÃO E PROFISSÕES DE AJUDA: INVESTIGAÇÕES REALIZADAS

Nos últimos anos, a investigação tem demonstrado que professores e enfermeiros apresentam elevados índices de insatisfação profissional, o que também constitui um preocupante problema social. As reformas educativas e de saúde só podem ter sucesso se houver empenhamento, satisfação e motivação destes profissionais, pelo que a análise e o desenvolvimento da satisfação profissional afigura-se-nos uma questão inadiável.

No âmbito da actividade docente, um estudo clássico de Prick (1989), com a participação de professores de vários países da Europa (Alemanha, Áustria, Bélgica, Espanha, Holanda e Portugal), verificou que, em qualquer faixa etária, os professores portugueses são os que apresentam menor índice de satisfação profissional. A mesma investigação constatou que, comparativamente àqueles que haviam exercido a docência e optaram por ingressar noutra profissão, os indivíduos que continuam na docência têm índices de satisfação mais baixos. Estes resultados revelam a menor satisfação dos

professores, comparativamente a outros grupos profissionais.

No mesmo sentido, Jesus (1996), referindo-se às investigações de Travers e Cooper (1993), afirma que, em comparação com a população em geral, os professores apresentam, de forma significativa, uma menor satisfação profissional.

Nos enfermeiros também tem sido demonstrada a existência de insatisfação profissional, como é o caso dum estudo realizado no Centro Regional de Oncologia de Coimbra que concluiu existir uma elevada insatisfação profissional nos enfermeiros, registando-se o valor mais baixo na dimensão social (Ferreira, 2001). Num outro estudo com enfermeiros portugueses, Queirós (2004) verificou que um em cada quatro enfermeiros apresenta *burnout* (sobretudo quando há pouca união na equipa de enfermagem), variável que tem uma correlação muito significativa com a insatisfação profissional (Mendes, 1996).

Sobre a satisfação profissional algumas investigações têm verificado a influência de variáveis socio-demográficas e/ou sócio-profissionais, pelo que, de seguida, iremos analisar a influência de algumas destas variáveis, em particular em estudos realizados com professores e enfermeiros.

Kacmar e Ferris (1989) consideraram prematura a conclusão de uma associação linear e positiva entre a satisfação no trabalho e a **idade**. Com base numa amostra de enfermeiros os autores confirmaram essa tendência, mas apenas no que se refere à satisfação proporcionada pelo trabalho em si. Nas outras dimensões da satisfação verificaram uma relação em “U”, ou seja, se no início da vida profissional experienciavam alguma satisfação com o salário auferido, com as oportunidades de progressão na carreira e com as interações estabelecidas com os colegas, esta tendia a diminuir, até determinada idade, a partir da qual se registava uma ligeira subida.

A natureza desta relação também foi estudada com professores portugueses. Em particular, Rosa (1991) encontrou uma relação estatisticamente significativa entre o grau de satisfação em que os docentes se posicionavam e o nível etário. No mesmo sentido, Prick (1989), num estudo em que participaram professores de vários países europeus, verificou que, no caso dos professores portugueses, a satisfação com o trabalho aumenta à medida que eles envelhecem.

Em relação à influência da variável **género sexual**, na opinião de Smith, Smits e Hoy (1998), os estudos demonstram diferenças na satisfação profissional relacionadas com o sexo, normalmente a favor das mulheres, enquanto Herzberg *et al.* (1957, *cit. in* Witt e Nye, 1992) sugeriram que os estudos comparativos entre homens e mulheres na satisfação no trabalho não chegaram a quaisquer conclusões acerca das diferenças.

Em relação aos profissionais de saúde, Gonçalves (1998) menciona que os homens se encontram mais satisfeitos com as necessidades de auto-estima, sociais, o que vai ao encontro do defendido por Llopis (1993) que alega que os homens, de uma maneira geral, estão mais satisfeitos no trabalho que as mulheres.

Na actividade docente as professoras parecem revelar-se mais satisfeitas do que os seus colegas do género masculino (Barros, Neto, & Barros, 1991; Melo, Gomes, & Cruz, 1997). A marcada feminização do grupo profissional dos professores parece traduzir que a profissão em si mesma surge mais como constrangimento para eles do que para elas (Seixas, 1997). De facto, o desejo de abandono da profissão é maior nos professores do sexo masculino (46,8%) do que no feminino (30,8%), afirmando os homens, em maior percentagem, ter entrado na docência por ausência de alternativas (Cruz *et al.*, 1998).

O **estado civil** tem-se revelado importante, pois um grande número de investigações, em diversos contextos profissionais, realça a maior satisfação com o trabalho por parte das pessoas casadas, tendência que parece manter-se em relação ao bem-estar com a vida em geral (Dienner & Suh, 1997; Bilgic, 1998). Para além da importância dum parceiro afectivo como fonte de suporte, permitindo amenizar as dificuldades experienciadas ao nível da esfera do trabalho, os benefícios do casamento encontram-se geralmente associados aos da maternidade e paternidade.

Em Portugal, o estudo de Cruz *et al.* (1988) concluiu que são os professores não casados e que não têm filhos, ou que sendo casados têm cônjuges sem profissão, aqueles que manifestam maior desejo de deixar a docência. De modo similar, numa investigação realizada por Vieira e Relvas (2003) verificou-se que os professores casados e com filhos apresentam índices de satisfação mais elevados.

As **habilitações literárias**, embora influentes, só explicam uma parte limitada da variância dos resultados da satisfação (Francês, 1984). No contexto português, Rodrigues (1995) verificou que os indivíduos pertencentes aos grupos sociais de nível educacional e estatuto mais elevados identificavam como principal motivo de satisfação o “trabalho interessante”, valorizando mais do que os outros o tempo livre. Tal constatação pode sugerir uma relação entre as habilitações e o acesso a determinados recursos económicos, sociais e culturais, desenvolvendo-se expectativas e objectivos específicos em relação aos seus aspectos mais intrínsecos.

No entanto, em relação aos enfermeiros, Gonçalves (1998) concluiu que aqueles que não possuíam nem bacharelato, nem licenciatura apresentavam maior satisfação profissional do que os licenciados.

No caso da actividade docente, Seco (2000) refere que quando a um determinado nível de qualificação académica se associa um melhor salário, interacções mais facilitadas com os órgãos de gestão e maior autonomia, é provável que o professor experimente sentimentos de satisfação. Contudo, o grau académico mais elevado pode gerar percepção de sobrequalificação face à natureza do trabalho a desenvolver pelo docente.

A segurança do emprego faz parte do passado, pelo que a força motriz duma carreira terá que vir do próprio indivíduo. Daí que alguns autores defendem a importância das variáveis profissionais na explicação do grau de satisfação no trabalho.

Davis e Newstrom (1992), ao analisarem a relação entre o tempo de serviço e a satisfação no trabalho, verificaram que o **tempo de experiência** constituía um preditor mais consistente e estável do que a idade cronológica.

Num estudo com uma amostra de enfermeiros, Santos (2001), concluiu que os mais velhos, com mais tempo de exercício profissional e com mais tempo de exercício em instituições de serviços de saúde mental e psiquiatria tendem a apresentar menor nível de satisfação. Rodrigues (2000), numa amostra de enfermeiros da Sub-região de Saúde de Viseu, constatou que os enfermeiros com menos dum ano de experiência profissional apresentam um mais baixo nível de satisfação profissional.

Na investigação de Seixas (1997), com base no cruzamento de entrevistas e questionários aplicados a uma amostra de 336 professores, estratificada em função da antiguidade na carreira e dos diversos níveis de ensino, aponta para a existência de três fases no percurso profissional: a primeira até aos 10 anos de experiência, a segunda entre os 11 e os 25 anos e a última entre os 26 e os 35 anos de actividade docente. Assim, tal como na idade, se numa primeira fase há um crescente aumento da satisfação, em seguida passa a haver um desinvestimento progressivo, para, numa última fase, aumentar novamente a satisfação no trabalho. Em oposição, num estudo de Neto e Barros (1991), com base numa amostra de 308 professores, verificou-se um aumento da satisfação profissional com o tempo de experiência docente, ou seja, os professores menos experientes são aqueles que se revelaram menos satisfeitos.

Muito embora alguns estudos tenham demonstrado a influência de algumas variáveis sócio-demográficas e sócio-profissionais sobre a satisfação profissional, é praticamente um lugar comum que as pessoas continuam, de um modo geral, menos satisfeitas profissionalmente do que seria desejável. Deste modo, há uma infinidade de variáveis que também podem contribuir determinantemente para a satisfação, não necessariamente as

categorizadoras dos indivíduos.

Num estudo efectuado por Santos (2005), compreendendo uma amostra

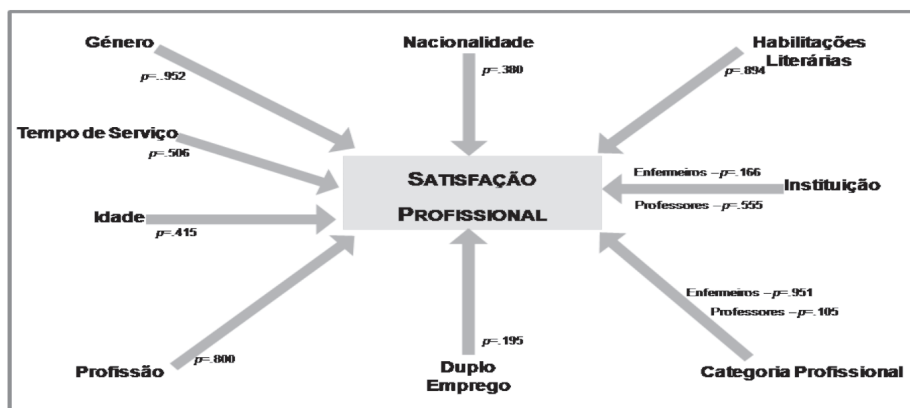


Figura 1.4 – Diagrama das relações existentes entre as variáveis sócio-demográficas e a satisfação profissional – níveis de significância

de 210 enfermeiros e professores, respectivamente, de dois centros de saúde e um hospital e de quatro escolas de Portugal, concluiu-se que, conforme é possível observar pela figura 1.4, as variáveis sócio-demográficas e sócio-profissionais têm pouca influência na determinação da satisfação profissional.

De modo a completar a análise da influência das variáveis sócio-demográficas sobre a satisfação profissional, no mesmo estudo, realizou-se uma equação de regressão múltipla, a qual demonstra a associação entre as variáveis caracterizadoras dos indivíduos e a potencial influência destas na explicação da satisfação com o trabalho

Quadro 1.2 – Resultado obtidos na equação de regressão múltipla das variáveis sócio-demográficas na explicação da satisfação profissional

Variáveis	Satisfação Geral					
	Beta	t	p	R <sup>2</sup>	F	p
V.Sócio-demográficas				.022	.669	.698
Profissão	.251	.467	.641			
Género	.010	.150	.881			
Nacionalidade	.079	.969	.334			
Habilitações Literárias	.013	.152	.879			
Instituição	-.174	-1.188	.236			
Categoria Profissional	-.093	-.171	.864			
Duplo Emprego	-.079	-1.140	.256			

A proporção de variabilidade da satisfação que é explicada pelo conjunto das variáveis sócio-demográficas não é significativa, sendo apenas de 2%.

No mesmo sentido, algumas investigações têm salientado a pequena percentagem de variância explicada pelas variáveis sócio-demográficas na satisfação profissional, abrindo o campo explicativo para a dimensão de natureza psicológica e para as variáveis do próprio contexto organizacional (Champman & Lawlwer, 1982; De Frank & Stroup, 1989; Dinham, 1995; Huebner & Mills, 1994; Íman, 1990; Santagelo & Lester, 1985, *cit. in* Seco, 2000).

## REFERÊNCIAS

- Algera, J. A. (1990). The job characteristics model of work motivation revisited. In U. Kleinbeck, H. Quast, H. Thierry, & H. Hacker, *Work Motivation*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- André, O., & Neves, A. (2001). A satisfação profissional dos enfermeiros em serviços de urgência. *Nursing*, 157, 15-19.
- Barbosa, E. N. (1999). *Influência da cultura organizacional sobre a satisfação e as respostas comportamentais*. Dissertação de Mestrado não publicada. Lisboa: Departamento de Psicologia Social e das Organizações, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Barnabé, C., & Burns, M. (1994). Teacher's job characteristics and motivation. *Educational Research*, 36, 171-185.
- Barros, J. H., Neto, F., & Barros, A. M. (1991). Nível de satisfação dos professores – teoria e investigação. *Psychologica*, 5, 53-63.
- Bravo, M. J., Pieró, J. M., & Rodriguez, I. (1996). Satisfacción laboral. In J. Prieto (Eds.), *Tratado de psicología del trabajo*. Madrid: Editorial Síntesis, Vol. I, 344-393.
- Bilgic, R. (1998). The relationship between job satisfaction and personal characteristics of Turkish workers. *Journal of Retailing*, 73 (1), 39-61.
- Bretz, R. D., & Judge, T. A. (1994). Person-organization fit and the theory of work adjustment: Implications for satisfaction, tenure and career success. *Journal of Vocational Behavior*, 44, 32-54.
- Burke R. J. (1996). Sources of job satisfaction among employees of a professional services firm. *Psychological Reports*, 78, (3), 1231-1234.
- Bussing, A. (1993). A dynamic view of Job satisfaction in psychiatric nurses in Germany. *Work and Stress*, 6, 239-259.
- Carochinho, J. B. (1998). *Satisfação no trabalho, compromisso e cultura organizacional: um estudo empírico na banca com base no modelo dos valores contrastantes*. Dissertação de Mestrado não publicada. Lisboa: Departamento de Psicologia Social e das Organizações, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Chiavenato, I. (1987). *Teoria Geral da Administração*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Costa, N. (1998). *A saúde dos trabalhadores hospitalares*. Lisboa.
- Cruz, M. B., Dias, A. R., Sanches, J. F. Ruivo, J. B., Pereira, J. C., & Tavares, J. J. (1988). A situação do professor em Portugal. *Análise Social*, Vol. XXIV (14-104), 1187-1293.
- Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C., & Cabral-Cardoso, C. (2003). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. Lisboa: RH Editora.
- Davis, K., & Newstrom, J. W. (1992). *Comportamento humano no trabalho: uma abordagem psicológica*. São Paulo: Pioneira (Biblioteca Pioneira de Administração e Negócios).
- Diener, E. & Suh, M. E. (1997). Subjective well-being and age: An international analysis. *Annual*

## SATISFAÇÃO PROFISSIONAL E SAÚDE

*Review of Gerontology e Geriatrics*, 17, 304-324.

Dinham, S. & Scott, C. (1996). *Teacher satisfaction, motivation and health: Phase one of the Teacher 2000 Project*. (ERIC Document Reproduction Service, nº ED 405295).

Direcção Regional de Educação (2002-2003). *A Educação no Algarve*. [online]. Disponível: <http://www.drealg.min-edu.pt/> (2005, Junho, 5).

Evans, L. (1998). *Teacher morale, job satisfaction and motivation*. London: Sage Publications,

Fachada, M. O. (2001). *Psicologia das Relações Interpessoais*. Lisboa: Edições Rumo.

Ferreira, M. M. C. (2001). O relacionamento interpessoal – um instrumento básico em enfermagem. *Revista Servir*, 49 (1), 8-11.

Ferreira, J., Neves, J., & Caetano, A. (2001). *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: McGraw-Hill.

Francês, R. (1984). *Satisfação no trabalho e no emprego*. Porto: Rés Editora.

Gonçalves, A. A. (1998). Satisfação profissional dos enfermeiros especialistas. *Revista Referência*. Coimbra, 1,41-48.

Graça, L. (1999). A Satisfação profissional dos profissionais de saúde nos centros de saúde. In *Instrumentos para a Melhoria Contínua da Qualidade*. Lisboa: Direcção de Saúde, Sub-Direcção para a Qualidade, 11-19.

Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1975). Development of the job diagnostic survey. *Journal of Applied Psychology*, 60 (2), 159-170.

Jesus, S. N. (1996). *A Motivação para a Profissão Docente*. Coleção ciências da educação e desenvolvimento humano, 14. Aveiro: Estante Editora.

Jesus, S. N. (1998). *Bem-Estar dos Professores: estratégias para realização e desenvolvimento profissional*. Porto: Porto Editora.

Jesus, S. N. (2001). Factores de Mal e de Bem-Estar em Profissionais de Educação e de Saúde. In Universidade do Algarve. *Estudos de Homenagem ao Prof. Doutor Gomes Guerreiro*. Faro: Fundação para o desenvolvimento da Universidade do Algarve, 199-206.

Jesus, S. N., Pacheco, J. E., & Santos, J. C. V. (2003). Escala de estilos de vida saudável de profissionais de saúde. *Encontro: Revista de Psicologia*, 8 (VIII), 5- 8.

Kacmar, K. M. & Ferris, G. F. (1989). Theoretical and methodological considerations in the age job satisfaction relationship. *Journal of Applied Psychology*, 74 (2), 201-207.

Lawler, E. E. (1981). *Pay and Organizational development*. Addison-Wesley: Reading MA.

Lima, M. L., Vala, J., & Monteiro, M. B. (1988). Os determinantes da satisfação no trabalho. *Análise Psicológica*, VI, 3 e 4, 441-457.

Llopis, A. (1993). Motivación Laboral: creación de círculos de calidad. *Revista Rol de Enfermería*, 176, 33-38.

Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfactions. In M. Dunnette (ed.) *Handbook of industrial and organizational behaviour*. New York: Rand McNally.

McGowan, B. (2001). Self Reported Stress and its Effects on Nurses. *Nursing Standart*, 15 (8), 33-38.

Marquis, B., & Boeck, K. (1999). *Administração e Liderança em Enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.

Mason, E. S. (1995). Gender differences in job satisfaction. *Journal of Social Psychology*. 135, 143-151.

Melo, B., Gomes, A., & Cruz, J. F. (1997). Stress ocupacional em profissionais de saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*. 2 (1), 53-71.

Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde – Princípios Básicos*. São Paulo: Manole.

Mills, H. (1987). Motivating your staff to excellence: Some considerations. *NASSP Bulletin*, 12, 37-40.

Monteiro, A. A. P. (1995). *HDE, uma burocracia profissional? – Estudo monográfico de um hospital distrital*. Dissertação de Mestrado não publicada. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.



- Neto, F., & Barros, J. H. (1992). Solidão nos professores. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVI (1), 1-17.
- Peiró, J. M., & Prieto, F. (1996). *Tratado de psicología del trabajo*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Precioso, J. (2004). Educação para a saúde na universidade: um estudo realizado em alunos da Universidade do Minho. *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias*, 3, 2.
- Prick, I. G. (1989). Satisfaction and stress among teachers. *International Journal of Educational Research*, 13 (4), 363-377.
- Quintela, M. J., & Santos, P. (1996) Satisfação profissional dos enfermeiros do hospital distrital de Lamego. *Revista Servir*, 44, 22-31.
- Rodrigues, M. L. (1995). Atitudes da população portuguesa perante o trabalho. *Organizações e Trabalho*, 14 33-63.
- Rodrigues, V. (2000). Satisfação profissional dos enfermeiros dos centros de saúde da sub-região de Viseu. *Nursing*. 141, 32-36.
- Robbins, S. P. (1996). *Organizational Behavior: Concepts, Controversies, applications*. New Jersey: Prentice Hall International Editions.
- Rosa, A. M. (1991). *As representações da actividade docente dos professores e a satisfação profissional: Um estudo sobre professores numa escola do ensino secundário*. Dissertação de Mestrado não publicada. Lisboa: Departamento de Educação da Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa.
- Santos, A. C. (2001). *Ideologias, modelos e práticas institucionais em saúde mental e psiquiatria – A satisfação dos técnicos de saúde mental e psiquiatria em função dos modelos institucionais*. Lisboa: Quarteto Editora.
- Santos, F. T. (1996). *Atitudes e crenças dos professores do ensino secundário: Satisfação descontentamento e desgaste profissional*. Lisboa: Instituto de Renovação Educacional.
- Santos, J. C. V. (2004) *Cultura organizacional e satisfação profissional – Estudo realizado num hospital privado*. Dissertação de Licenciatura não publicada. Faro: Departamento de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve.
- Santos, M. E. V. (1996). *Desafios Pedagógicos para o século XXI: suas raízes em formas de mudança de natureza científica, tecnológica e social*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Seco, G. (2000). *A satisfação na actividade docente*. Dissertação de Doutoramento não publicada. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Smith, P. L., Smits, S. J., & Hoy, F. (1998). Employee work attitudes: The subtle influence of gender. *Human Relations*, 51 (5), 649-666.
- Thierry, H. & Koopman-Iwema (1987). Motivation and satisfaction. In Drenth, p. J., Thierry, H., Willems, P. J., & Wolff, C. *Handbook of work and organizational psychology*. (vol. I), 137-174.
- Tzeng, H-M, Ketefian, S., & Redman, R. W. (2002). Relationship of nurses'assessment of organizational culture, job satisfaction and patient satisfaction with nursing care. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 79-84.
- Vandenbergh, C. (1999). Organizational culture, person-culture fit and turnover: a replication in the health care industry. *Journal of Organizational Behavior*, 20, 175-184.
- Vroom, V. H. (1964). *Work motivation*. New York: John, Wiley & Sons.
- Werneck, H. (1996). *Como vencer na vida sendo professor. Depende de você!* São Paulo: Petrópolis Vozes.
- Witt, L. A., & Nye, L. G. (1992). Gender and relationship between perceived fairness of pay or promotion and job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 77 (6), 910-917.
- Wright, B. E., & Davis, B. S. (2003). Job satisfaction in public sector: The role of work environment. *American Review of Public Administration*, 33, 1, 70-90.

# QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE

CAMILA BERNARDES DE SOUZA  
*Universidade Metodista de São Paulo – Brasil*

Na sua significação mais geral, Qualidade de Vida é a medida do grau de satisfação das pessoas com os aspectos físicos, emocionais, bem-estar social, estilo de vida, moradia e situação econômica. Envolve sistemas de valores, expectativas e perspectivas pessoais que variam de acordo com a cultura e o grupo e podem ser definidos como a sensação de bem-estar.

Felicidade, bem-estar, liberdade, necessidades satisfeitas, equilíbrio, prosperidade, sucesso, desenvolvimento e boa vida são vocábulos frequentemente utilizados como sinônimos de Qualidade de Vida sob o ponto de vista do senso comum.

Na linguagem cotidiana utilizada pela população em geral, no enfoque dos gestores políticos, militantes de movimentos de direitos humanos e grupos ecológicos, o termo genérico Qualidade de Vida está associado ao desenvolvimento social econômico (acesso à tecnologia), ao desenvolvimento cultural (maior consumo de arte e cultura) e ao acesso a bens de consumo, tais como viagens, automóveis, telefone, computador e maior variedade de utilidades domésticas. Está relacionado ao modo, estilo e à condição de vida, transitando pelo campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos (Minayo, Hartz & Buss, 2000).

Nesse modo de conceituar Qualidade de Vida encontramos, com frequência, nos jornais e nas revistas de circulação nacional, frases que incentivam sua promoção, discursos e promessas de melhoria que em nada se aproximam do conceito relacionado aos diferentes campos do saber da pesquisa em saúde. Esse conceito global está relacionado a variáveis objeti-

vas, tais como pobreza, qualidade do ar e da água, índices de criminalidade e outros indicadores sociais e econômicos de desenvolvimento.

Nas propostas de Bowling (1998); e Soni & Cella (2002) Qualidade de Vida engloba não apenas a capacidade funcional, mas também as dimensões que envolvem o desempenho de papéis, o grau e a qualidade da interação social, o bem-estar psicológico, as sensações somáticas e a satisfação com a vida .

### **O QUE É QUALIDADE DE VIDA?**

O termo Qualidade de Vida tem origem, segundo Nogueira (2002), na preocupação com a deterioração das condições de vida impostas pelo desenvolvimento econômico predador do meio ambiente e, portanto, envolve particularidades econômicas, sociais, ambientais, políticas e obviamente questões relacionadas à saúde das populações.

Seidl & Zannon (2004) referem que o termo apareceu na literatura médica por volta de 1930, mas as publicações referentes ao tema cresceram exponencialmente a partir de 1980.

A principal base de dados para pesquisa em saúde, Medline-Pubmed (junho 2007) mostra que, entre 1965 e 1980, estão referenciadas cerca de 570 pesquisas envolvendo o termo qualidade de vida. Sempre em ascendência, o número de trabalhos nos anos 1980 ultrapassa 3.600 referências. Entre os anos 2004 e 2007, o número de referências que, de alguma maneira, envolvem o estudo da qualidade de vida em saúde cresce para mais de 26 mil.

Em 1958, a Organização Mundial de Saúde (OMS) ampliou o conceito de saúde retirando a relação direta com enfermidade, enfatizando-o como um processo no qual estão inter-relacionados os aspectos físicos, mentais e sociais e não apenas um estado de ausência de doença.

Por esse mesmo caminho, os indicadores de saúde, até então restritos às taxas de mortalidade e morbidade, deslocaram-se para as questões relacionadas à qualidade de vida a partir do consenso sobre a necessidade de incluir essa avaliação nos planejamentos e nas ações relacionados à saúde das populações (Uchoa, Rozemberg & Porto, 2000).

Alguns pesquisadores, como Fleck (2000) e Seidl & Zannon (2004), conceituam Qualidade de Vida sob dois pontos de vista: um mais geral, que estaria baseado na definição proposta pela Organização Mundial de Saúde, e um outro, que define Qualidade de Vida sob o ponto de vista das disfunções e dificuldades causadas pelas enfermidades, o qual denominam Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS).

Na verdade, o termo Qualidade de Vida Relacionada à Saúde é uma terminologia criada para diferenciar a Qualidade de Vida que é vista sob

a óticas leiga, econômica, ambiental ou social do conceito que é objeto de estudo das ciências relacionadas à saúde. QVRS é apenas um indicador para contextualizar o objeto de estudo, um alerta para o fato de que, nesse contexto de doença, além dos inúmeros fatores que podem afetar a Qualidade de Vida (satisfação com o trabalho, com a vida, condição financeira e condições gerais de vida), estão presentes os fatores relacionados à gravidade e morbi-mortalidade da enfermidade (Eisier & Morsi 2001; Soni & Cella 2002).

Ao contrário do que preconizam alguns pesquisadores, o propósito da QVRS não é apenas medir gravidade de sintomas ou doenças, mas permitir a descrição de experiências e preferências individuais em diferentes estados da saúde (Hays & Fayers, 1998).

Qualidade de Vida é um conceito de caráter subjetivo e pode ser definido como a análise pessoal que a pessoa faz do grau de satisfação com aspectos da vida, comparada à percepção do que pode ser possível alcançar ou idealizar (Aaronson, 1988; Cella, 1988; Rapley, 2003). É um construto que engloba as percepções individuais da saúde física e mental e as correlações com os riscos à saúde, funcionamento do corpo, suporte social, estado socioeconômico e todas as condições disponíveis, inclusive de políticas e práticas de saúde que podem influenciar a percepção e o estado de saúde de uma população.

Para Kitamura (2005), qualidade de vida é um construto em construção dinâmica e pode ser resumida como sendo a articulação equilibrada de um conjunto de realizações nas esferas vitais, como saúde, trabalho, lazer, sexo, família, sociedade, desenvolvimento cultural, espiritual e emocional.

Desse modo, quando se fala em avaliar a Qualidade de Vida, não se pode incluir apenas somente fatores relacionados ao bem-estar físico, funcional, emocional e mental, mas também se deve levar em consideração o trabalho, a família, amigos e todas as circunstâncias da vida de uma pessoa.

A OMS define a Qualidade de Vida, englobando cinco dimensões: a saúde física, a saúde psicológica, o nível de independência do indivíduo, as relações sociais e o meio ambiente. É um conceito multidimensional que inclui o bem-estar físico, material, bem-estar emocional, desenvolvimento e atividade. Engloba a capacidade para executar as atividades da vida diária (domínio físico), as situações positivas e negativas da sensação de bem-estar (domínio psicológico) e a quantidade e qualidade dos relacionamentos e interação no âmbito social (domínio social) (Cella, 1994; Felce & Perry 1995).

### **AVALIANDO A QUALIDADE DE VIDA**

Por ser um conceito subjetivo, avaliar a Qualidade de Vida requer

métodos consistentes para captar informações que permitam o planejamento de programas de promoção de saúde, prevenção de doenças e que possam diminuir o impacto e a incapacidade causada pelas enfermidades e, algumas vezes, pela própria terapêutica escolhida.

As primeiras tentativas de se avaliar a Qualidade de Vida em doenças crônicas estavam atreladas às medidas de capacidade funcional, e sua avaliação estava baseada na interpretação única do profissional da saúde que objetivava alcançar a diminuição da mortalidade e a sobrevida dos pacientes (Aaronson, 1988; Cella, 1988).

Nos últimos anos, temos presenciado uma mudança importante nos objetivos a serem alcançados pelas Ciências da Saúde. Até meados do século 20, observamos um crescente desenvolvimento tecnológico das áreas responsáveis pela investigação e descoberta de agentes patogênicos; a conquista de novos equipamentos e técnicas de diagnóstico e tratamento e a fabricação de potentes fármacos capazes de curar as doenças e prolongar a vida. O desafio estava centrado em curar as doenças que atingiam a humanidade, prolongando a vida a qualquer custo, “curando” por meio de cirurgias amplas, muitas vezes deformantes, mas, por benefício, aumentavam a expectativa de vida dos doentes. O importante era perseguir os princípios clássicos da medicina: evitar a mortalidade, prevenir a morbidade e aumentar a expectativa de vida. A preocupação não estava em “como” o doente viveria, mas o “quanto” poderia viver.

No final dos anos 1990, a idéia de Qualidade de Vida começa a sobrepor-se ao conceito de sobrevida, valorizando aspectos muito mais amplos que apenas controle de sintomas, diminuição de mortalidade ou “enquanto há vida, há esperança”. A tecnologia favoreceu o aumento da sobrevida, mas as doenças crônicas, na maioria dos países, são uma realidade, a preocupação passa então a ser “a qualidade da sobrevida”. As ciências da saúde incorporam à avaliação de saúde-doença a percepção que o doente tem de seu estado geral.

Qualidade de Vida é, então, essa percepção geral que o indivíduo tem sobre sua saúde. Engloba aspectos relacionados às experiências pessoais, à cultura, ao suporte social, à auto-estima, à habilidade para conviver com as limitações, ao bem-estar entre outras experiências subjetivas, que, por isso mesmo, só pode ser avaliado pelo próprio indivíduo e, por esse fato, requer métodos de avaliação consistentes, que englobem todas essas dimensões.

A avaliação da Qualidade de Vida representa, dentro do processo de saúde-doença, o impacto que uma enfermidade e, conseqüentemente, o impacto que os procedimentos terapêuticos têm sobre a percepção “estar bem” em todos os aspectos de sua vida. É o valor que a pessoa dá ao mo-

mento vivido em função da percepção de suas limitações físicas, psicológicas, sociais, espirituais, da diminuição de suas oportunidades causadas pela doença, pelas seqüelas da enfermidade, pelo tratamento ou ainda pelas políticas de saúde praticadas.

É um conceito essencialmente subjetivo, pois depende, em grande parte, da história pessoal, dos valores, das crenças, experiências sociais e culturais de cada pessoa. É também eminentemente humana, pois se relaciona com o grau de satisfação que a pessoa tem com sua situação física (limitações), seu estado emocional, vida familiar, social e amorosa, com o sentido da sua vida e suas expectativas para o futuro.

Atualmente, a avaliação de Qualidade de Vida tem sido um dos pontos necessários nos ensaios clínicos de novos procedimentos terapêuticos (químicos, físicos ou cirúrgicos) para as doenças crônico-degenerativas e como parâmetro de avaliação de efeitos colaterais de tratamentos cada vez mais sofisticados. Groenvold, Fayers, Petersen & Mouridsen (2006) compararam o tratamento quimioterápico e a ablação dos ovários em mulheres com câncer de mama. Bezjak et al. (2004) compararam a Qualidade de Vida em pacientes com câncer de ovário submetidas a dois diferentes esquemas de quimioterapia. Hjerstad et al. (2006) demonstraram a importância da Qualidade de Vida como parâmetro para decidir-se entre gastrectomia total ou parcial em pacientes com câncer gástrico, e McQuellon, Thaler, Cella & Moore (2006) estudaram a Qualidade de Vida em pacientes com câncer de colo de útero submetidas a dois diferentes esquemas quimioterápicos. O aumento da Qualidade de Vida com administração da eritropoietina, controlando os sintomas da anemia, foi largamente explorado por Cella, Dobrez & Glaspy (2003). Cada vez mais, vem sendo um parâmetro importante na utilização de novos procedimentos e novos fármacos relacionados ao tratamento oncológico para a avaliação dos benefícios clínicos proporcionados aos pacientes (Cassidy, 1999; O'Shaughnessy et al. 2002; Vasey, McMahon, Paul, Reed, & Kaye, 2003; Goldberg 2005; Ershler 2006).

A escolha do instrumento para avaliar a qualidade de vida depende do que exatamente se pretende considerar: se as características gerais ou específicas relacionadas ao processo saúde-doença. As escalas específicas têm a vantagem de serem mais sensíveis às mudanças clínicas mais particulares a cada uma das enfermidades. Por outro lado, perdem na avaliação dos aspectos envolvidos com suporte social, enfrentamento, satisfação com a vida e humor (Bennett, 2002). Desse modo, considera-se que o instrumento ideal pode ser aquele que resulta da combinação de aspectos gerais com os mais específicos.

Diferentes questionários, escalas e índices já foram propostos para avaliar a Qualidade de Vida nas mais diversas situações. De modo geral, os instrumen-

tos podem ser divididos em três categorias (genéricos, específicos por enfermidade, população) ou por dimensão específica (depressão, ansiedade, humor, fadiga), e as medidas de *utility* empregadas nas avaliações de custo-benefício.

### INSTRUMENTOS GENÉRICOS

Os instrumentos genéricos têm como pressuposto que a Qualidade de Vida é um construto subjetivo (a percepção do indivíduo), multidimensional (físico, social, psicológico, sexual, espiritual, laboral) e que pode ser avaliada em seus aspectos negativos (sintomas restritivos, como a dor) e positivos (capacidade de realizar tarefas).

Os instrumentos genéricos têm como finalidade avaliar a Qualidade de Vida *per se*, refletir o impacto de uma situação vivida, de uma enfermidade ou de um procedimento terapêutico sobre suas mais diversas dimensões.

Consoante com a idéia de que a sobrevida é o mais importante, em 1948, Karnofsky desenvolveu uma escala que permitisse ao médico avaliar o estado funcional do paciente e estimar o possível desfecho da enfermidade. Utilizada até os dias de hoje, a KPS (*Karnofsky Performance Status Scale*) é considerada a primeira tentativa de se medir a Qualidade de Vida. Trata-se de uma escala com pontuação de 0 a 100, baseada na observação e na avaliação funcional realizada pelo observador, mais utilizada para avaliar pacientes oncológicos. Outros instrumentos semelhantes são utilizados para pacientes reumáticos, cardiopatas etc. Possui duas desvantagens: o fato de avaliar apenas a dimensão funcional e de não refletir a percepção do doente sobre sua saúde.

Os instrumentos genéricos desenvolvidos mais recentemente proporcionam uma ampla avaliação dos diferentes aspectos relacionados à Qualidade de Vida relativos à saúde. Em geral, podem ser utilizados em qualquer população e fornecem, de modo amplo, um perfil da saúde dos indivíduos avaliados.

Os instrumentos genéricos mais comumente utilizados são o *Sickness Impact Profile (SIP)*, *Nottingham Health Profile (NHP)*, *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)*, *WHOQOL 100*, *WHOQOL Bref entre outros (Rapley, 2003)*.

### INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS

Atualmente existe vasta pesquisa relacionada ao desenvolvimento de instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida para enfermidades ou populações específicas, isto é, focados em aspectos da Qualidade de Vida mais relevantes para problemas de saúde. A vantagem desses instrumentos está na sensibilidade e na capacidade de detectar alterações em curto prazo. Podem ser específicos para uma determinada população (mulheres,

jovens, idosos), específicos para uma determinada enfermidade (câncer, doença coronária, doença respiratória, doenças oculares, epilepsia) ou ainda específicos para uma determinada função (sono).

No caso dos questionários desenvolvidos para pacientes oncológicos, a especificidade vai ao encontro da diversidade de problemas experimentados pelos pacientes durante as diferentes etapas do tratamento e da evolução da enfermidade.

Além dos questionários que avaliam aspectos gerais para pacientes oncológicos (QLQ-30 e FACT-G), tanto o grupo europeu (*European Organization for Research on Treatment of Câncer – EORTC*) quanto o americano (*Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – FACIT*) desenvolveram módulos que analisam não só os principais tipos de tumores, de acordo com a localização (mama, cabeça e pescoço, ovário, colo do útero entre outros), mas também módulos para avaliar especificamente efeitos do tratamento/ou doença, tais como fadiga, anorexia, neurotoxicidade.

Além disso, também estão desenvolvidos módulos que avaliam outros aspectos envolvidos na Qualidade de Vida, tais como satisfação com o tratamento, espiritualidade entre outros.

### MEDIDAS DE UTILITY

As medidas de *utility* foram desenvolvidas a partir de uma perspectiva econômica. Utilizam a combinação de sobrevivência e Qualidade de Vida para prever o impacto econômico de uma enfermidade a partir de uma perspectiva social e institucional.

A partir desse modo de se relacionar Qualidade de Vida e custo financeiro para a saúde, surgiram alguns índices, tais como o Q-TWIST (*Quality Time Without Symptoms*) no qual a Qualidade de Vida está ajustada pelo tempo livre de doença; o QALYs (*Quality Adjusted Life Years*), que está relacionado ao número de anos de vida ganhos ou perdidos por causa da doença ou da intervenção; e o DALY (*Disability – Adjustment Life Years*) que é construído a partir da mortalidade estimada para cada doença e seu efeito incapacitante, ajustado pela idade e estimativa de perda (McGee, 2004).

Essas medidas são muito úteis para determinar a evolução de um tratamento, calcular a relação custo-benefício, mas não têm capacidade para avaliar para quais dimensões da qualidade de vida os tratamentos trouxeram melhora ou piora. São utilizadas pelas instituições responsáveis pelas alocações de recursos dentro da área da saúde pública e economia.

## ASPECTOS METODOLÓGICOS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA



Pode ser muito atrativo elaborar um instrumento novo, mas não se pode esquecer que o processo de elaboração e validação, fundamental no desenvolvimento de questionários de avaliação de Qualidade de Vida, consome muito tempo. Além disso, existem muitos instrumentos passíveis de utilização nas mais diversas situações com diferentes propostas.

A grande maioria dos instrumentos foi originalmente criada para a língua inglesa, no entanto, isso não torna o uso “transcultural questionável”, conforme afirma Fleck (2000, p. 34). Atualmente, todos os grupos responsáveis pelo desenvolvimento de instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida possuem pesquisadores de diferentes nacionalidades, como o Grupo de Qualidade de Vida da EORTC. Nesses casos, os questionários são desenvolvidos de tal forma que as questões, embora sejam construídas em inglês, são antes discutidas, devem fazer o mesmo sentido em qualquer idioma, garantindo a equivalência semântica e conceitual, evitando-se, desse modo, o uso de expressões idiomáticas de difícil tradução. Os instrumentos que não foram assim desenvolvidos, para serem traduzidos e adaptados a outros idiomas e culturas, seguem rigorosamente as seguintes etapas: processo de duas traduções independentes e, de preferência, realizadas por pessoas que estejam envolvidas com o assunto para o qual o questionário se destina (profissionais da saúde); após um consenso extraído das duas traduções iniciais pelo coordenador do processo (fluyente nos dois idiomas), o instrumento é novamente traduzido para o idioma original por outros dois tradutores e comparado ao primeiro (*back translation*). Uma tradução provisória é, então, submetida a um pré-teste no qual serão avaliadas as dificuldades encontradas pelos respondentes, possíveis confusões, perguntas ofensivas, dificuldade de compreensão e adaptação cultural. O coordenador do processo de tradução deve realizar os ajustes, documentar todo o processo por meio de relatório e finalizar a tradução (Cull et al., 2002).

A escolha ou o desenvolvimento de um instrumento de avaliação de Qualidade de Vida deve seguir alguns critérios que garantam seu caráter científico:

- *Validade e consistência* – o instrumento mede exatamente aquilo que propõe medir?
- *Propriedade e aceitabilidade* – é adequado ao objetivo e à população a qual se destina?
- *Responsividade* – confiabilidade e sensibilidade para avaliar mudanças.
- *Interpretabilidade e aplicabilidade* – os resultados obtidos permitem ser interpretados clinicamente e são relevantes para quem e para quê?

Além da pesquisa acadêmica, as medidas de Qualidade de Vida têm várias possibilidades de uso na prática clínica dos profissionais da saúde,

em diferentes campos de atuação, quer seja em termos de alternativas de políticas públicas ou práticas institucionais, a saber:

- *Priorizar soluções.* A investigação da Qualidade de Vida tem a capacidade de informar a área ou as áreas de maior dificuldade. É bastante útil quando se está diante de situações com múltiplos problemas.

- *Facilitar a comunicação.* Os instrumentos de Qualidade de Vida, por serem auto-administráveis, de fácil resposta e porque objetivam o subjetivo, permitem ao respondente comunicar seus problemas de modo mais claro, aproximando-o da equipe de cuidadores, proporcionando aos profissionais, que não têm o domínio da investigação de aspectos psicológicos e sociais, a visão de sua importância.

- *Estudar o processo de adaptação às enfermidades crônicas.* Por meio da avaliação da Qualidade de Vida, é possível identificar que fatores incidem negativamente na evolução das doenças e seus respectivos tratamentos e, assim, promover intervenções psicossociais que resultem em maior bem-estar.

- *Planejamento de ações de prevenção de doenças e promoção de saúde.* As relações entre saúde e qualidade de vida correlacionam os aspectos objetivos das ações de saúde, tais como recursos disponíveis, satisfação com serviço, bens materiais, com os aspectos subjetivos relacionados às representações, permitindo, assim, um melhor e mais efetivo planejamento das ações voltadas para a promoção de saúde.

- *Tomada de decisão.* Conhecer os efeitos que uma determinada terapêutica tem sobre a vida global do paciente, indo além dos resultados contidos nos mais diversos exames laboratoriais, promove a aderência e sua satisfação com o tratamento, além de evitar o uso de uma terapêutica que poderá ser mais danosa a ele que a própria enfermidade. A tomada de decisão no setor da saúde deve também levar em conta a percepção daqueles que utilizam os serviços e submetem-se aos tratamentos e procedimentos propostos. Deve ser baseada nas evidências científicas que vão além dos índices de morbidade, da mortalidade, da expectativa de vida e dos indicadores de custo. As decisões em saúde devem levar em conta não só quando e como se utilizam novas e precisas tecnologias, mas também o impacto que esse uso tem na Qualidade de Vida dos doentes.

O valor científico da avaliação de Qualidade de Vida é hoje largamente aceito, e sua utilização parece ser irreversível dentro do contexto da saúde. Desenvolver uma linguagem comum sobre o construto Qualidade de Vida é importante para facilitar o diálogo entre os médicos, os cientistas sociais e os psicólogos da saúde no que tange às experiências individuais e coletivas dos pacientes (MacGee, 2004).

A pesquisa e a aplicabilidade dos instrumentos de Qualidade de Vida permitem, a partir da evidência e do rigor científico, que se passe do modelo biomédico, o qual releva somente os aspectos biológicos envolvidos no binômio saúde-doença, para um modelo biopsicossocial, que compreende a saúde como resultante da integração dos múltiplos aspectos que compõem a vida humana.

A avaliação da qualidade de vida permite organizar estratégias de intervenção do setor de saúde que levem em conta questões relacionadas à individualidade e à liberdade de escolha individual e coletiva

Em todos os instrumentos e no próprio construto de Qualidade de Vida vemos a contribuição da Psicologia, ainda que alguns não consigam admitir que Qualidade de Vida seja um problema dessa área do saber.

Qualidade de Vida é um objeto de estudo das Ciências que estudam a Cultura, das Ciências Sociais, das Ciências da Saúde, inclusive das Ciências Econômicas, e deve ser também objeto de estudo da Ciência Psicológica.

O estudo da Qualidade de Vida parece consolidar-se dia após dia como uma variável importante e indispensável na produção do conhecimento e na prática de ações de promoção de saúde. Trata-se de um construto em processo de formação, cercado por algumas polêmicas, equívocos e discussões que têm contribuído significativamente para sua solidificação.

A inclusão das medidas de qualidade de vida na rotina das práticas e políticas de promoção de saúde com certeza resultará na construção de novos paradigmas como também exigirá uma reformulação dos processos de formação e ensino dos profissionais da área da saúde, pois o conceito de Qualidade de Vida traz, em sua essência, os conceitos de interdisciplinaridade e multiprofissionalidade necessários e indispensáveis para aqueles que pensam, pesquisam, gestionam e praticam os cuidados à saúde das pessoas.

## REFERÊNCIAS

- Aaronson, N. K. (1988). Quality of life: what is it/ How should it be measure. *Oncology*, 29(5): 69-74.
- Bennet, P. (2002). *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa, Climepsi.
- Bezjak, A., Dongsheng T., Bacon M., Osoba D., Zee B., Stuart, G. Roy, J.A, Piccart, M.; Eisenhauer E. I. (2004) Quality of Life in Ovarian Cancer patients: Comparison of Paclitaxel Plus Cisplatin, with Cyclophosphamide Plus Cisplatin in a Randomized Study. *Journal of Clinical Oncology*, 22(22)4595-4603.
- Bowling, A. (1998) *Measuring Health: a review of quality of life measurement scales*. Philadelphia, Open University Press.
- Cassidy, J. (1999). Potential of Xeloda® in Colorectal Cancer and Other Solid Tumors. *Oncology*, 57(Suppl.1):27-32
- Cella, D. F. (1988). Quality of life during and after cancer treatment. *Comprehensive Therapy*, 4(5):69-75.
- Cella D. F. (1994). Quality of life: concepts and definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 9(3):186-92.

- Cella, D., Dobrez, D. & Glaspy, J (2003). Control of cancer-related anemia with erythropoietic agents a review of evidence for improved quality of life and clinical outcomes. *Annals of Oncology*, 14:511-519.
- Cull, A. Sprangers, M., Bjordal, K., Aaronson, N., West, K., Bottomley, A. (2002). *EORTC Quality of Life Group: Translation Procedure*. Brussel, EORTC.
- Eiser, C. & Morse R. (2001) *Quality of Life measures in chronic diseases of childhood*. *Health Technology Assessment*, 5(4):1-157.
- Ershler, W. (2006). *Capecitabine Monotherapy: Safe and Effective Treatment for Metastatic Breast Cancer*. *The Oncologist*, 11, (4): 325-335,
- Felce, D. & Jerry J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in developmental disabilities*, 16(1):51-74
- Fleck, M. P. A. (2000). O instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da organização Mundial de saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1): 33-38.
- Fleck, M. PA; Leal, O F; Louzada, S; Xavier, M.; Chachamovich, E.; Vieira, G.; Santos, L. & Pinzon, V. (1999). *Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100)*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1): 19-22.
- Goldberg, RM (2005).**Advances in the Treatment of Metastatic Colorectal Cancer. *The Oncologist*, 10 (suppl\_3): 40-48.
- Groenvold M, Fayers PM, Petersen MA, & Mouridsen HT. (2006). *Chemotherapy versus ovarian ablation as adjuvant therapy for breast cancer: impact on health-related quality of life in a randomized trial*. *Breast Cancer Research and Treatment*, 98(3):275-84.
- Higginson, I. J. Carr, A J. (2001) Using quality of life in clinical trials. *British Medical Journal*, 322: 1297-1420
- Hjermstad,Mj, Hollender A, Warloe T, Karlsen K.O., Ida Ikonomo I , Kvaloy S., Nome, O.& Holte, H. (2006). Quality of Life after total or partial Gastrectomy For primary Gastric Lymphoma. *Acta Oncologica*, 45(2):202-9.
- Kitamura, S.(2005). *Qualidade De Vida e Fadiga Institucional. Estresse, Trabalho e Qualidade De Vida*. [www.cori.rei.unicamp.br/foruns/saude/evento19/Satoshi.ppt](http://www.cori.rei.unicamp.br/foruns/saude/evento19/Satoshi.ppt). acessado em junho 2007.
- McGee, H. (2004). Quality of Life. in: *Kaptein, A. & Weinman (ed)*. *Health Psychology – Oxford, BPS Blackwell*.
- McQuellon, RP; Thaler, HT, Cella D, & Moore, DH. (2006). Quality of Life outcomes from a randomized trial of cisplatin plus palitaxel in advanced cervical câncer: a Gynecologic Oncology Group Study. *Gynecology Oncology*, 101(2): 296-304.
- Minayo, MCS; Hartz, Z. M. A., & Buss, PM (2000). Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1): 7-18.
- Nogueira, V. M. R. (2002). Bem-Estar, Bem-Estar Social ou Qualidade de Vida: a reconstrução de um conceito. *Semina: Ciências Humanas e Sociais, Londrina*, 23: 107-122.
- O'Shaughnessy J, Miles D., Vukelja, S, Moiseyenko V., Ayoub JP, Cervantes G, Fumoleau P, Jones S., Lui WL, Mauriac L., Twelves C, Van Hazel, G Verma S, & Leonard R.(2002) Superior Survival With Capecitabine Plus Docetaxel Combination Therapy in Anthracycline-Pre-treated Patients With Advanced Breast Cancer: Phase III Trial Results. *Journal of Clinical Oncology*, 20 (12): 2812-2823
- Rapley, M. (2003). *Quality of Life Research: a critical introduction*. London, SAGE Publications.
- Seidl, E. M. F & Zannon, C. M. L. C. (2004). *Qualidade de Vida e saúde; aspectos conceituais e metodológicos*. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2): 580-588.
- Soni, MK & Cella, D. (2002). Quality of Life a symptom measures in oncology: an overview. *The American Journal of Managed Care*, 8 (18): S560-s573.
- Sprangers M. A. G. (2002) Quality-of-Life Assessment in Oncology Achievements and Challenges *Acta Oncologica*, 41, (3): 229–237.
- Staquet, M. J. Hays, R. D. & Fayers, P. M. (1998). *Quality of Life Assessment in Clinical Trials. Methods and practice*. Oxford.New York. Tokyo. Oxford University Press.
- Uchoa, E.; Rozemberg, B.; & Porto, M. F. S. (2002). Entre a fragmentação e a integração: saúde e qualidade de vida de grupos populacionais específicos. *IESUS*, 11(3):115-128.
- Vasey, P. A McMahon L., Paul, J., Reed, N; & Kaye S. B. (2003). **A phase II trial of capecitabine (Xeloda) in recurrent ovarian cancer**. *British Journal of Cancer*, 89: 1843-1848.

# A CULTURA ORGANIZACIONAL E AS COMPETÊNCIAS DA FAMÍLIA UMA PERSPECTIVA ECOLÓGICA DA PSICOLOGIA DA SAÚDE

*FILIPE NAVE  
SAUL DE JESUS*

O presente capítulo tem como principal objectivo apresentar, em traços gerais duas perspectivas da análise positiva e ecológica da família. Por um lado o conceito de cultura organizacional da família e por outro a noção de competências da família que lhe conferem autonomia e identidade, na adopção de estilos de vida, promotores de saúde individual e familiar.

Estes dois conceitos encontram na disciplina de Psicologia da Saúde, o terreno propício para a sua intercepção na construção de uma abordagem psicológica da família, onde se pretende substituir os indicadores (sinais ou sintomas) de disfunção, pela ênfase nas suas próprias características de funcionamento, saúde e organização, bem como nas suas competências resilientes de constituir-se, ser e manter-se família em ambiente saudável.

### 1. A CULTURA ORGANIZACIONAL DA FAMÍLIA

Cultura organizacional da família é um tema bastante recente, apresenta-se pois, em fase de construção, sistematização e discussão na disciplina de Psicologia da Saúde.

Partimos da ideia de que a cultura organizacional da família se constitui como um entrelaçado de infinitos padrões, caracterizados por significados construídos e partilhados, cognitiva e psicologicamente, pelos elementos que a constituem. Por essa razão, acreditamos que a família interfere em tudo nas nossas vidas, e que tudo nas nossas vidas interfere na família.

É no seio da família que os indivíduos experimentam, partilham, transformam e transmitem significados feitos de simbolismos, mitos, costumes, valores e crenças. Nesse sentido, a família acredita guiar a partir do seu interior, a

maneira de actuar e de se comportar visando o desenvolvimento harmonioso dos indivíduos e da família no seu todo, num contexto ecológico de interacções, promotoras de satisfação familiar e estilos de vida saudáveis pois, sabemos hoje, que esta satisfação "... é, enquanto constructo complexo, um importante índice de bem-estar, de desenvolvimento familiar e individual no contexto interno e externo do espectro cultural onde se insere" (Nave, Jesus, Barraca & Parreira, 2006, 46).

A apropriação do conceito de cultura organizacional, para o domínio da psicossociologia e da psicologia social, suscitou grande interesse principalmente a partir da década de 70, tendo sido amplamente desenvolvida na década de 80 e seguintes. Esse interesse, estava fortemente ligado à crescente tomada de consciência entre teóricos e práticos, na crença de que a cultura organizacional pudesse constituir um factor diferenciador das organizações em termos de sucesso (Neves, 2000).

Alargando este conceito para o domínio da psicologia da saúde e mais especificamente para a psicologia da família, emerge a ideia da metáfora da cultura organizacional da família, que se baseia principalmente no pressuposto de que, quer as organizações, quer as famílias possam ser "pensadas" e analisadas através dos mesmos instrumentos, métodos e processos.

A noção de metáfora enquanto processo cognitivo que ajuda a perceber um fenómeno em função de outro que lhe é similar, só conseguirá os seus intentos e tornar-se poderosa, se contiver na sua essência a capacidade comutativa, ou seja, poder ser usada do conceito de origem para o constructo emergente e do constructo emergente para o conceito de origem.

Por esta razão, o mundo das organizações torna-se bastante similar ao universo familiar, esta aproximação conceptual, radica nas diversas conjugações possíveis entre eles. Qualquer organização "nasce" após algum período de "namoro" entre os fundadores, que vão construindo as bases relacionais a partir das percepções interiorizadas e dos significados partilhados que, transportam na sua "bagagem" de referências cognitivas, afectivas e comportamentais. Negociadas as exigências e também as cedências, conjugadas com as perspectivas de futuro e os objectivos comumente aceites, assistimos à "cerimónia" da constituição de uma nova organização.

Importa salientar que, esta união de pessoas com objectivos comuns, é fundamental, ou antes vital, para que possamos falar de família e de organização. Ninguém, individualmente, é suficiente para "urdir" da complexidade de qualquer um dos conceitos. Um indivíduo só, não constitui nem uma família, nem uma organização, por maior que seja a diversidade das "novas" formas de que ambos conceitos possam abranger. Esta diversidade de formas de constituição de grupos, têm em comum dois aspectos fundamentais: a essência gregária do ser humano na vertente das relações inter-pessoais, e a interiorização de uma consciência colectiva para a consecução de

objectivos comuns, que sustentem a ideia de comportamentos saudáveis.

Num outro contexto, observando as organizações na perspectiva da família, podemos estabelecer outras analogias: o percurso diacrónico e sincrónico, que ambas têm inevitavelmente que percorrer. Ultrapassadas as “crises” que vão surgindo (umas normativas, outras acidentais), é sobre estes dois eixos, que se vão operando movimentos permanentes de adaptação que lhes permitam desenvolver-se e co-evoluir, conseguindo o equilíbrio necessário à manutenção interna e à sua integração no meio mais alargado do espectro social.

O percurso diacrónico, conceito introduzido por Ilya Prigogine, é caracterizado como o eixo do tempo, ou antes, o percurso ao longo do tempo em que a organização e a família vão vivendo e construindo a complexidade relacional, afectiva e das interacções inter e intra pessoais, que constituem o eixo sincrónico ou eixo relacional.

Por crises normativas, referimo-nos àquelas que, embora previsíveis ou esperadas, requerem uma (re) estruturação funcional e uma redefinição de papéis, normas e regras. Nas famílias e nas organizações, as interacções entre a organização interna e a projecção externa, são frequentemente geradoras de tensões com as quais, ambas, têm de lidar e superar. Aceites como incontornáveis, as trocas que ambas têm de operar com o meio exterior (restrito, ou mais alargado), transforma-as em sistemas abertos, instituindo a reciprocidade de interferências com o meio externo, em movimentos de abertura e fecho, regulados pelo alcance da percepção das necessidades, e pelo contexto mais alargado das redes sociais.

A noção de auto-organização, toma por assim dizer “corpo”, nesta visão autónoma de regulação de todo este processo interactivo. Devemos por isso tomar consciência de que, enquanto pessoas, somos dotados de competências individuais e colectivas, possibilitando ao indivíduo como refere Rogers (1984) “tornar-se pessoa” e permitindo de igual forma, na nossa perspectiva “tornar-se família”. Assente nas suas referências “herdadas” e nas memórias e significados inscritos no seu interior, cada indivíduo vai negociando e ao mesmo tempo construindo com o outro, as “rédeas” da sua própria família, operando movimentos continuamente centrípetos e centrífugos, ora avançando, ora recuando na co-construção do universo individual e familiar.

Como nos refere Alarcão (2002, 49), o sistema familiar “é entendido como informacionalmente aberto e organizacionalmente fechado”. O mesmo se aplica às organizações que, embora integrando as informações exteriores que recebem, internamente elaboram as suas determinações que, depois de processadas, são emergentes e consensuais, delineando as respostas necessárias e possíveis para responderem com sucesso aos desafios que se lhes colocam. As relações que se estabelecem entre duas ou mais pessoas, por maior formalidade ou maior diversidade de finalidades que o

contexto imponha, sustentam-se por um conjunto de competências e de recursos que as emoções e a afectividade deixam utilizar, constituindo um crivo, em que o racional, o cognitivo e o lógico, são doseados à medida das “malhas da peneira” utilizada. Dito de outra forma: as “lentes” que nos permitem enxergar a realidade, são ainda, aquelas que, limitam a amplitude do nosso olhar.

O conceito organização, parece ter emergido da necessidade do Homem em distribuir tarefas entre os diversos membros da família ou clã, para a consecução dos objectivos vitais do grupo, isto é: sobrevivência e continuidade. Ora, Lima, Martinez e Filho (1991), apontam a natureza da vida sócio-cultural eminentemente gregária, como a origem da organização nos grupos, remetendo-nos para o carácter constitutivo e evolutivo dos grupos, em que a noção de organização encontra o seu verdadeiro sentido. Embora possamos encontrar uma grande diversidade de grupos, “...uns elementares, constituindo unidades minimais ou ir-redutíveis, como a família, outros mais complexos, formando redes que dão configuração ao tecido social” (Lima, Martinez & Filho (1991, 14).

Em grupo, famílias ou organizações, o Homem aprende a comportar-se de determinada forma e a organizar-se em função das diversas necessidades: alimentação, abrigo, vestuário, defesa, entre outras. A organização de todas estas tarefas e papéis, passa pela constituição de associações de utilidade e grupos de interesse, alargando a noção de organização à esfera social e comunitária.

Entre estas múltiplas formas de associação ou de agrupamento “... a família ocupa lugar destacado, pois não só constitui efectivamente uma unidade elementar de organização, como aparece em todas as sociedades” (Lima et al., 1991,114).

Talvez possamos encontrar, na origem antropológica dos conceitos de cultura e organização, uma justificativa para os aspectos de complementaridade e interpenetração existentes entre eles.

O Homem e a sua familiaridade, produziu, modificou e transmitiu as formas eficientes de sobreviver e evoluir no contexto de interacção entre os recursos, os métodos e os resultados. Naturalmente, as formas de organização utilizadas, foram gradualmente aplicadas a grupos, tribos, clãs, constituindo pequenas empresas domésticas, evoluindo para empresas mais especializadas. Consequentemente, a finalidade da sobrevivência em grupo foi sofrendo alguma deslocação, passando do espírito de cooperação à competitividade no mundo empresarial dos nossos dias, ao qual já nos habituamos a chamar o mundo das organizações.

Entendidas como culturas, as organizações e as famílias, são conceitos socialmente construídos, de ordem simbólica, dotadas de rituais, usos e costumes, de crenças, de mitos, de jogos de poder e formas de comunicação



próprias, que em conjunto tecem um padrão de interpretações e significados únicos, que lhe confere identidade e singularidade.

Enquanto cultura, as famílias e as organizações desenvolvem competências na estruturação, coordenação e gestão de recursos materiais e individuais. Nestes últimos, estão implícitas para uns (e explícitas para outros), as propriedades comunicativas que as relações interpessoais suscitam e carecem. Por outro lado, coordenar e estruturar no contexto organizacional, implica um quadro referencial de comportamentos desejáveis, aceitáveis e legítimos, em que está regulado o que é permitido, exequível e transmissível (Gomes, 2000).

A noção de acção organizada implica assim, o recurso aos valores implícitos na acção, aos objectivos, às estratégias de comunicação, à “gestão” da simbologia organizacional e à preservação e continuidade da identidade cultural de qualquer organização (Gomes, 2000). Contudo, esta acção organizada e concertada, deve abrir espaço à criatividade e à capacidade heurística dos seus elementos, de forma a promover estilos de vida saudáveis, adaptados às mudanças que se impõem, face às novas questões quotidianas numa flexibilidade criativa, embora fiel ao postulado cultural mormente aceite.

Ao longo do ciclo vital da família, são vividos momentos de tensão, de desequilíbrios e de crises, “...proporcionando espaços de crescimento e de desenvolvimento, onde a capacidade de adaptação à mudança projectam o sistema para níveis de complexidade e funcionalidade, nunca antes experimentados” (Nave & Jesus, 2005, 12).

Uma vez que as diferentes fases do ciclo vital não são estanques, e por conseguinte, não seguem necessariamente uma ordem específica, as famílias frequentemente adoptam em simultâneo, posturas e tarefas de diferentes fases, evidenciando o carácter dinâmico, circular e complexo, pois, tal como afirmam Deal e Kennedy (1982, 29) “o homem propõe mas a organização do sistema dispõe”.

Esta disposição, está ligada à ideia anunciada pela segunda cibernética, em transformar o conceito de auto-regulação em auto-organização, está implícito a supremacia da vontade do sistema sobre a pressão que este sofre do exterior.

Este movimento implica, para além de uma organização interna, uma aprendizagem dinâmica, onde os métodos e as técnicas são recursivamente adaptáveis às exigências solicitadas.

À semelhança com o conceito de cultura organizacional, a noção de aprendizagem organizacional, remete-nos sistematicamente para duas perspectivas de análise distintas: a perspectiva tradicional da aprendizagem como atributo das competências individuais e a perspectiva mais

complexa, que alarga essa competência ao nível das organizações e das famílias, inaugurando a teia das interações entre perspectivas, que nem sempre é consensual entre os diversos autores. Um bom exemplo dessa discordância conceptual, é descrita por Rebelo, Gomes e Cardoso (2001), que na sua abordagem epigramática do conceito de “aprendizagem organizacional” a tomam como um oximoro, ou seja, “uma figura de retórica que procura descrever uma realidade através da associação de ideias antagónicas (...) uma vez que o acto de aprender é contrário ao acto de organizar: aprender significa reestruturar, desorganizar, inovar, mudar; organizar está associado a planificar, estruturar, padronizar, estabilizar” (70).

Em nosso entender, não existe antagonismo entre as ideias de aprender e de organizar, ambas constituem as duas faces de uma moeda. Se agruparmos por pares os significados utilizados, poderemos encontrar a razão da real complexidade, que envolve estes conceitos.

Passamos a analisar: *reestruturar/estruturar*; *desorganizar/planificar*; *innovar/padronizar*; *mudar/estabilizar*. Numa primeira leitura, estes pares de significados, propõem acções interdependentes. Por um lado, reestruturar pressupõe a existência prévia de algo estruturado; por outro, só se pode desorganizar o que antes obedecia a um plano ou organização; por sua vez, o acto de inovar carece de um suporte de pressupostos padronizados e por fim, a mudança acontece, partindo de algo que está estabilizado. Esta leitura, leva-nos a aceitar a premissa linear de que, aprender é um acto que pressupõe uma organização anterior. No entanto, ao aceitarmos a complexificação da causalidade circular, será mais prudente afirmar que, aprender é organizar e que organizar é aprender, num processo dinâmico de ponto de chegada e ponto de partida de qualquer um dos conceitos.

De igual forma, o conceito de competência não se resume a um conjunto de capacidades inatas ou adquiridas, mas a todo um processo de aprendizagem que implica integrar apetências, conhecimentos e experiências, que permitam operar respostas que traduzam um desenvolvimento resiliente, quer familiar quer organizacional, e que proporcionem um espaço de bem-estar e satisfação individual e colectivo.

## 2. AS COMPETÊNCIAS DA FAMÍLIA

O conceito de competência, muito utilizado actualmente nas ciências sociais e humanas, tem vindo a ser usado com alguma ambiguidade, e com um carácter pouco específico, dada a sua complexidade, principalmente no mundo das organizações, da gestão, da educação e da formação. Enquanto conceito teórico, encontra-se ainda na fase de construção e operacionalização no seio da comunidade científica (Aubert, Gilbert & Pigeyre, 1993; Le

Boterf, 1995; Wittorski, 1998; Levy-Leboyer, 1999).

Pela sua abrangência e complexidade, o conceito de competência, surge na literatura com uma multiplicidade de aplicações e de definições, “praticamente tantas quantos os investigadores que se arriscam a fazê-lo!” (Imaginário, 1998, 178).

Desde o início dos anos 30, a noção de competência tem vindo a ser utilizada em análises sociométricas e estudos de habilidades e preferências sociais dando origem aos estudos de competências sociais. Na década de 70 as pesquisas de desenvolvimento social diziam respeito à capacidade de perceber os sentimentos dos outros, dando início ao desenvolvimento das pesquisas sócio-cognitivas (Hubbard & Coie, 2002).

Mais recentemente, e no âmbito das ciências psicológicas, o termo competência tem vindo a ser utilizado principalmente na psicologia das organizações, da educação e da família. A discussão da noção das competências da família, foi inaugurada em 1996, pelo psicoterapeuta Guy Ausloos no seu livro *A competência das famílias*.

Na década de 80, inspirado na teoria de Brazelton, Ausloos (1996), apresenta a ideia de “bebé competente” por oposição à noção de bebé como um ser incapaz, diminuído e sem capacidades para se desembaraçar, considerando-o, como um ser competente nas tarefas que tem de realizar, como o sugar, dormir, beber, chorar,...

Enquanto terapeuta familiar, Ausloos (1996), apresenta a noção de família competente como aquela, que é capaz de resolver os problemas que se lhe apresentam, propondo uma nova forma de olhar a família ao afirmar que deveremos “olhar” as suas competências ao invés das suas falhas. Noção reforçada por Fleury e Fleury (2001) quando afirmam, que, competência é “um saber agir responsável e reconhecido que implica em mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos, habilidades” (21).

Foi com base nesta renovação do conceito de competência da família, que partimos para uma abordagem mais sistematizada da noção de competência aplicada à família na perspectiva da psicologia da saúde, procurando investigar os aspectos funcionais da família em alternativa à psicologia tradicional no geral, e à terapia familiar em particular.

Da revisão efectuada, principalmente na literatura da psicologia do trabalho, das organizações, e da prática pedagógica, parece ser consensual que competência, é um conjunto de saberes, capacidades e atitudes integradas, utilizáveis e transferíveis para a resolução de diferentes situações (Burnier, 2001; Deluiz, 2001; Despresbiteris, 2001).

No modelo teórico das competências da família que apresentamos, o conceito de competência pode ser entendido como a integração de uma série de conhecimentos e atitudes, num movimento dinâmico, entre as capacidades da família enquanto organização (e dos seus elementos, en-

quanto partes integrantes) e o leque de possibilidades para mobilizar as experiências adquiridas em situações novas e concretas, transformando desta forma, cada família, numa organização familiar única e distinta.

Num discurso recursivo, poderia afirmar-se que, competência implica a utilização de “velhos” instrumentos na tentativa de resposta a novos desafios, que por sua vez, constituirão resultados passíveis de engendrar novas capacidades e estratégias para responder a novas situações.

Cabe aqui clarificar a diferenciação entre os conceitos de “capacidade” e de “competência”, frequentemente utilizados indiscriminadamente e de forma algo ambígua nas análises organizacionais e educacionais. Barbosa e Rodrigues (2006, 23) consideram que, “capacidades são definidas com relação às ‘rotinas’ organizacionais, ao passo que as competências expressam a capacidade de combiná-las”.

Entendemos assim, por competência um conjunto de saberes interdependentes que interagem na co-construção de um modelo de resposta baseado numa consciência colectiva percebida e aceite pela família, na construção do conceito definido por Morin (2003), como “auto-eco-organização” e que tem como finalidade, a promoção do bem-estar e saúde familiar e a prevenção da disfuncionalidade.

Do que precede, pensamos que o conceito da competência da família (enquanto promotor de saúde e protector de doença ou disfunção), pode ser analisado segundo cinco critérios: *saber* (conhecimentos/informação); *saber-ser* (personalidade/relação); *saber-fazer* (práticas/inação); *saber-estar* (atitudes/posturas) e *saber-organizar* (normas/papéis/regras).

A dimensão do *saber*, por excelência cognitiva, incorpora aspectos intelectuais de processamento da informação e da forma como os saberes e o conhecimento influenciam as restantes dimensões. Engloba os saberes de carácter técnico, científico, cultural e moral. É ainda pautada pelo processo de aprendizagem, pelos saberes de origem e pelos saberes co-construídos, partilhados e aceites.

A dimensão do *saber-ser*, eminentemente subjectiva e pessoal, envolve os traços de personalidade individual e colectiva, na diferenciação das estruturas mentais e comportamentais que regem os aspectos de identificação familiar e de sentimento de pertença numa dupla participação interactiva entre o *eu* e o *nós*. A flexibilidade, a tolerância, o perdão e a esperança encontram nesta dimensão, um nicho fundamental na construção do futuro e na aceitação de um passado que pode projectar novas perspectivas familiares.

A dimensão do *saber-fazer*, essencialmente pragmática, envolve conceitos como criatividade e inovação, face a problemas específicos esperáveis, ou a problemas acidentais. A capacidade de adaptação a novas exigências e novos contextos situacionais, a tomada de decisões e resolução de

problemas com autonomia, centrada entre o que se pode decidir sozinho e o que requer consenso, bem como a capacidade de aplicar e transpor conhecimentos a novas situações que se possam colocar à família, ou aos seus elementos.

A dimensão do *saber-estar*, refere-se à forma como a família se organiza em torno de uma determinada postura, face às questões internas e/ou externas. Os tipos de atitudes e comportamentos que lhe são característicos, o tipo de relações que consegue estabelecer com outras famílias, incluindo as famílias de origem. A interação que é capaz de constituir com as instituições que lhe são próximas (creches, escolas, serviços de saúde, ...). Qual o seu posicionamento em termos sociais, qual o *status* que lhe é atribuído, de que forma a família lida com a pressão social e de que forma participa nas actividades comunitárias e sociais.

Por último, a dimensão do *saber-organizar*, reporta-se aos aspectos normativos da organização da estrutura da família, à capacidade de estabelecer normas e regras internas, referentes a horários de comer, dormir, sair..., de arrumação e ordem, desde o quarto de dormir, à cozinha e ao levantar da mesa e às regras de privacidade e respeito por cada membro. Também se refere à definição dos seus papéis e seus limites, à aptidão para estabelecer um estilo de autoridade e de a exercer com parcimónia, bem como à capacidade de estabelecer normas e regras externas, que dizem respeito à forma como se comportar na rua, na escola, no emprego, com a restante família, com os amigos, visitas e/ou convidados.

Em agregação e regulação de todos estes saberes que integram a competência da família, está naturalmente o contexto onde ocorrem.

Uma perspectiva desenquadrada do contexto que a legitima, é desprovida de significado. Por este motivo, analisar o contexto onde acontece a interação reveste-se da maior importância. O conceito de competência da família, tal como foi exposto, deve ser analisado e compreendido quando inserido no contexto externo e no contexto interno do sistema familiar.

No primeiro caso, o contexto refere-se à realidade comunitária, social, cultural, histórica e política onde a família está inserida. Uma família competente terá de ter em conta as tarefas que lhe são exigidas e muitas vezes impostas pelo meio. Certamente as famílias poligâmicas, terão competências significativamente diferentes das famílias monogâmicas, ou as famílias dos meios tipicamente rurais, serão diferentes das famílias dos grandes centros urbanos.

No segundo caso, o contexto engloba as características próprias de cada família, o número de elementos, o modo de subsistência, a idade, profissão e escolaridade dos membros da família, a etapa do ciclo vital em que se encontra e ainda a influência das relações que esta estabelece com as famílias de origem, no entanto e em qualquer dos casos, os estilos de

vida saudáveis e os ganhos em saúde que deles advêm, não são conseguidos apenas por uma organização específica, mas pelo leque de escolhas que a família pode construir (*vide*, figura 1).

A família competente engloba assim, um conjunto de capacidades relacionais, intelectuais, afectivas, sociais e morais que possibilitam o desenvolvimento de características comportamentais satisfatórias e saudáveis, desenvolvendo através da capacidade de aprendizagem, as aptidões comunicativas e heurísticas, que facilitem a mudança, e pela disponibilidade e criatividade, facilitem a resiliência.

Num outro entendimento, a competência da família não traduz qualquer acção, mas antes, a capacidade de poder realizá-la, com sucesso e com eficiência. A competência está assim para o aleatório e contingente, como a destreza está para a acção repetitiva. Nesta linha de pensamento, uma família competente, é de certo, uma família resiliente.

Uma família é competente, na medida em que vai vencendo os novos desafios e vai resolvendo velhos problemas. Entendida como um sistema vivo, a família goza naturalmente do princípio da equifinalidade, transmitindo a ideia de que, nem sempre os mesmos caminhos nos levam aos mesmos sítios, por essa razão, a competência contém em si a capacidade de aprender a aprender e de descobrir a descobrir.

O conceito de competência só pode ser entendido e ganhar consistência teórica, se for materializado em relação a um objecto concreto e

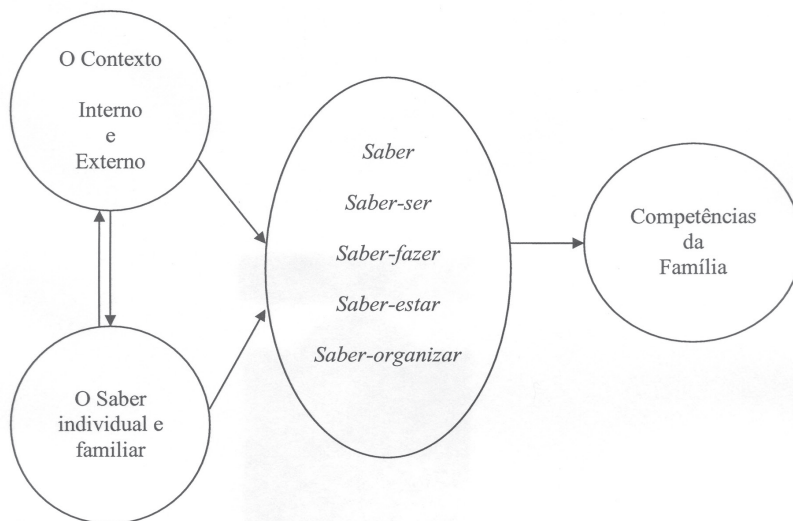


Figura 1 – Modelo teórico da competência da família

em determinado contexto. No âmbito familiar, a competência não é, nem poderá ser, um constructo estático já que o seu objecto (as pessoas e as relações que estabelecem), também não o é, sendo pautado por diferentes fases, com diferentes tarefas desenvolvimentais, que requerem sucessivas readaptações.

Neste sentido, a competência da família desenvolve-se em torno de dois movimentos fundamentais: “tornar-se família” e “manter-se família”.

O primeiro, “tornar-se família”, focaliza a atenção principalmente nos aspectos de fusão, negociação e adaptação às características individuais e subjectivas, bem como, de toda a bagagem cultural que, os intervenientes carregam consigo. O segundo, “manter-se família”, exige uma constante adaptação e transformação, mantendo no entanto, a identidade que a caracteriza e a torna única, aproximando-se da noção de resiliência familiar, isto é, as crises e os momentos de desequilíbrio, podem quando a mente está disponível, e a relação ajudar, transformar-se em crescimento e elevar a família à potência das suas competências.

Importa por último sublinhar, a importância dos estudos e da análise ecológica da família, no sentido de salientar o que a família é capaz, em detrimento do menos conseguido, promovendo a qualidade de vida dos indivíduos, das famílias e das comunidades em geral. Assumimos desta forma (com o “aconchego” desta abordagem teórica) que, a tipos de culturas diferentes, podem corresponder estilos de vida diferentes. Acreditando que, na diversidade de comportamentos e atitudes, haja espaço para diferentes formas de conseguir um equilíbrio promotor de saúde familiar, porque confiamos, que famílias saudáveis produzem indivíduos saudáveis, aceitando o inverso como verdadeiro. Reconhecemos assim, a família como um sistema autopoietico. A família alimenta-se pois, do seu próprio produto, para que possa reutilizá-lo novamente na sua produção, como se de energia renovável se tratasse.

Desta forma, pensamos poder contribuir para que a Psicologia da Saúde constitua cada vez mais uma abordagem psicológica positiva e ecológica que, reforce a energia vital necessária à família, promovendo o bem-estar e a satisfação familiar, traduzindo-se em ganhos para a saúde individual e familiar.

## BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, M. (2002). *(des) Equilíbrios familiares* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Aubert, J., Gilbert, P. & Pigeys, F. (1993). *Savoir et pouvoir: les compétences en question*. Paris: PUF.
- Ausloos, G. (1996). *A competência das famílias. Tempo, caos, processo*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Barbosa, A. & Rodrigues, M. (2006). Alternativas metodológicas para a identificação de competências. *Boletim Técnico do Senac* 2(32), 21-23.
- Burnier, S. (2001). Pedagogia das competências. Conteúdos e métodos. *Boletim Técnico do Senac* 3(27), 13.

- Deal, T. & Kennedy, A. (1982). *Corporate cultures*. Mass: Eddiso-Wesley.
- Deluiz, N. (2001). O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação. Implicações para o currículo. *Boletim Técnico do Senac* 3(27), 69.
- Depresbiteris, L. (2001). Avaliando competências na escola de alguns ou na escola de todos? *Boletim Técnico do Senac* 3(27). Acedido em 22 de Fevereiro, 2004, em <http://www.senac.br/informativo/bts/273/boltec273d.htm>
- Dodgson, M. (1993). Organizational learning. *A Review of Some Literatures, Organization Studies* 14(3), 375 – 394.
- Fleury, A. & Fleury, M. (2001). *Estratégias empresariais e formação de competências: um quebra- cabeça caleidoscópico da indústria brasileira*. São Paulo: Atlas.
- Gomes, D. (2000). *Cultura organizacional. Comunicação e identidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Hubbard, J. A. & Coie, J.D. (2002). *Emotional correlates of social competence in Children's peer relationships*. Duke University. Acedido em 11 de Setembro, 2008, em <http://www.udel.edu/psych/fingerle/article1.htm#references>
- Imaginário, L. (1998). *Adaptação/reinserção profissional dos adultos pouco escolarizados*. Lisboa: Observatório do Emprego e Formação Profissional.
- Le Boterf, G. (1995). *De la compétence: essai sur un attracteur étrange*. Paris: Les Editions D'Organisation.
- Levy-Leboyer, C. (1999). *La gestion des compétences*. Paris: Les Éditions D'Organisation.
- Lima, A., Martinez, B. & Filho, J. (1991). *Introdução à antropologia cultural*. Lisboa: Editorial Presença.
- Morin, E. (2003). *Introdução ao pensamento complexo* (4ª ed.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Nave, F. (2007). *Os padrões da cultura organizacional da família. Uma abordagem da funcionalidade familiar, numa perspectiva organizacional*. Tese de Doutoramento inédita, Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Faro.
- Nave, F. & Jesus, S. (2005). Ameaças à funcionalidade familiar: Uma perspectiva sistémica da cultura organizacional das(s) família(s). *Revista do Centro de Educação UFSM* 2(7), 11-26.
- Nave, F., Jesus, S., Barraca, J. & Parreira, P. (2006). Escala de satisfação familiar por adjectivos. Tradução e adaptação para a população portuguesa. *Revista de Investigação em Enfermagem* 14, 45-54.
- Neves, J.G. (2000). *Clima organizacional, cultura organizacional e gestão de recursos humanos*. Lisboa: Editora RH.
- Nevis, E., DiBella, A. & Gould, J. (1995). Understanding organizations as learning systems. *Sloan Management Review* 36(2), 73-85.
- Rebello, T., Gomes, A. & Cardoso, L. (2001). Aprendizagem organizacional e cultura: relações e implicações. *Psicológica* 27, 69-89.
- Rogers, C. (1984). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Moraes Editores.
- Wittorski, R. (1998). De la fabrication des compétences. *Education Permanente* 135, 57-69.



# DA CURA À PSICOHIGIENE: A IMPORTÂNCIA DA COMPREENSÃO DA EFICÁCIA ADAPTATIVA EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

MARIA GERALDA VIANA HELENO

MARÍLIA MARTINS VIZZOTTO

TANIA ELENA BONFIM

*Universidade Metodista de São Paulo – Brasil*

Os conceitos de saúde e doença modificaram-se de acordo com a evolução e a história da humanidade. A preocupação com a saúde passou a ser possível não só a partir do reconhecimento das doenças, como também pela compreensão dos processos que levam o homem ao adoecimento. Na evolução dessa compreensão dos processos de saúde-doença, Ribeiro (1998) aponta modelos de pensamento que serviram como base ou paradigmas<sup>1</sup> para os estudos e ações de combate, de prevenção e de promoção da saúde. Os modelos de pensamento evoluíram de um raciocínio unicausal, ou causal linear, para uma compreensão interfatorial. A evolução das concepções de saúde e doença é reconhecida como tendo fases, bem como grandes revoluções. As fases são reconhecidas com a própria história, ou seja, uma primeira que decorreu até a Idade Média, outra iniciada com o modo de pensar pós-renascentista, uma terceira que nasce com a Revolução Industrial e a quarta que vem com a alteração dos padrões de mortalidade pós segunda grande guerra. Mas, nos atentemos às revoluções, que a partir de autores como Julius Richmond, Ribeiro (*op.cit.*) mostra-nos que houve três passagens ou “revoluções da saúde”. A primeira revolução já é reconhecida como uma passagem de um modelo exclusivamente centrado na patologia para um preventivo. Essa revolução ou maneira de pensar, foi um dos ramos

---

<sup>1</sup> Chamam-se esses modelos de paradigmáticos a partir da compreensão de Thomas Kuhn (Kuhn, 1998), que são conceitos e teorias apreendidos e aceitos pela comunidade científica em determinada época e que se modificam ou caem em desuso quando um novo modelo ou paradigma toma seu lugar, passando a dominar o raciocínio dos cientistas, servindo-lhes de base.

do modelo biomédico. Uma segunda foi uma passagem da prevenção de doenças à promoção da saúde; e uma terceira revolução, já recente, é a da gestão de resultados (centrando-se na obtenção dos melhores produtos – avaliação dos procedimentos empregados e controle de custos).

A base de raciocínio, que gera as primeiras discussões para a primeira revolução de saúde, é a do “modelo biomédico”, que traz em si um raciocínio unicausal e considera a doença como o resultado de distúrbios fisiológicos gerados pela ação de agentes patogênicos. Embora suas origens estivessem no século 14 (mesmo com os entraves da igreja à ciência), foi só por volta dos séculos 16 a 18 que a medicina centrou-se na experimentação e debruçou-se sobre a investigação da patogenia. Sua premissa reconhecia que um organismo específico relacionava-se a uma patologia específica. Nesse modelo paradigmático, tal como aponta Koifman (2001, p. 3), o corpo humano era tido como a “a sede das doenças; e as doenças, entidades patológicas”.

Essa visão reducionista do ser humano ao seu aparato biológico, amplamente utilizada como referência nas áreas médicas, começou a sofrer críticas, inclusive pela própria medicina, da qual se originou. Entre as verdades até então perenes e que passaram a ser questionadas, estava a idéia de que, a partir dos processos químicos e fisiológicos, era possível curar “todas” as doenças sem ter, inclusive, maior proximidade com o paciente. Essa posição rígida incluía o menosprezo a qualquer outra forma de tratamento e a desconsideração de fatores ambientais, psicológicos ou sociais como agentes desencadeadores de doenças (De Marco, 2003; Koifman, 2001; Ribeiro, 1998).

Todavia, esse modelo teve uma importância ímpar no desenvolvimento da medicina, além de abrir caminhos para a noção de saúde. Isso porque foi a partir dele que, com o conhecimento das causas de muitas doenças, iniciaram-se ações de cura e medidas preventivas para muitas delas, reconhecendo-se um novo – o preventivo. O modelo biomédico auxiliou o reconhecimento de que: a) as doenças infecciosas eram difíceis de tratar, pois, instaladas no adulto, a cura era dispendiosa; b) o meio ambiente e seus agentes patogênicos favoreciam a instalação de doenças infecciosas; c) as doenças eram contraídas na medida em que o organismo hospedeiro favorecia o desenvolvimento do agente infeccioso (Ribeiro, *op. cit.*). Assim, esse mesmo modelo biomédico deu vazão ao de prevenção. E foi tão eficiente que houve uma redução significativa da mortalidade na população. Embora mantivesse ainda um raciocínio focado na doença, uma vez que se partia do princípio de que a saúde era a ausência de doenças, gerou novos desafios no campo da saúde, levando a sociedade ao combate de enfermidades e, conseqüentemente à tomada de medidas preventivas. Essa foi, então, a primeira revolução. Entretanto, mesmo com medidas preventivas, essa

proposta, ainda que reduzisse a mortalidade, gerou um aumento populacional com doenças crônicas.

Concomitantes a essas observações científicas, no século 20, surgiram propostas de reformulação, tanto da formação médica quanto de seus modelos de intervenção. Pretendeu-se assim que a medicina saísse urgentemente da exclusividade biologista para uma visão mais humanista. Então, seguindo o modelo científico, novas verdades foram sendo estabelecidas, abrindo-se um campo maior para a saúde.

## 1. DO MODELO BIOMÉDICO AO PREVENTIVISTA

O conceito de prevenção é, portanto, originário do modelo biomédico. É a partir do conhecimento da doença e da possibilidade de seu surgimento que se buscaram ações no combate às possíveis endemias e epidemias. Tem, assim, a prevenção o objetivo de eliminar o aparecimento de determinada doença direcionando-se a grupos específicos da população considerados de risco (Buss, 2003).

Na evolução dos conceitos de saúde e doença, as ações preventivas alcançaram também a doença mental. A **saúde mental** também passa a ser mais notada, e o modelo biomédico da doença mental passa a ser criticado.

Observa-se, portanto, uma passagem – de uma visão da doença mental como resultante de distúrbios biológicos para uma visão que engloba fatores psicossociais.

### 1.1. Críticas ao modelo biomédico em saúde mental

Surgem críticas, indignações, e crescem os anseios por melhores condições de atendimento aos pacientes psiquiátricos. Na Europa, Itália dos anos 1960, Franco Basaglia causa uma revolução no serviço de atendimento ao doente mental. Ao não aceitar o tratamento baseado nesse modelo biomédico que relegava o paciente psiquiátrico à exclusão e à repressão, Basaglia anunciou que o biologismo não era um paradigma suficiente para a compreensão, nem tampouco para o tratamento da “loucura”. Apesar de fracassada a investida de Franco Basaglia, como lembra Amarante (1996), foi sob essa influência que, em 1973, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considerou o serviço psiquiátrico “basagliano” como referência mundial.

Simultaneamente, nessa mesma década, nos Estados Unidos, o então presidente J. F. Kennedy leva ao Congresso, pela primeira vez na história, uma proposta revolucionária de programa nacional de saúde mental. Nessa proposta, amplamente explicada e conceituada por Gerald Caplan (Caplan, 1964-1980) contemplaram-se a prevenção, o tratamento e a reabilitação para os doentes mentais, e preconizou-se a responsabilidade do Estado e da comunidade para com esses pacientes.

Além desses movimentos e propostas européias e americanas, na América do Sul, também nessa década, Jose Bleger apresentava, a nosso ver, conceitos ainda mais inovadores. Reunidos na obra *Psicohigiene e Psicologia institucional*, publicada no Brasil em 1984, estão os textos, frutos de suas conferências em Buenos Aires, sobre higiene mental e psicohigiene, cujos conceitos retomaremos mais adiante.

### **1.1.1. O modelo preventivista em psiquiatria**

O conceito de prevenção em psiquiatria proposto por Caplan (*op. cit.*) é, sem dúvida, um marco na história desse campo, demonstrando um avanço, ainda que conserve como referência a doença. Sua proposta em psiquiatria preventiva apresenta três níveis: primário, secundário e terciário.

A prevenção primária é um conceito comunitário. Envolve a redução da taxa de novos casos de distúrbio mental numa população durante certo período, neutralizando as circunstâncias perniciosas (Caplan, *op. cit.*, p. 40).

A prevenção primária é um conjunto de ações que têm como objetivo não apenas impedir que um só indivíduo adoça, mas sim uma determinada população. Cabe ao preventivista identificar fatores nocivos que devem ser eliminados e incrementar fatores benéficos, que aumentam a resistência da população. Tanto os programas dirigidos para o indivíduo representante de um grupo, quanto os orientados à comunidade são utilizados como meio de diagnosticar, intervir e reconhecer a extensão dos problemas e os recursos para evitá-los. Assim, apesar do conhecimento prévio das doenças e das situações de risco, esses fatores benéficos ou maléficos devem ser identificados em cada situação específica (Caplan, *op. cit.*).

Mas, por mais eficiente que seja um programa de prevenção primária, ele não evita o adoecimento de uma parte da população. Nesses casos deve haver programas de prevenção secundária e terciária.

A prevenção secundária é o nome dado pelos especialistas em saúde pública aos programas que reduzem a taxa de incapacidade causada por um distúrbio, na medida em que baixam a prevalência do distúrbio na comunidade (Caplan, *op. cit.*, p. 104).

Os programas de prevenção secundária dos distúrbios mentais são destinados às pessoas que não puderam usufruir os benefícios da prevenção primária e devem contar com profissionais da saúde capazes de realizar diagnósticos precoces e atendimentos rápidos e eficientes. O indivíduo ou comunidade atendida dessa forma corre menos risco de ter seqüelas da sua doença.

Mas, fracassando a prevenção secundária, a população deve ter acesso à prevenção terciária, que tem por objetivo “reduzir na comunidade a taxa de funcionamento defeituoso devido a distúrbios mentais” (Caplan, *op. cit.*, p. 129). Em prevenção terciária, cabe a reabilitação, que engloba,

entre outras medidas, o tratamento da doença, a eliminação da ação do preconceito e a manutenção do indivíduo na sociedade.

Com relação aos programas preventivos de forma geral, Caplan (*op. cit.*) sugere que se tenha em vista a premissa das necessidades básicas humanas, de modo que, se elas não forem supridas, cria-se um campo favorável para o surgimento da doença. Assim os programas devem observar a existência dos suprimentos necessários a uma comunidade, quais sejam: suprimentos físicos, psicossociais e socioculturais. O primeiro está relacionado à proteção física do indivíduo; o segundo e o terceiro relacionam-se às necessidades psicológicas e sociais. Esses suprimentos merecem ser levados em consideração desde as primeiras relações afetivas estabelecidas com a família até o contato mais amplo com os costumes, os valores e as instituições sociais. A ação da ausência dos suprimentos deve ser considerada no contexto da evolução humana, incluindo as situações de crise normal do desenvolvimento ou aquelas acidentais (Caplan, 1964; Simon, 1989).

A consideração dos fatores psicológicos e dos sociais, além dos físicos, nos programas de prevenção em saúde mental, demonstraram um avanço na maneira de se conceber o binômio saúde-doença. Abandonou-se a exclusividade do modelo biomédico, agregando-se a noção de doença como resultado da ação de vários fatores (raciocínio multicausal).

Porém, esse raciocínio inicial preventivista ganha mais corpo na década de oitenta, do século passado, quando se evidenciou melhor o modelo ecológico (também centrado na saúde, mas que ganha noção mais ampla – de promoção – e não só de prevenção). Essa noção refere-se a uma segunda revolução de saúde.

## **2. DO MODELO PREVENTIVISTA AO MODELO ECOLÓGICO: AS NUANCES ENTRE PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO DE SAÚDE**

O modelo ecológico (Ribeiro, 1998) vem marcar a segunda revolução de saúde. Esse modelo marcou uma passagem da doença para saúde, pois o raciocínio preventivo, como já colocado anteriormente, também se preocupava com a doença. Esse modelo de raciocínio surge a partir da constatação de uma “nova epidemia” – a comportamental –, que reconhece a mortalidade por acidentes, o alto consumo de álcool e outros comportamentos de risco. Esse modelo ainda considera o tratamento e prevenção das doenças, mas dá grande destaque à proteção da saúde, pois considera a influência da educação, da economia e do meio ambiente como fatores que interferem nos processos de saúde e doença.

Assim, o conceito de saúde compreendido como a ausência de doença física passa por transformações. A OMS (1986) define a saúde como capacidade de o indivíduo realizar suas aspirações e satisfazer suas necessidades.

É um recurso para a vida e não um objetivo de vida. Envolve a interação de fatores físicos, psíquicos, sociais e sua complexidade aumenta quando esses fatores são considerados a partir do indivíduo no ambiente. Em uma visão ainda mais moderna, entende-se (Simon, 1989; 2005) que saúde e doença são determinadas pela ação e interação complexa de fatores internos – psíquicos e físicos – e externos, compostos de variáveis ambientais socioculturais e de produtividade.

Nessa interação complexa, podem se evidenciar sérias dificuldades para diferenciar situações de saúde e doença, pois nem sempre os indivíduos são capazes de discriminar entre estar com saúde ou estar doente ou sentir-se doente ou sentir-se saudável. Indivíduos com doenças crônicas silenciosas podem se sentir saudáveis mesmo quando doentes (Ribeiro, 1998), independente do fato de saberem se têm determinada enfermidade. Nesse caso, a informação pode ter pouca ação sobre o indivíduo (Heleno, 2000).

Considerando, portanto, essa complexidade de variáveis que circundam o binômio saúde-doença, a visão preventivista, em si mesma, passou a não mais atender à explicação e nem às ações em saúde pública. Como sua ênfase ainda recai sobre a doença, na medida em que sua premissa é evitar que uma pessoa ou grupo adoça, sua proposta de atacar áreas de risco ainda eleva demasiadamente os custos em saúde pública.

A proposta de promoção da saúde antecede a doença, uma vez que seu foco está na implementação da saúde. Esses dois conceitos são complementares e interdependentes.

O termo promoção da saúde foi apresentado por um documento oficial chamado Informe Lalonde (Lalonde, 1974), que estabeleceu os determinantes da saúde, como biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização de assistência à saúde. Antes disso, em 1965, Leavell & Clarck (1965-1976) utilizaram o termo como um dos níveis de prevenção.

Assim, como propõe Caplan (1964), prevenção primária estaria direcionada a evitar determinada doença ou, conforme Leavell & Clarck (1965), evitar o período pré-patogênico. As medidas preventivas seriam destinadas a impedir que os indivíduos adoçam. A promoção da saúde, em contrapartida, não se destina a impedir que os indivíduos adoçam, mas adota ações de manutenção e melhoria da saúde (Bleger, 1984).

Tendo em vista os limites das medidas preventivas, ampliam-se as tentativas de se aprimorar o conceito de promoção de saúde. Nesse sentido, outro importante documento sobre isso foi a Carta de Ottawa publicada na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde no ano de 1986 (Opas, 1986). Nele a promoção da saúde é definida como:

um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental

e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. ... Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde (Opas, 1986, p. 1).

Destacam-se, nesse documento, dois princípios indissociáveis. Um está ligado à ação e à implantação de políticas públicas e ambientais favoráveis à saúde; o outro volta-se para o indivíduo, designado como processo de “capacitação das pessoas”. Esse processo de capacitar está diretamente relacionado com o fato de as pessoas terem controle sobre sua saúde, tanto para mantê-la quanto para melhorá-la e, por conseguinte, o fortalecimento da autonomia da população. Nesse sentido, Ribeiro (1998) diz que “A promoção da saúde implica devolver à população o poder em matéria de saúde” (p. 69). Em se efetivando a capacitação dos indivíduos, eles mesmos teriam meios de requerer e exigir melhores condições de vida. Mas é necessária atenção para que não ocorra a delegação exagerada de responsabilidades para o indivíduo acompanhada da diminuição da responsabilidade do Estado. Assim,

promover a saúde alcança, dessa maneira, uma abrangência muito maior do que a que circunscreve o campo específico da saúde, além de incorporar elementos físicos, psicológicos e sociais (Czeresnia, 2003, p. 40).

Quanto às diferenças entre a prevenção e promoção, pode-se dizer que a prevenção ainda está relacionada a uma preocupação com a doença (prevenir doenças), enquanto que a promoção relaciona-se com a saúde. A prevenção atinge os indivíduos, grupos – suas doenças condições de risco; a promoção privilegia o bem-estar, a qualidade de vida dos indivíduos, grupos e população em geral, ou seja, preocupa-se com o alcance de uma **adaptação eficaz**.

Entende-se com isso que, além de conceituais, essas diferenças são também práticas. Na práxis, as medidas preventivas e de promoção de saúde não podem manter dissociação, pois toda ação de promoção de saúde é uma proteção de doenças. Além disso, as concepções de prevenção e promoção devem ser consideradas, tanto a partir de variáveis ou fatores individuais (internos) quanto dos fatores ambientais (externos).

Assim, pode-se entender que existem diferenças conceituais entre prevenção de doenças e promoção da saúde, mas não se pode negar a aproximação ou complementaridade que ambos possuem quando se trata de ações no campo da saúde.

### **2.1. Promoção de saúde e psicohigiene**

Como salientou-se anteriormente, na área de saúde mental, considera-

se que, ainda que pouco difundidos mundialmente, os conceitos propostos por Jose Bleger foram de vanguarda. Esse estudioso foi além da prevenção na área mental e caminhou para uma discussão ainda mais ampla – a higiene mental.

Em primeira instância, a higiene mental é compreendida por esse autor, tal como já anunciada pela OMS, nos anos 1950, como um conjunto de atividades e técnicas que promovem e mantêm a saúde mental. Entre seus objetivos, estão: 1. modificação da assistência psiquiátrica (buscando condições mais humanas (uma preocupação coincidente com a de Franco Basaglia na Itália); 2. diagnóstico precoce das doenças mentais, buscando a diminuição da taxa de enfermidades, bem como tempo de internação); 3. reabilitação e reintegração do doente à vida plena; 4. promoção de maior equilíbrio e saúde na população (Bleger, 1984).

É nesse quarto objetivo que Jose Bleger, genialmente, naquela época, já faz a passagem da doença para a saúde, pois enfatiza que esse item não se refere à profilaxia de uma doença, mas sim à promoção de maior equilíbrio das pessoas, de atenção à vida cotidiana dos seres humanos. Desse modo, acrescenta Jose Bleger (Bleger, 1984), a higiene mental é um ramo da saúde pública, e dentro dela está a psiquiatria, que busca agir sobre o nível psicológico dos fenômenos humanos, no cotidiano, ultrapassando os limites da medicina e alcançando a psicologia. Considera, portanto, esse autor, não a prevenção ou a profilaxia da doença, mas sim a promoção da saúde. Afirma que

o grande passo em psiquiatria consiste nisto: não esperar que a pessoa doente venha consultar e sim sair a tratar e intervir nos processos psicológicos que gravitam e afetam a estrutura da personalidade e, portanto, as relações entre seres humanos, motivando com isto o público para que possa concorrer a solicitar seus serviços em condições que não impliquem em doença” (p. 27).

As concepções apresentadas tanto por Caplan (1964) quanto por Bleger (1984) aproximam-se e diferem no que se refere aos conceitos de prevenção das doenças e a promoção da saúde. Vizzotto (2003) mostra que, na concepção de Gerald Caplan, a prevenção primária pressupõe o conhecimento prévio da doença, da possibilidade de que ela ocorra, para que assim se possa evitá-la, enquanto que, para Jose Bleger, a concepção de psiquiatria trabalha com a possibilidade de promover saúde.

## **2.2. Atenção básica em saúde psicológica:**

### **distanciamento entre as propostas e sua realização**

Apesar desses avanços e mesmo com todo conhecimento sobre psico-



higiene, pouca mudança ocorreu, e os *processos psíquicos* ainda são pouco considerados nos programas preventivos. Rahim (2006), referindo-se aos processos psíquicos, diz que alguns podem considerá-los associados à idéia de trauma e, portanto, reconhecem seu papel no desencadeamento dos processos de doença. Mas, por outro lado,

ainda parece distante para muitos a compreensão de que não um fato isolado, mas geralmente um conjunto de experiências, principalmente as começadas na tenra infância, as quais interagem com tendências inatas, constroem um edifício (personalidade) que pode se tornar vulnerável a fatos isolados chamados traumáticos no futuro (p. 35).

Assim, parece que a desconsideração pelos processos psíquicos nos programas de atenção básica dá-se muito mais por falta de compreensão sobre o que significam do que por descaso. Como exemplo, tem-se que o Ministério da Saúde do Brasil (Ministério da Saúde, 2004) possui o Departamento de Atenção Básica, e nele são desenvolvidos programas que têm a saúde da família como estratégia, cuja meta abarca um conjunto de ações de saúde, incluindo sua promoção e proteção. Considera o indivíduo na sua singularidade e complexidade, abrangendo sua inserção sociocultural. Consoante com esses princípios, o trabalho é realizado em equipe composta de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de consultório dentário, de modo que, embora esse programa tenha como meta a promoção da saúde, a formação e o perfil de sua equipe indicam a priorização dos aspectos biológicos e nuances da natureza sociocultural humana (visão do modelo biomédico). Entre outras disciplinas a serem contempladas nesses programas, observa-se que os conhecimentos advindos da psicologia (e da especificidade psíquica) ainda não foram aceitos como fundamentais nas intervenções preventivas e de promoção da saúde.

Não se trata de priorizar uma ou outra disciplina ou campo do conhecimento, mas da capacidade de reconhecer a complexidade dos processos que determinam a qualidade da adaptação humana.

Alguns estudos (Ayres, 2004; Oliveira et al., 2005; Souza & Carvalho, 2003; Quayle, et al., 2001) mostram o distanciamento entre as propostas de atenção básica de promoção de saúde e sua efetiva realização. Esses autores abordam questões relacionadas ao cuidado às pessoas e a limitação do trabalho direcionado às intervenções epidemiológicas e sanitárias; apontam ainda para as falhas ao não se considerar a necessidade da transformação da concepção dos processos de saúde e doença; e, principalmente, os autores observam que não é considerada a importância da presença do psicólogo na criação e implantação de programas na área da saúde.

Observamos então, que, mesmo diante de uma segunda revolução em saúde que chamou atenção para as epidemias comportamentais e que buscou ter uma preocupação com a saúde e preconizou um retorno a uma perspectiva ecológica, os custos elevados em saúde pública permanecem inalterados. Há, então, mais recentemente, uma chamada para uma terceira revolução em saúde, considerada como a de controle de custos, gestão em saúde e avaliação de resultados.

### 3. A AVALIAÇÃO DE RESULTADOS EM SAÚDE E O ENFOQUE COMPORTAMENTAL

A terceira revolução preconiza que se avaliem as ações e as intervenções em saúde. Porém, o que chama atenção sobre esses custos elevados são os constantes comportamentos de risco que ascendem o número de mortalidade entre jovens no trânsito (Yunes & Rajs, 1994; Mello-Jorge, 1997; Marin-Leon & Vizzotto, 2003); no alto consumo de drogas e álcool, assim como o elevado número de doenças crônicas (Heleno, 2000) entre outros problemas que são de natureza comportamental. Isso mostra que, embora se tente cercear doenças, epidemias, controlar custos, parece que o velho raciocínio unicausal ainda está bastante impregnado no modo de pensar saúde humana. A natureza humana também composta de desejos, medos e por um arsenal defensivo para enfrentamento dos conflitos é ainda relegada a um plano menor. O aparato psíquico – sua constituição e seu desenvolvimento – é ainda desconsiderado, ou, pelo menos, compreendido em um raciocínio ainda maniqueísta.

Desse modo, entender a eficiência das intervenções e propor a avaliação de seus resultados demanda antes uma compreensão do funcionamento psíquico e a possibilidade de sua avaliação. Pois, em uma perspectiva holística de saúde humana, estão implicadas necessariamente as variáveis psicológicas que interferem tanto no processo de saúde/doença quanto na eficiência dos programas de intervenção propostos. É por isso que propomos a avaliação dessa eficácia adaptativa.

A tarefa do psicólogo é, então, não necessariamente a de construir uma nova forma de atuação a partir dessa nova concepção de saúde. Os fundamentos para a intervenção em psicologia fora dos consultórios estão sedimentados, principalmente quando se considera que “a função social do psicólogo clínico não deve ser basicamente a terapia e sim a saúde pública” (Bleger, 1984, p. 20) e que o método clínico de orientação psicanalítica (Vizzotto, 2003) é perfeitamente viável para o cumprimento dessa tarefa, de modo que, mais que a questão técnica interventiva está, na tarefa do psicólogo, a necessidade de incorporar ou apreender as concepções que

envolvem a saúde psicológica.

#### 4. ADAPTAÇÃO E EFICÁCIA ADAPTATIVA: UM MODELO DE RACIOCÍNIO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

Quando se trata de entender a adaptação humana e suas especificidades na área da saúde mental, deve-se então direcionar às contribuições de Ryad Simon. A proposta de Simon (1989; 2005) é, sem dúvida, um arcabouço notável para uma psicologia moderna e eficiente em saúde mental, preenchendo algumas lacunas existentes, tanto na compreensão do fenômeno quanto na forma de intervenção nos processos de saúde e doença, principalmente quando se necessita alcançar o âmbito da saúde pública.

Diz-se importante contribuição, pois Simon (1989) lança mão do conceito de adaptação humana para evitar enquadrar indivíduos em classificações nosológicas que remetem à doença e a quadros patológicos. O referido autor, buscou uma classificação que contemplasse as variações do funcionamento psicológico e utilizou uma terminologia compreensiva, a qual facilitou a comunicação informativa por parte do profissional ao paciente como também aproximou o diálogo entre os diferentes profissionais da saúde, por isso sua contribuição no âmbito da saúde coletiva.

Simon (2005) adota o critério adaptativo como princípio norteador de sua proposta diagnóstica por entender que esse enfoque permite avaliar funcionalmente todos os dados psíquicos existentes nos tempos passado, presente e prognóstico provável sobre o futuro de indivíduos, podendo ser estendido a grupos e nações. Contudo, entende que o conceito de adaptação permite apenas discriminar os organismos vivos dos não vivos. Por isso, propõe a avaliação dos modos de adaptação, que se estruturam em um arranjo eficaz ou ineficaz de respostas. Para esse fim, toma a definição que diz ser *“a adaptação um conjunto de respostas de um organismo vivo, em vários momentos, a situações que o modificam, permitindo manutenção de sua organização (por mínima que seja) compatível com a vida”* (Simon, 1989, p. 14, grifo nosso).

A Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – Edao funciona como um esquema referencial para o psicólogo clínico conduzir entrevistas diagnósticas, tanto de caráter curativo quanto preventivo e, por consequência, promoção da saúde.

Ao utilizar a Edao o profissional observará o conjunto de respostas do indivíduo atendido e avaliará a possibilidade de essas respostas permitirem a manutenção, mesmo que mínima do funcionamento do organismo. Desse modo, Simon (1989) entende necessária a elaboração de critérios para a avaliação da adequação das respostas emitidas pelo indivíduo mediante

as diferentes situações confrontadas. São eles: 1. resposta adequada: para ser adequada, a resposta precisa solucionar o problema que surge para o indivíduo, bem como satisfazê-lo sem gerar conflitos intrapsíquicos e/ou extrapsíquicos; 2. resposta pouco adequada: é a resposta que atende a apenas dois critérios – soluciona o problema, traz satisfação, mas gera conflito; ou soluciona o problema, não traz satisfação e não gera conflitos; 3. resposta pouquíssimo adequada: soluciona o problema, porém a solução não promove satisfação e também gera conflitos. Quando a situação apresentada não pode ser respondida ou solucionada, é caracterizada como uma situação de crise.

Assim, a eficácia adaptativa pode ser medida a partir dos tipos de respostas. Quanto maior o número de respostas adequadas, mais eficaz é a adaptação, e quanto maior o número de respostas pouquíssimo adequadas, menos eficaz é a adaptação.

Para melhor avaliar o funcionamento psíquico, Simon (1989) considera os tipos de respostas emitidas nos diferentes setores de funcionamento do indivíduo. O autor propõe a avaliação das respostas segundo os seguintes setores: a) afetivo-relacional – sentimentos, atitudes e ações do sujeito em relação a si mesmo (intrapessoal) e ao semelhante (interpessoal); b) produtivo – sentimentos, atitudes e ações da pessoa em face ao trabalho, estudo ou qualquer atividade produtiva, seja de natureza artística, filosófica ou religiosa, considerada como atividade principal no período da avaliação; c) sociocultural – sentimentos, atitudes e ações do indivíduo relativos à organização social, recursos comunitários, pressões sociais, bem como valores e costumes da cultura em que vive; d) orgânico – sentimentos, atitudes e ações em relação ao próprio corpo, à higiene, à alimentação, o sono, o sexo (fisiológico), à indumentária.

Essa sistematização permite maior clareza na avaliação da eficácia adaptativa, pois abarca nuances relativas à qualidade das respostas (sentimentos, atitudes e ações) emitidas em cada setor de funcionamento do indivíduo (afetivo-relacional, produtividade, sociocultural e orgânico). A importância da Edao, portanto, recai na possibilidade de avaliar sistemas comportamentais complexos, além de permitir que o profissional elabore projetos de intervenção mais eficientes, na medida em que pode determinar as áreas e situações problemáticas quanto ao funcionamento psíquico, bem como, pode reconhecer os recursos psicológicos ainda preservados em cada indivíduo avaliado.

Vale ressaltar que a Edao, constitui-se em um sistema de avaliação que teve sua origem a partir das experiências de seu criador, quando oferecia atendimento psicológico a estudantes de medicina em São Paulo. Nessa

ocasião, Ryad Simon e sua equipe deparavam-se com o problema de avaliar indivíduos propensos a distúrbios psicológicos, mas que não apresentavam sintomas psicológicos que justificassem intervenção curativa. A necessidade de avaliar indivíduos aparentemente saudáveis e que pertenciam a um grupo de risco impôs ao autor um desafio que o levou à elaboração da presente escala. Desde sua origem até o presente momento, houve modificações no instrumento (Edao). Foram contribuições do próprio autor e de colaboradores que vislumbraram a utilidade da proposta. Hoje, podemos observar o refinamento dos critérios que compõem a escala, de sorte que permitem uma avaliação qualitativa e quantitativa da eficácia adaptativa.

O desenvolvimento de critérios quantitativos ofereceu à Edao a possibilidade de ser utilizada na avaliação da eficácia adaptativa de indivíduos pertencentes a diferentes grupos de risco ou não, auxiliando o profissional na elaboração de projetos de intervenção psicológica, principalmente aqueles de natureza preventiva e de promoção da saúde.

A detecção das variações adaptativas de grupos permite a elaboração de programas de prevenção ampla. Nesses programas, a equipe de psicohigienistas pode tomar decisões estratégicas quanto à concentração de maiores recursos em consonância à possibilidade de bons resultados, bem como poderão avaliar os riscos coletivos, caso não haja qualquer intervenção. A detecção de situações de crise permite a implementação de programas de intervenção nas crises com o intuito de evitar a deterioração da adaptação e, se possível, a melhoria da eficácia da adaptativa. Para Simon (1989), quando cessada a crise, ficaria muito oneroso para o serviço de prevenção a manutenção do atendimento de indivíduos, requerendo o encaminhamento para outros serviços de atendimento à saúde. Por isso, a importância do conhecimento desses critérios por parte da equipe de prevenção. A análise qualitativa proporcionada pela Edao permite um olhar minucioso a respeito do funcionamento psíquico de indivíduos que enfrentam diferentes situações.

Para o autor, a grande importância dessa concepção está no fato de que ela considera os períodos de evolução do indivíduo nas condições de mudanças graduais ou abruptas. A evolução da adaptação (Simon, 1989) do indivíduo alterna-se durante sua vida em dois períodos – um chamado de período de adaptação estável e outro, de período crítico.

Esses períodos são mediados pelo que Simon (2005) sistematizou chamando-os de fatores e microfatores. Ambos são “fatos que interagem mediados pelo ego, influenciando na adequação da adaptação” (p. 33); podem ser internos ou externos, negativos ou positivos. Os fatores ou microfatores internos são aqueles pertencentes ao mundo mental do indivíduo, e os externos, pertencentes ao ambiente. Assim é que se compõe a **eficácia adaptativa**,

por meio do interjogo entre fatores do indivíduo, fatores ambientais, com suas qualidades, negativas ou positivas.

Os primeiros são fatos que não alteram de forma abrupta a evolução da adaptação. Pelo contrário, agem de forma silenciosa e podem, com o passar do tempo, alterar a eficácia adaptativa; essa noção é útil para os programas que visam à promoção da saúde. A pessoa não apresenta nenhum tipo de transtorno, sempre considerando os quatro setores do funcionamento, por isso está mais apta para usufruir a promoção da saúde e, ao mesmo tempo, não necessita de programas preventivos.

Pode-se dizer que quanto mais eficaz a adaptação, maior é o benefício da promoção da saúde. Pode-se comparar essa situação com o surgimento das doenças crônicas degenerativas não transmissíveis. O organismo está bem, por isso não precisa de nenhum tipo de tratamento, e, de forma imperceptível, uma série de microfatores sucede-se e, de forma silenciosa, gera, com o passar do tempo, a doença. Esse é o caso, por exemplo, do diabetes *mellitus*, pois o organismo, por meio da homeostase vai-se adequando ao aumento gradativo da glicemia (nível de açúcar no sangue), o indivíduo não percebe sequer que esse limite não pode mais ser contido e sofre uma perda irreversível de uma função biológica importante.

Ainda acompanhando esse exemplo, observa-se que, no momento em que a situação de perda é deflagrada, surge, geralmente, o período crítico. Nessa situação, cabe a prevenção, para que o quadro não se agrave. Assim, ao observarem-se todos os setores do funcionamento humano, encontrar-seão situações parecidas. No setor produtividade, nos casos de uma boa formação acadêmica e pessoal que é adquirida desde a infância, pela ação de vários microfatores internos e externos, predominando os bons, a possibilidade de realização profissional é aumentada.

Nas situações da vida diária, no interjogo entre os microfatores ambientais e constitucionais, estão presentes aspectos positivos e negativos, e, em cada situação, um ou outro prevalecerá. Esse é outro importante aspecto a ser considerado na concepção de evolução da adaptação. Utilizando como base o modelo proposto por Simon (2005, p. 66) e por Rahim (2006, p. 214), apresenta-se a seguinte configuração:

A figura mostra as variações adaptativas e a aplicabilidade da promoção de saúde e da prevenção das doenças. Quanto melhor a eficácia adaptativa (+2, +2), mais saúde, de modo que caberão intervenções de promoção de saúde; quanto pior a eficácia adaptativa (-2, -2), maior a possibilidade de doença, na qual caberão medidas preventivas.

Simon (1989) afirma que “um esboço das variações adaptativas é útil à prevenção e deve conter indicações sobre o que se quer evitar e o que se pode preservar para inspirar objetivos preventivos” (p. 68) aqui acrescenta-

DA CURA À PSICOHIGIENE:

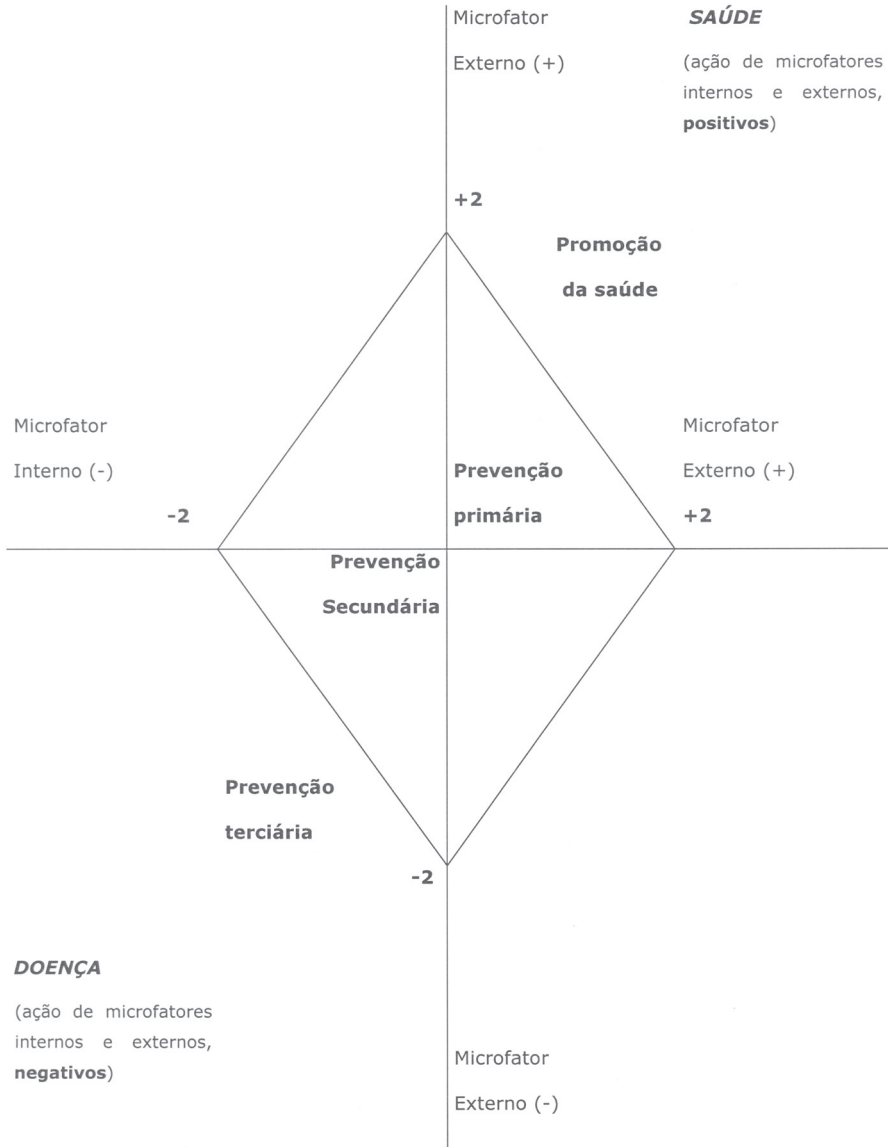


Figura 1 – Variações Adaptativas, promoção de saúde e os níveis de prevenção

se: *e de promoção de saúde*.

Mas não se deve deixar de considerar os processos agudos, que têm a possibilidade de aparecer em qualquer momento da vida. Os fatores geradores de crise podem surgir em qualquer etapa do desenvolvimento e também interferem na evolução da adaptação. O psic higienista precisa estar atento para essas ocorrências e tomar as medidas necessárias para evitar ou minimizar os efeitos dessa situação específica (Simon, 1989).

Entende-se neste texto que os modelos paradigmáticos utilizados para a compreensão de saúde e de doença sofreram modificações ao longo das evoluções histórica, filosófica e científica. Se antes e, principalmente, durante a Idade Média, nada se podia conhecer e o fenômeno humano era atribuído ao sobrenatural – divino ou demoníaco – da renascença até o apogeu da idade moderna cresceram as expectativas, as especulações e as investigações sobre a patologia. Valorizou-se a medicina científica, e o homem debruçou-se sobre a experimentação e a descrição das doenças, de suas causas e efeitos. Priorizou-se, assim, um modelo chamado “modelo biomédico”. O valor desse modelo de compreensão da doença foi o de trazer o conhecimento sobre muitas causas, evolução e cura de muitas patologias. Utilizado e valorizado ainda hoje, ele perdeu sua hegemonia, quando se pretendeu, a partir dele mesmo, aplicar a prevenção, pois as grandes epidemias assim o exigiram. Esse modelo de raciocínio, embora eficiente, também trouxe uma outra preocupação e desafio à ciência, pois se evitou a mortalidade, estancando a evolução das doenças, mas criou-se um aumento populacional com doenças crônicas; fato que trouxe custos elevados às instituições. Também ainda utilizado e valorizado, esse modelo abriu campo para uma visão mais ampla – aquela que busca a compreensão dos processos de saúde e doença e que abarca os vários setores ou âmbitos da vida humana, um modelo mais próximo daquilo que se chama de ecológico, além da prevenção, privilegia a promoção da saúde.

Os vários modelos de raciocínio são ainda indispensáveis na prática e na pesquisa em saúde, porém entende-se que promover e proteger a saúde ainda é um raciocínio pouco valorizado entre nós.

Destaca-se, ainda, que, com o aumento de doentes crônicos e com custos elevados em saúde pública, os especialistas buscam a implantação da avaliação de resultados em saúde em uma visão que se denomina “gestão de resultados”. Desse modo, observa-se que, mesmo que a gestão de resultados procure resgatar a saúde e obter, com isso, um menor custo, nossa preocupação é a de que essa visão não parta para um raciocínio exclusivamente numérico epidemiológico e, sim, lance um olhar para uma avaliação qualitativa da saúde. E é nessa determinação que se encontra, na área psicológica, um respaldo na proposta da “eficácia adaptativa” inaugurada e sistematizada por Ryad Simon.



A avaliação adaptativa permite uma conseqüente intervenção tanto nos níveis curativos, preventivos quanto nos promotores de saúde. Permite ainda uma posterior avaliação (Edao) dos resultados do esperado equilíbrio adaptativo eficaz. Com isso, valoriza-se a qualidade das relações humanas e sua saúde. Destina-se, assim, uma chamada para a qualidade das ações em saúde.

## REFERÊNCIAS

- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ayres, J. R. C. M. (2004, set-dez) O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13 (3) 16-29.
- Bleger, J. (1984). *Psicohigiene e Psicologia Institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Buss, P. M. (2003) Uma introdução ao conceito de Promoção de Saúde. In Czeresnia, D. & Freitas, C. M. (Orgs.) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 15-38) Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Caplan, G. (1964) *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.
- Czeresnia, D. (2003) O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia, D. & Freitas, C. M. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. (pp.39-53) Rio de Janeiro: Fiocruz.
- De Marco, M. A. (2003) *A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial*. São Paulo: Casa do Psicólogo. Heleno, M.G.V. (2000) *Organizações patológicas e equilíbrio psíquico em pacientes diabéticos tipo 2*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Koifman, L. (2001, mar-jun) O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, ciências, saúde Manguinhos*, 8 (1) 48-70.
- Kuhn, T. (1998) *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva.
- Lalonde, M. (1974) *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Health and Welfare Canada.
- Leavell, S. & Clarck, E. G. (1965) *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.
- Marin-León, L. & Vizzotto, M.M. (2003) Comportamentos no trânsito: um esdo epidemiológico com estudantes universitários. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19 (2):515-523, mar-abr.
- Mello-Jorge, M. H. P. Gawryszewski, V. & La Torre, M. R. D. O. (1997) Análise dos dados de mortalidade. *Revista de saúde pública*, 31(4):5-25.
- Ministério da Saúde (2004) Sistema Único de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Recuperado em 04 set. 2006 do Ministério da Saúde: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/conhecadab.php>. Acesso em: 4 set. 2006.
- Oliveira, I. F.; Dantas C.M.B.; Costa, A. L. F.; Gadelha, T.M.S.; Ribeiro, E.M.P.C.; Yamamoto, O. H. (2005, jul-dez) A Psicologia, o Sistema Único de informações ambulatoriais: inovações, propostas e desvirtuamentos. *Interação em Psicologia*, 9 (2), 373-283: <http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/viewFile/4790/3677> Acesso em: 4 set. 2006
- OMS – Organização Mundial da Saúde (1986) *Health promotion: concepts and principles in action, a policy framework*. Geneva: WHO.
- OPAS (1986) Organização Panamericana de Saúde. *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde de Ottawa*: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf> . Acesso em: 4 set. 2006
- Quayle, J., Benute, G.R.G., Santos, N.O., Santos, R.M.R., RONDON, F.C., DE LUCIA, M.C.S. (2001, jan-abr) A importância do psicólogo na criação e implantação dos programas educativos de prevenção em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 25 (1), da abem-educmed: [www.abem-educmed.org](http://www.abem-educmed.org).

br. Acesso em: 4 set. 2006

Ribeiro, J. L. P. (1998) *Psicologia e saúde*. Lisboa: ISPA.

Rahim, M. A. A. (2006) *O modelo psicanalítico kleiniano aplicado à prevenção em saúde mental na infância*. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Souza, R. A. Carvalho, A. M. (2003) Programa de saúde da família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. *Estudos de Psicologia* (Natal), 8 (3) da scielo (scientific Electronic Library On Line): www.scielo.br. Acesso em: 11 ago. 2006.

Simon, R. (1989) *Psicologia clínica preventiva*. São Paulo: Edusp.

Simon, R. (2005) *Psicoterapia breve operacionalizada teoria e técnica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Vizzotto, M.M. (2003) O método clínico e as intervenções na saúde psicológica da comunidade. In Oliveira, V. B. e Yamamoto, K. (Orgs), *Psicologia da saúde: temas de reflexão e prática*. (pp. 137-152). São Bernardo do Campo: Editora Metodista.

Yunes, J. & Rajs, D. (1994). Tendência de la mortalidad por causas violentas em la población general y entre los adolescentes y jóvenes de la región de las Américas. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro 10 (sup.1): 88-125.

# O BRINCAR NO HOSPITAL E A ADERÊNCIA AO TRATAMENTO

VERA BARROS DE OLIVEIRA

*Universidade Metodista de São Paulo – Brasil*

A busca de soluções teóricas e técnicas para problemas da saúde tem propiciado, especificamente nas últimas três décadas, o desenvolvimento de uma área da Psicologia que conjuga comportamento e saúde. Entre as abordagens propostas para esse enfoque, a que se apoia no modelo biopsicossocial integra uma visão social e cultural a teorias cognitivas e, muitas vezes, sugere técnicas de intervenção, as quais têm encontrado uma repercussão tanto na formação dos profissionais que atuam na área da saúde, quanto na adesão de quem se submete a um tratamento (Kerbauy, 2002).

A partir desse modelo teórico, o foco individual se amplia e se conecta de forma dinâmica ao ambiente, com sua história, seus valores e suas tradições. O corpo, assim como a doença, não são mais vistos de forma isolada como objetos de estudo e diagnóstico descontextualizados, desenraizados, abstraídos da pessoa como um todo.

Parte inerente do meio sociocultural no qual se insere, o ambiente hospitalar, algumas vezes, manifesta claramente uma cisão com a vida que continua do lado de fora, com o cotidiano das pessoas que se internam. É como se constituísse um hiato espaço-temporal, uma ilha ambiental, na qual o cuidar da doença lhe autorizasse a cortar laços, abolir costumes, ignorar desejos.

O risco da internação hospitalar mal conduzida é particularmente danoso quando se trata da criança, uma vez que esta, para assegurar seu desenvolvimento, precisa manter firmes seus vínculos familiares, sociais e escolares. Estratégias que favorecem a preservação e manutenção de atividades lúdicas prazerosas, a que está acostumada, vêm portanto, a contribuir

para sua aderência ao tratamento, uma vez que criam condições de manter viva em si a alegria do dia-a-dia e do convívio com o outro.

Este texto trata justamente do problema da aderência da criança ao tratamento e de como o brincar pode contribuir para seu bom desenvolvimento em ambiente hospitalar. Inicia-se por levantar questões sobre o fenômeno atual da globalização e suas conseqüências para a saúde, em geral, e da criança, em particular; a seguir, aborda o complexo tema da aderência ao tratamento e das formas de intervenção que são utilizadas com o intuito de consegui-la. Em um segundo momento, acompanha a curva evolutiva lúdica, segundo a ótica da epistemologia genética conjugada à winnicotiana, associando-a a possíveis aplicações na área hospitalar. Finalmente, analisa diversas modalidades lúdicas desenvolvidas em ambiente hospitalar em relação à sua relevância para a aderência infantil ao tratamento.

### O FENÔMENO DA GLOBALIZAÇÃO E A SAÚDE

A abordagem da saúde, que atualmente valoriza o contexto regional, completa-se com o contraponto valioso da ótica mundial, uma vez que a rede de informações de que se dispõe hoje em dia cria condições de uma leitura ampla e dinâmica, em constante transformação da saúde no mundo com um todo, assim como em seus diversos pólos regionais geográfico-culturalis (Lyons & Chamberlain, 2006).

Esse é o caso dos consideráveis avanços realizados pela *World Health Organization* (2004), que possibilitam uma visão panorâmica das diversas regiões do globo, apontando áreas mais ou menos desenvolvidas em diversos aspectos ligados à saúde. A grande maioria dos estudos diz respeito ao ambiente hospitalar e revela, por exemplo, que, de 1900 a 1999, observou-se, no mundo, um aumento considerável no número de médicos em relação à população e nas opções de tratamento, assim como uma diminuição nos dias de internação hospitalar.

Ainda segundo uma abordagem global, observou-se, segundo a Unicef (2005), uma queda na mortalidade de crianças com menos de cinco anos de idade, com redução de 1,3% ao ano, no período de 1960 a 2003.

Essa visão mundial aponta, contudo, que as grandes diferenças regionais persistem. Como aponta a *World Health Organization* (1999), a pobreza traz consigo graves repercussões negativas às áreas da saúde e da educação. Viver na pobreza está associado a uma expectativa mais baixa de vida, à maior mortalidade infantil, a um nível mais alto de doenças infecciosas, a um uso mais acentuado de substâncias tóxicas, como o fumo, o álcool e as drogas entre outros. Acarreta também o aumento de casos de depressão e de suicídio com maior exposição a fatores de risco.

Além dessas constatações, o fenômeno da globalização afeta a saúde mundial de várias maneiras. A ampliação e crescente agilização nas conexões

locais conduzem a uma interdependência social e econômica entre as pessoas em geral, entre as comunidades, regiões e países, com conseqüências tanto positivas quanto negativas. De forma positiva, favorecem, por exemplo, a difusão de informações e de tecnologia avançada, relativas a cuidados da saúde e a tratamentos específicos. De forma negativa, pode-se exemplificar citando como o acentuado desenvolvimento econômico de grandes potências, associado a políticas de comércio e mercado, provoca o desequilíbrio econômico global e a pobreza em várias regiões, com severas conseqüências para a área da saúde (Lyons & Chamberlain, 2006).

Da mesma forma, a globalização põe em risco o ambiente como um todo, interferindo na atmosfera, como é o caso do dano progressivo que vem sendo causado à camada de ozônio, comprometendo a qualidade do ar que respiramos e, portanto, nossa saúde. Vários outros riscos, como os provocados pelas mudanças climáticas acentuadas vêm ocorrendo, tais como, a poluição, a diminuição da água potável, o crescente uso de agrotóxicos, a difusão do aumento no consumo de gorduras, sal e açúcar entre outros. Em resumo, o *status* da saúde humana é um indicador-chave da saúde do planeta como um todo, sendo que ambos estão intimamente ligados e dependem um do outro para sobreviver (Lee, 2003).

Essas considerações põem em relevo uma série de riscos que passamos a enfrentar em nível mundial e que acarretam sérias conseqüências para a saúde em geral, como, por exemplo, para os sistemas respiratório, imunológico ou metabólico. Em se tratando das faixas etárias extremas da vida, a infância e a velhice, esses riscos se acentuam consideravelmente e acarretam internações mais freqüentes e duradouras. Se o processo de hospitalização é vivenciado por quem dele necessita e faz uso, como um corte drástico no cotidiano de sua vida, com o foco na cura da doença em si, ignorando seu lado humano e desejoso de participar de sua recuperação, cria-se um fosso difícil de ser ultrapassado entre a equipe hospitalar e o paciente, o qual, mesmo querendo cooperar no momento da admissão, não sabe mais como fazê-lo, pois não se percebe ouvido.

### **A VISÃO DAS CRIANÇAS DA SAÚDE E A CULTURA NA QUAL VIVEM**

As diferenças registradas em diversas regiões do globo encontram sua repercussão na maneira como as crianças percebem a saúde, objeto de investigação que tem se tornado um foco de interesse nos últimos anos. A forma como as crianças conceituam e discutem a saúde difere da forma como os adultos o fazem, conforme pesquisas têm demonstrado. Por outro lado, o estudo da saúde e da doença das crianças não pode ser feito de forma dissociada da compreensão de como a sociedade em questão compreende a criança e a infância (Lyons & Chamberlain, 2006).

Em estudo intercultural realizado inclusive aqui no Brasil, foi observada uma grande similaridade em várias culturas regionais em relação à visão das crianças sobre saúde e doença. As idéias das crianças, contudo, mudam conforme a idade, e os conceitos de saúde e doença se ampliam e se tornam mais diferenciados e multidimensionais à medida que a criança vai crescendo. Da mesma forma, a conceituação varia de acordo com o nível socioeconômico das crianças. O conceito de saúde de crianças de classe média social relaciona-se principalmente a sentimentos positivos e a práticas saudáveis de prevenção de saúde, enquanto que o de crianças de classes menos favorecidas está ligado diretamente à alimentação (Boruchovitch & Mednick, 1997). A enfermidade do ponto de vista da criança também foi investigada por Oliveira (1996).

Dada sua complexidade e especificidade, evidencia-se a importância de estudos que enfoquem a aderência hospitalar e estratégias que possam favorecê-la (Spinetta et al., 2002).

### ADERÊNCIA AO TRATAMENTO

Aderência ou complacência ao tratamento, termos que são usados de forma indiferenciada, designam a extensão da aceitação e adequação do comportamento do paciente à orientação médica. A busca de uma medida objetiva desse quociente tem sido alvo de pesquisadores, há várias décadas (Rudd, 1979; Gauthiers, Turner, Langley, Neil & Rush, 1991). Contudo, o efeito potencial do acompanhamento evolutivo da aderência ao tratamento,

o chamado *efeito Hawthorne*, pode também constituir uma variável a ser levada em conta, o que torna ainda mais complexa a verificação mensurável dessa razão (Nichol, Venturini & Sung, 1999).

Tema de grande abrangência e complexidade, a aderência ao tratamento envolve, principalmente, a relação de quem cuida com quem é cuidado em seus múltiplos aspectos. Seu estudo compreende a análise de fatores sociodemográficos, de considerações específicas sobre o problema de saúde em si (nível de comprometimento, sintomas, etc.) e do levantamento de aspectos relacionados ao tratamento empregado, como os relativos à sua modalidade, à complexidade, aos efeitos colaterais e à duração, entre outros. Vários são, portanto, os fatores que podem interferir na aderência a qualquer tipo de intervenção, influenciando diretamente na relação custo *versus* benefício do tratamento, sendo aqui o custo considerado em seu sentido mais amplo, não apenas monetário, mas incluindo, por exemplo, os efeitos secundários da medicação. Tem-se pesquisado a forma como a equipe de saúde como um todo visualiza a aderência, assim como quem está em tratamento a aceita ou não, ampliando, dessa forma, o foco exclusivo na

visão médica como consideram Partridge, Avorn, Wang e Winer (2002). Nesse sentido, esses autores, em estudo sobre aderência à terapia neoplásica com agentes orais, comentam como os médicos geralmente assumem que seus pacientes tomam corretamente a medicação prescrita e, se ocorre de conversar a respeito com eles, acreditam quando afirmam estar seguindo sua orientação, mesmo sem comprovarem o fato.

Segundo Felding e Duff (2000), as intervenções feitas no sentido de aumentar a aderência ao tratamento podem ser classificadas em três grandes tipos: educacional, cognitiva/comportamental e de treinamento de habilidades de auto-regulação. Nas intervenções educacionais, leva-se em conta o nível de desenvolvimento da pessoa, a responsabilidade por assumir o tratamento (dos pais ou da criança), o saber por que tais procedimentos são necessários e o conhecer possíveis efeitos do tratamento e de seu desenrolar.

Vários estudos têm relatado bons resultados obtidos por meio dessa modalidade interventiva (Ley & Florio, 1996, Ley, 1998). Contudo, esse tipo de intervenção, apesar de promover e aumentar a informação junto à criança e à sua família sobre a doença, seu tratamento e a importância de sua colaboração nem sempre são suficientes à aderência ao tratamento em todos seus aspectos (Moran, 1987).

Conforme Felding e Duff (2000), as intervenções comportamentais têm sido as mais adotadas quando se trata de combater e diminuir a não aderência. Essa abordagem, recentemente, tem incorporado técnicas que trabalham atitudes, hábitos, crenças e conhecimentos. Programas baseados nesse tipo de intervenção têm tratado de: automonitoramento como, por exemplo, roteiro escrito sobre medicação a ser tomada diariamente; controle sobre estímulos, que provocam comportamentos inadequados; teto permitido como, monitorar o nível glicêmico; contrato entre as partes (clínica e familiar) sobre comportamentos específicos a serem respeitados; devolutiva corretiva e reforço, evitando críticas e acusações, assim como encorajando e recompensando de forma sistemática, comportamentos adequados.

Ainda segundo os autores, estudos recentes demonstram que as técnicas de abordagem comportamental têm mais sucesso a curto prazo, melhorando a aderência ao tratamento medicamentoso, sendo que, a longo termo, aspectos mais complexos, como os relacionados a estilo de vida, não são alterados, o que tem significação especial junto à população infantil que sofre de uma doença crônica. As intervenções que se baseiam no treino de habilidades de auto-regulação levam em conta a natureza multifatorial dos problemas relacionados à aderência e à necessidade de alterar o estilo de vida de forma consistente, a fim de evitar a reincidência de hábitos inadequados. Essa abordagem tem sido mais direcionada para adultos, mas possui grande aplicabilidade junto a crianças com doenças crônicas. Resumindo os objetivos dessa intervenção, os autores citam:

a) buscar fazer com que a pessoa se perceba como principal responsável por sua recuperação e se inteire dos procedimentos para tal;

b) estabelecer um relacionamento efetivo de colaboração entre os profissionais da saúde e os familiares e a importância de os diversos profissionais da equipe terem um discurso coerente frente à família, o que supõe, entre outros requisitos, autocontrole, planejamento e acompanhamento, comunicação intra e intergrupal;

c) levar o paciente a perceber suas falhas na busca da aderência, também como um fator de aprendizagem, sem se recriminar continuamente e

d) visualizar de antemão possíveis erros e ajudar os membros da família a pensar em conjunto, a planejar e a evitar situações de risco.

Entre os fatores que influenciam a aderência ao tratamento, estudos apontam para uma relação entre a idade e a aderência (Bond, Aitken & Sommerville, 1992). Muitas doenças crônicas que se iniciam na infância, como asma, diabetes, fibrose cística e problemas renais, requerem regimes medicamentosos diários, complexos e prolongados, assim como várias restrições alimentares e de atividades. Além disso, muitas vezes, o tratamento envolve procedimentos invasivos e dolorosos, assim como internações freqüentes. As famílias ficam responsáveis pela continuidade do tratamento, arcando com o estresse gerado, sendo que alguns pais, por vezes, precisam deixar de trabalhar para poder atender exigências do processo. Daí a grande importância à modalidade de intervenção utilizada junto às crianças, visando realmente a uma alteração positiva não apenas a curto prazo, mas que se afirme ao longo de seu processo vital.

A não aderência ao tratamento tem sido associada a um maior índice de consultas médicas e internações, com aumento do tempo de hospitalização (Tebby, 1993), o que acarreta sérias repercussões negativas para ambos os lados, tanto para o cuidador (pessoal/familiar, profissional e institucional), quanto para o que inspira cuidados e necessita deles.

A maneira como uma pessoa adere a um tratamento está relacionada às expectativas que possui em relação aos encaminhamentos. De forma correlata e complementar, depende de como se percebe como co-autora de seu processo de busca da saúde, e não apenas como paciente e passiva do seguimento. O conceito de auto-eficácia, introduzido há tempos por Bandura (1977), refere-se justamente ao fato de a pessoa acreditar em si mesma como o principal agente de sua recuperação e mais que isso, acreditar que vai conseguir melhorar, ou seja, encarar o fato de maneira otimista. Essa crença vincula-se ao balanço que faz consigo mesma da relação custo-benefício do tratamento, o qual inclui naturalmente como contraponto o desgaste e o estresse de uma possível internação ou intervenção cirúrgica.

No sistema de saúde, tende a haver uma relação de dependência dos que necessitam de atendimento em relação aos profissionais que diagnosti-



cam e prescrevem tratamentos. Nessa relação, a ação de quem é atendido é decisiva para a promoção ou proteção de sua saúde, assim como para a prevenção ou tratamento de doenças. Daí a preocupação de quem prescreve algo de que sua orientação seja seguida, presumindo já, de antemão, uma possível resistência por parte do doente ou do atendido. Algumas variáveis podem interferir nessa adesão. O papel do atendido pode variar de acordo com o tipo de doença que tem, assim como em relação ao local no qual é atendido. Por exemplo, caso esteja internado em um hospital, contará com a vigilância dos profissionais para que cumpra o prescrito. Por outro lado, caso tenha uma doença crônica, como a diabetes, para mantê-la sob controle e levar uma vida normal, sem grandes cuidados, é necessário que assuma seu tratamento, que cuide de si mesmo de forma consciente e regular. Isso significa adotar mudanças significativas em seu estilo de vida, além de tomar a medicação prescrita e seguir as recomendações médicas. Resulta daí a crescente atenção que a Psicologia da Saúde tem dado à problemática relacionada à modificação de comportamento, compreendida em seu sentido mais amplo, envolvendo atitudes, crenças, expectativas etc. (Ribeiro, 1998).

### ***A aderência ao tratamento, a humanização hospitalar e o brincar da criança***

O organismo humano pode ser visto como um dos mais complexos sistemas. A teoria dos sistemas dinâmicos (Prigogine, 1996; Guess & Sailor, 1993), propõe-nos uma visão mais ampla e dinâmica da realidade, na qual a experiência do momento atual se insere na trajetória da vida como um todo e supõe a capacidade de o organismo se auto-regular, de se sentir vivo, interativo e atuante no meio em que vive.

A partir dessa visão, o fortalecimento do querer viver e do buscar a saúde estão intimamente ligados às condições que o sujeito encontra de agir com espontaneidade e de manter uma interação significativa, afetiva e efetiva com o meio social e cultural em que vive (Oliveira, 1998a). Historicidade e interatividade caminham juntas e se alavancam de forma contínua e complementar, dando suporte principalmente nos momentos críticos, como os de internação hospitalar, a que o organismo continue a atuar de forma plástica e dinâmica.

O sentir-se parte integrante da própria recuperação traz profundas conseqüências à adesão ao tratamento, a qual tem sido cada vez mais vista como condição de que uma intervenção na área da saúde seja bem sucedida. Trata-se de área significativa para a Psicologia da saúde, principalmente porque depende da modificação do tratamento, no sentido de levar em conta as crenças, as emoções e as expectativas a ele relacionadas – objeto epistemológico da Psicologia. Além disso, depende da fluência

da comunicação entre quem é atendido e o sistema de saúde, já que a Psicologia tem na comunicação seu principal e mais genuíno instrumento de trabalho (Ribeiro, 1998).

As dificuldades da criança em aderir ao tratamento têm sido estudadas (Manne, Jacobsen, Gorfinkle, Gerstein & Redd, 1993; Moran, 1987). A doença do ponto de vista da criança foi investigada por Oliveira (2006). O brincar, por ser um excelente meio de comunicação e expressão infantil, pode ser visto como uma estratégia privilegiada para que a criança enfrente o estresse da internação hospitalar e aumente sua adesão ao tratamento (Vieira & Carneiro, 2006; Silva, 2006; Pérez-Ramos, 2006; Guerellas & Silveiras, 2000).

A humanização hospitalar em relação à criança nasceu justamente da compreensão de que as necessidades básicas da infância deveriam ser preservadas em situações críticas, como as relativas à internação, o que, certamente, contribui para seu processo de aderência ao tratamento (Lindquist, 1993).

Nesse sentido, registra-se a grande abertura que se observa em relação à presença dos pais junto aos leitos, nos quartos, nas enfermarias ou nas Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) (Garcia, 1996). Ainda nessa direção, constata-se uma maior preocupação da equipe hospitalar em manter um contato próximo com a família não apenas informando, mas buscando soluções conjuntas. Em relação à criança, observa-se a preocupação em evitar discussões médicas ao lado do leito, como se ela fosse alguém que nada percebesse. Por outro lado, procura-se cada vez mais contar com sua colaboração, prepará-la psicologicamente para exames mais invasivos e cirurgias, assim como para o processo de alta hospitalar e seu reingresso no ambiente familiar. Além disso, busca-se, com o apoio de equipe multiprofissional, garantir a continuidade do processo escolar. Preservar o direito básico da criança de brincar no hospital, por meio inclusive da criação de uma brinquedoteca, vem ganhando apoio dia-a-dia (Cunha & Viegas, 2003).

O brincar no hospital como estratégia de enfrentamento à hospitalização infantil tem sido foco de várias investigações (Motta & Enumuno, 2004). O valor terapêutico do brincar, já enfatizado por Winnicott (1975), tem sido confirmado por meio de pesquisas junto a diferentes populações infantis hospitalizadas, como a de crianças pequenas com leucemia (Garipey & Howe, 2003), ou a de crianças cardíacas, que enfrentam uma cirurgia (Almeida & Bomtempo, 2004), assim como em estudos em diferentes espaços hospitalares, como as pesquisas realizadas em enfermarias pediátricas (Lenzi, 1998).

## O BRINCAR: SUA EVOLUÇÃO E CONTRIBUIÇÃO À SAÚDE

A partir da segunda metade do século 20, um crescente interesse por parte de pesquisadores sobre a importância do brincar como meio de expressão e fonte de desenvolvimento infantil tem se evidenciado, como assinalam Vieira e Carneiro (2006:75), autores que ressaltam sua motivação intrínseca: "... a criança , ao mesmo tempo que se desenvolve brincando, também gosta de brincar".

A relevância do brincar para o desenvolvimento integrado e saudável da criança é ressaltada pelas mais diversas linhas de abordagem teórica no campo da Psicologia. Para citar alguns expoentes clássicos, Piaget (1978), a partir de uma leitura epistemológica, conceitua o brincar como o primado da assimilação sobre a acomodação, uma situação na qual predomina o prazer sobre o desprazer, o relaxamento sobre a tensão, favorecendo sobremaneira a adaptação à realidade, principalmente quando se apresenta de forma crítica, pondo em risco o processo de equilíbrio majorante. Winnicott (1975), a partir de um enfoque psicanalítico, descreve o brincar como terapêutico em si mesmo e veículo de inserção no mundo simbólico cultural.

Sua firme sustentação conceitual assegura a relevância adaptativa do brincar, tanto em relação à organização saudável dos processos afetivo-emocionais quanto à construção e agilização dos processos cognitivos, a partir de uma visão interativa e social

Essas constatações têm dado um suporte teórico à maior aplicação do lúdico em ambientes de saúde, como nas brinquedotecas hospitalares (Lindquist, 1998). Considerado uma manifestação universal, calcada no prazer e na espontaneidade, o brincar possibilita um maior e melhor contato com a realidade externa, assim como a ampliação da consciência sobre si mesmo e sobre o meio com suas possibilidades e limitações.

Por tratar-se de situação iminentemente ativa, que se desenvolve segundo o ritmo de cada um e na direção da satisfação das necessidades pessoais do momento vivido, o brincar torna-se uma estratégia valiosa a ser utilizada frente a situações de risco ou de crise, quando o organismo se sente ameaçado em seu bem-estar, em sua integridade ou privacidade.

O lúdico, em suas diversas versões, como os brinquedos, as brincadeiras e os jogos, acompanha nossa trajetória de vida do nascimento à terceira idade e contribui para a saúde física e a mental de forma integrada e, portanto, para o processo de adaptação à realidade (Oliveira, 2005).

O brinquedo, como ressaltam Huizinga (2004) e Brougère (1995), está associado diretamente à cultura, e, como comenta este último autor, por meio de sua cor, forma, textura e sedução, convida ao toque e à exploração, o que gera um movimento de abertura ao meio. E aqui pode-se complementar constatando que, dessa forma, possibilita o reconhecimento do próprio corpo em ação, no espaço e tempo vividos, principalmente em situações

em que se percebe ameaçado, sofrido ou cerceado em seus movimentos. O contato físico e agradável com brinquedos gera um grande prazer e alívio das tensões, ao mesmo tempo em que leva ao gesto e à comunicação.

Acompanhando a curva evolutiva lúdica da abordagem epistemológica genética, vê-se que a brincadeira simbólica, o chamado faz-de-conta, brota gradativamente da brincadeira sensório-motora, do brincar com o corpo. Em outras palavras, a atividade lúdica corporal alicerça e gera condições da simbolização. Na ontogênese, a brincadeira simbólica surge por volta dos 18 meses e torna-se a manifestação mais precoce de representação mental simbólica, introduzindo a criança no universo da linguagem e da cultura de forma prazerosa e lúdica (Oliveira, 2005). O brincar está intimamente associado ao imaginário infantil, à sua criatividade e aprendizagem, como salienta Bomtempo (2005).

Acompanhar a curva evolutiva lúdica torna-se relevante para a Psicologia da Saúde, uma vez que, quando o corpo se sente ameaçado e se enrijece em um fechamento de defesa e proteção contra ameaças externas, as representações simbólicas, imagéticas e verbais, também passam a correr o risco de se inibir. A criança passa a não falar, a não ter desejo de se comunicar e, até mesmo, de brincar. Sua imaginação atrofia-se pois não encontra veículos de expressão. Esse fechamento em si mesma evidencia seu alto nível de estresse, o qual, com certeza, comprometerá sua recuperação. Daí a importância de se criar condições favoráveis a que a criança em situação crítica, com risco de se fechar ao meio, volte a interagir, com o suporte do brinquedo e do brincar, sozinha e com o outro. Todo brinquedo tem uma carga afetiva e simbólica. Seu contato e manuseio leva ao relaxamento e ao bem-estar. Toda brincadeira contém um simbolismo, parte manifesto, consciente, parte oculto, inconsciente, o qual representa a forma como a criança vê e interpreta o vivido (Oliveira, 1998a). A importância do simbólico no processo de internação hospitalar tem sido ressaltada em pesquisas realizadas por pesquisadores da área, como Bomtempo (2005) e Ramos, Aguiar e Vieira (2002).

Continuando a acompanhar essa trajetória lúdica, da brincadeira sensório-motora à simbólica, observa-se uma constante recursividade, tendo o sujeito em ação como núcleo central. Esse percurso evidencia o corpo como alicerce da dinâmica representativa pessoal e social, mostra também como as manifestações simbólicas e sociais têm repercussões físicas com profundas implicações na área da saúde.

Na leitura piagetiana, os ditos jogos de sociedade ou de regras, como os jogos de tabuleiro ou o dominó, dão continuidade a essa evolução. O brincar ou jogar com o outro faz-me sentir parte integrante do meio em que estou e atuante nele. É a participação no social que me humaniza, que dinamiza meus processos cognitivos e afetivo-emocionais, que dá vida a

meu corpo, a meus gestos e movimentos, assim como a meus pensamentos, lembranças e fantasias.

Observa-se portanto que, em sua complexidade e versatilidade crescentes, o lúdico brota no início de um núcleo gerador sensorio-motor, o qual, por meio de um pulsar rítmico, expande-se e alça-se a um plano simbólico, o qual, por sua vez, dá uma nova significação aos movimentos do corpo e os associa intimamente à linguagem e à imaginação por meio da brincadeira de faz-de-conta. Corpo e símbolo passam a trabalhar daí por diante em conjunto, sendo que as manifestações simbólicas incumbem-se de vivificar o corpo, sempre que se lhe dão oportunidade (Oliveira, 1998a).

Os jogos de sociedade assinalam de forma clara o ingresso no mundo cultural. Essa modalidade lúdica perdura por todo o ciclo vital, sendo muito valiosa na vida adulta, principalmente na terceira idade, frente inclusive à necessidade de internação hospitalar. Ao criar situações que resgatam o interesse por uma ocupação prazerosa e desafiante, os jogos despertam a motivação por atividades grupais e promovem a melhora de processos neuropsicológicos, cognitivos, como da atenção e do raciocínio, assim como favorecem a interação social mais confiante, espontânea, afetiva e efetiva com repercussões favoráveis para todo o quadro clínico.

Acompanhar mais de perto a aliança dinâmica entre a corporalidade e os processos simbólicos e culturais traz, portanto, contribuições valiosas à Psicologia da Saúde, que se norteia por um modelo biopsicossocial, pois possibilita ver o sujeito como agente primeiro de sua busca de saúde, desde que encontre condições de interagir socialmente.

A partir dessas considerações, verifica-se a importância que as atividades lúdicas adquirem na adesão ao tratamento, em seus diversos níveis e fases processuais de prevenção, manutenção e recuperação da saúde, uma vez que:

- o brincar pode ser visto como um valioso instrumento de apoio, abertura e dinamização do tratamento, porque configura uma situação privilegiada para a expressão de sentimentos e emoções. Estimula a ação espontânea e criativa e assim, favorece o fortalecimento da crença em si mesmo como agente e transformador da própria saúde. Da mesma maneira, dá suporte aos familiares, pois favorece a alteração de sua percepção em relação ao contexto hospitalar, já que insere um espaço e um tempo que privilegiam situações descontraídas e prazerosas. Possibilita a quebra da visão do todo hospitalar como um lugar de tensão e de sofrimento; alarga e altera essa ótica, com a inclusão de núcleos, nos quais a vida continua de maneira habitual e alegre e que irradiam confiança e disposição para as horas mais difíceis que resgatam e fortalecem a alegria de viver;

- quanto a favorecer a fluência na comunicação hospitalar, o brincar também pode ser considerado como uma das mais ricas estratégias, tanto

intra como extragrúpicos, entre crianças/adolescentes, familiares, profissionais e voluntários. Por utilizar-se de uma linguagem simbólica, por veicular uma comunicação verbal e não verbal, por proporcionar descontração e liberdade de expressão, constitui um contexto no qual não se teme ser avaliado, julgado ou criticado. No brincar, não há o certo e o errado, o adequado e o inadequado, o bonito e o feio. Nele, a criança faz-se presente de corpo e alma e dá o melhor de si para construir, desconstruir, ou mesmo, para destruir algo, mas sempre para representar de forma simbólica o que sente, pensa e acredita da vida. A descontração lúdica irradia-se e favorece a troca espontânea e a comunicação mais fluente com o outro.

A interação efetiva entre a criança, sua família e a equipe de saúde supõe confiança recíproca e transparência. A comunicação manifesta, muitas vezes vê-se prejudicada por uma corrente latente, que a contradiz ou a põe em dúvida. A maior proximidade que o brincar desenvolve no hospital ajuda a diminuir a verticalização da troca de informações e dinamiza uma rede de comunicação que se constrói em um plano mais horizontal, cujas confiança e liberdade de falar e de perguntar se fortalecem.

Estudos têm mostrado sobre como as emoções podem atuar na prevenção de doenças e na manutenção do tratamento (Kerbaui, 2001), assim como a importância do lúdico na regulação das emoções em crianças hospitalizadas e suas possíveis implicações (Oliveira, Dias & Roazzi, 2003).

## **AS DIVERSAS MODALIDADES LÚDICAS EM AMBIENTE HOSPITALAR**

A grande penetração e expansão do lúdico em ambiente hospitalar tem se revelado por meio de suas diversas modalidades, que aqui buscamos descrever e analisar, comparando-as, associando-as, mas, ao mesmo tempo, distinguindo-as da mais genuína e valiosa delas – o brincar livre e espontâneo.

### ***A recreação hospitalar***

O brincar livre no hospital difere da recreação. Na recreação hospitalar, profissionais e/ou voluntários desenvolvem uma atividade lúdica com o objetivo de divertir e distrair a criança. Há, contudo, uma diferença fundamental: na recreação, não é a criança que cria e desenvolve espontaneamente a brincadeira, mas seu papel aqui é mais passivo; ela assiste, mesmo que participando, a um espetáculo divertido, não planejado por ela. Trata-se também de uma atividade lúdica, mas seu vetor de direção é de fora para dentro da criança, o que não impede que muito contribua para o bem-estar e a alegria dentro do ambiente hospitalar.

O brincar livre, por sua vez, caracteriza-se justamente por ser, ao contrário da recreação, uma produção da criança, que é por ela criada, desenvolvida e modificada a seu gosto e ritmo sem qualquer intromissão

externa. Caracteriza-se, dessa forma, por ser uma atividade fundamentalmente espontânea e criativa.

O brincar livre e a recreação, contudo, podem e devem coexistir no hospital. Interessante, porém, é reservar um espaço e um tempo maiores para as brincadeiras totalmente livres, que partam da imaginação e do desejo da criança, pois essas serão as atividades lúdicas que realmente lhe permitirão ressignificar de forma mais profunda e duradoura sua realidade vivida naquele momento, dentro de suas possibilidades cognitivas e afetivo-emocionais.

### *O brinquedo terapêutico*

Uma outra forma de lidar com o brincar, a qual vem ganhando espaço nos últimos anos, diz respeito ao chamado “brinquedo terapêutico”, denominação questionável, já que, com base em Winnicott (1975), todo brincar é uma terapia. Definido como uma técnica não diretiva, utiliza-se da brincadeira simbólica ou faz-de-conta e material lúdico, que reproduz material hospitalar, empregado em diagnósticos e intervenções. Seu objetivo é criar uma situação que simule a realidade hospitalar para que a criança, ao agir livremente sobre o material simulado, recrie a situação vivida, expresse seus sentimentos e emoções. Pode ser empregado nos diversos espaços hospitalares, inclusive no leito (Soares & Zamberlan, 2001).

Por se tratar de situação lúdica que se utiliza de material figurativo que reproduz os instrumentos clínicos e cirúrgicos utilizados pela equipe profissional, essa brincadeira induz a criança a desenvolver uma temática diretamente voltada à realidade hospitalar, podendo, portanto, ser considerada uma técnica semidirigida. Passiva de análise complexa e cuidadosa, essa modalidade lúdica traz, consigo vantagens e desvantagens a serem consideradas. Por um lado, poderá a cercar a imaginação e criatividade da criança, já que esta poderia, por exemplo, representar um material cirúrgico com qualquer outro objeto que lhe parecesse semelhante. Assim, também, formata seu tempo e lhe impõe a percepção da realidade externa a ser enfrentada, vista, tocada, sem respeitar seu movimento próprio de apropriação da situação vivida. Por outro lado, contudo, traz suas vantagens, uma vez que cria condições de suporte e apoio à criança, como o poder explorar e manusear a seu modo miniaturas que reproduzem os objetos hospitalares, imitar com eles situações que já presenciou, fantasiar situações que possa vivenciar, projetar na boneca seus medos e ansiedades, invertendo a situação e sendo ela a pessoa que cuida, que opera, que dá a injeção. Da mesma forma, essa situação lúdica semidirigida (já que os ditos “brinquedos” são simulacros do material hospitalar) propicia a comunicação verbal dos profissionais com a criança e, dessa forma, lhes faculta fornecer esclarecimentos sobre o que será vivido na prática interventiva; pode contribuir

para diminuir sua insegurança e aumentar sua proximidade e confiança em quem a assiste. A utilização do brinquedo terapêutico é, muitas vezes, complementado com a leitura em conjunto de pequenos livros ilustrados que descrevem os principais passos de uma intervenção e deixam espaço para que muitas dúvidas se esclareçam. O brinquedo terapêutico pode ser desenvolvido junto à criança, desde que não ocupe em demasia o espaço de seu genuíno brincar, o qual é livre e nada dirigido.

### ***O brincar associado a atividades plásticas e de literatura***

Assim como as atividades lúdicas podem se associar às plásticas, ao desenho, à pintura, à modelagem, entre outras muitas, no ambiente hospitalar, também podem se aliar às atividades de leitura, sendo que os livros de história são muito amados pelas crianças.

A literatura infantil em suas mais variadas formas, possui imensa riqueza simbólica, seja nos contos de fada, nas fábulas, nas histórias criadas pela imaginação dos autores ou nas narrativas calcadas na vida real, nos contos ou nas poesias, ilustrados ou não. Enfim, em sua grande diversidade, os livros escritos para as crianças constituem, da mesma forma que o brincar, um excelente e doce caminho para que mergulhem e naveguem nas águas do simbólico, identifiquem-se com os personagens, vivam os desafios da narrativa, e encontrem caminhos e formas de agir mais criativos e menos sofridos na busca da sua saúde.

### ***A brinquedoteca hospitalar***

Chamadas no Brasil de brinquedotecas, as ludotecas, como assim são denominadas na maioria dos países de língua latina, têm já uma longa trajetória internacional de vida, inclusive no ambiente hospitalar (Bjorck-Akesson & Brodin, 1991).

A palavra ludoteca deriva da aliança de duas raízes que se unem: uma latina (*ludus*) e outra grega (*thêkê*: cofre, caixa). Com expressivo crescimento mundial, em suas mais diversas modalidades (hospitalar, escolar, cultural, itinerante etc.), as ludotecas parecem testemunhar um grande desejo da sociedade de recuperar seus últimos espaços de liberdade, já que o brincar se constitui em uma atividade humana que define suas próprias regras, que se caracteriza por ser livre e auto-regulada. Por outro lado, a família encontra na brinquedoteca um suporte efetivo (Dupraz, 2005).

Esse desejo de liberdade, de sobreviver frente a uma avalanche de regras, horários, imposições e invasões de privacidade, fica, muitas vezes, sufocado ou camuflado em um ambiente hospitalar. O preço da saúde parece pôr em risco o da liberdade, e, nesse sentido, crianças e familiares sentem e pensam muitas vezes em ter de optar entre buscar a cura e a liberdade de fazer e dizer o que



quer. O brincar livre, inclusive na brinquedoteca, é justamente um espaço e um tempo privilegiados nos quais se têm permissão e aprovação para agir com espontaneidade, livre de qualquer interferência, em que se pode inventar, explorar e criar à vontade.

O brincar na brinquedoteca vem favorecendo crianças em geral, que enfrentam situações de risco, como pesquisou Azevedo (2006). Estudos atuais sobre brinquedotecas hospitalares (Paula, Gil & Marcon, 2002; Ramos, Aguiar & Vieira, 2002; Viegas, 1997) ressaltam sua relevância para a preservação de seu desenvolvimento integrado, mesmo em situação de internação.

Além disso, a brinquedoteca hospitalar busca dar suporte à família, propiciando um ambiente ameno e aconchegante, com atividades especialmente voltadas para o lazer e a criatividade, como grupos de atividades artesanais; algumas brinquedotecas hospitalares providenciam o acompanhamento escolar das crianças internadas com a cooperação voluntária.

Esse é o caso da brinquedoteca do Grupo de Apoio a Criança e Adolescente com Câncer (Graacc), do Instituto Oncológico Pediátrico de São Paulo (IOP). Com o intuito de ilustrar o quanto uma brinquedoteca hospitalar bem planejada e operacionalizada pode contribuir para a humanização do atendimento hospitalar e a aderência ao tratamento, relata-se a seguir pesquisa lá realizada, a qual investigou a contribuição do lúdico como suporte terapêutico para o processo de hospitalização (Oliveira & Mittempergher, 2006).

Resultado de uma parceria entre a universidade, a comunidade e o empresariado, o Graacc tem por missão buscar a cura (e pós-cura) com qualidade de vida. Oferece apoio e assistência social às famílias, assim como diversos serviços sociais e profissionais; preocupa-se com a humanização hospitalar. A Brinquedoteca Terapêutica Senninha (nome dado em homenagem ao piloto Ayrton Senna, cuja fundação é a grande mantenedora da entidade), muito bem instalada, com grande riqueza e diversidade de jogos e brinquedos, devidamente organizados e higienizados, registra atendimentos em dois ambientes: a brinquedoteca principal, que funciona também com espaço de atividades para as mães, e a brinquedoteca instalada ao lado da sessão de quimioterapia. Além disso, há uma circulação interna do material lúdico por meio de carrinhos, nos andares e leitos. A brinquedoteca oferece várias oficinas lúdico-plásticas orientadas por equipes multiprofissionais (psicólogos, pedagogos, arte-terapeutas, assistentes sociais) e compostas de voluntários, devidamente treinados. Há também oficinas artesanais destinadas às mães.

Os dados da caracterização dessa brinquedoteca hospitalar, feita segundo adaptação do Inventário Cumulativo Ambiental de Pérez-Ramos (2004), e analisados com base na Teoria dos Sistemas Dinâmicos (Oliveira,

1998b), indicam que as atividades lúdico-plásticas desenvolvidas no hospital oncológico pediátrico estudado contribuem para:

- a manutenção da história de vida das crianças e adolescentes internados ou em tratamento ambulatorial, salvaguardando sua escolaridade e seu cotidiano lúdico, por meio de atividades de lazer, com jogos e brincadeiras a que estão acostumados;
- a interatividade intra e intergrupar entre os diversos segmentos – crianças, adolescentes, familiares, profissionais e voluntários;
- a espontaneidade das crianças e a dos adolescentes;
- o apoio à família, percebida como um sistema dinamicamente acochado à criança ou ao adolescente em tratamento.

Em continuidade a essa caracterização inicial, buscou-se conhecer melhor o que pensavam os diversos profissionais do IOP sobre a importância do brincar para a humanização hospitalar e a aderência ao tratamento por meio de um questionário de opinião. Aplicado em toda a gama de profissionais do IOP, em um total de 148 sujeitos, os resultados mostraram-se muito positivos, sendo que a grande maioria dos participantes (83%) declarou que a brinquedoteca contribui muito para a humanização hospitalar como apoio terapêutico ao processo de internação, para manter ou resgatar a alegria de viver; para favorecer a confiança da criança/adolescente na equipe hospitalar e para a aderência ao tratamento. Mostraram-se também positivos quanto ao brincar favorecendo, assim, o relacionamento da família com a equipe hospitalar.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O brincar, por meio de jogos e brincadeiras, pode ser visto como uma rica estratégia para que se consiga e amplie a aderência infantil ao tratamento, principalmente em casos de necessidade de internação hospitalar. Ao envolver a criança de forma prazerosa em atividade espontânea, interativa e criativa, proporciona um excelente contraponto ao possível estresse que possa enfrentar em uma internação hospitalar, assim como possibilita a criação de situações extremamente favoráveis à sua boa evolução afetivo-emocional e cognitiva.

A maior atividade livre da criança no hospital favorece o bom funcionamento de sistemas funcionais básicos, como o respiratório e o metabólico, e contribui para sua recuperação, assim como para seu desenvolvimento saudável psicofísico. Todo brincar envolve corpo, quer seja apenas pelo olhar ou ouvir, quer por meio de ampla movimentação. Por prender a atenção da criança, organiza seus esquemas de ação sensorio-motores, aferentes e eferentes, em sua interação com o meio ambiente; favorece a regulação de seu tônus postural, de sua coordenação visomanual, assim como de seu estado

de vigília frente à realidade vivida. A atividade lúdica livre e espontânea reaviva não apenas todo o físico da criança, mas também seus processos simbólicos verbais e não verbais.

A brincadeira simbólica, ou faz-de-conta, possibilita à criança representar e assimilar a realidade hospitalar vivida a seu modo e dentro de seu ritmo. Ao fazê-lo, ela projeta nos brinquedos seus medos e fantasias; converte-se no cuidador, naquele que toma a iniciativa e controla a ação; sua auto-estima se revigora; sua confiança no ambiente se fortalece. Com jogos em pequenos grupos, como os de regras, desfruta da alegria de brincar com outras crianças, de viver no hospital uma situação interativa, prazerosa, que exige foco, raciocínio, estratégia de ação. Por outro lado, a mãe que vê seu filho brincando e mais alegre, também passa a aceitar melhor a situação e a aderir melhor ao tratamento, o que, naturalmente, repercute na criança.

Jogos e brincadeiras no hospital preservam o cotidiano da vida infantil e da vida em família, em geral. Criam condições de a criança sentir (tanto com seus sentimentos e emoções, quanto com suas sensações em seu corpo) que algo continua como ela estava acostumada, apesar de todas as mudanças geradas pela internação. É o reencontro com situações experimentadas e satisfatórias traz conseqüências positivas não apenas para a evolução do processo de cura, como para seu desenvolvimento como um todo.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, F. A. & Bomtempo, E. (2004). Em busca da confiança necessária para viver criativamente através do brincar: a criança diante da cirurgia cardíaca. Anais do X Simpósio de Pesquisa e Intercâmbio Científico. Anpepp. Aracruz, ES, 35.
- Azevedo, A. C. P. (2006). Brincar na brinquedoteca: crianças em situação de risco. In Bomtempo, E., Antunha, E. G. & Oliveira, V. B. (orgs.). *Brincando na escola, no hospital, na rua...* (pp.143-160). Rio de Janeiro, WAC.
- Bandura, A. (1977) Self-efficacy: toward an unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84: 191-215.
- Bjorek-Akesson, E. & Brodin, J. (1991). *Toy Libraries and Lekotek in a n International Perspective*. [www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/recordDetail?accno=ED335855](http://www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/recordDetail?accno=ED335855). Acesso em: 18 mai. 2007.
- Bomtempo, E. (2005). Brincar, fantasiar, criar e aprender. In: Oliveira, V. B. (org.). *O brincar e a criança do nascimento aos seis anos*. (pp. 127-150). 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Bond, G.G., Aitken, L. S., Sommerville, S. C. (1992). The health belief model and adolescents with insulin dependent diabetes mellitus. *Health Psychology*, 11: 190-8.
- Boruchovitch, E. & Mednick, B. R. (1997). Cross-cultural differences in children's concepts of health and illness. *Revista de Saúde Pública*, 31: 448-56.
- Brougère, G. (1995). *Brinquedo e cultura*. São Paulo: Cortez.
- Cunha, N. H. S. & Viegas, D. (2003). *Brinquedoteca hospitalar - Guia de orientação*. São Paulo, Asso-

ciação Brasileira de Brinquedotecas.

Dupraz, L. (2005). *La place des ludothèques dans le soutien à la fonction parentale*. Paris: Association des Ludothèques Françaises.

Fielding, D. & Duff A (2000). Compliance with treatment protocols: interventions for children with chronic illness. *Arch Dis Chil.*, 80: 196-200.

Garcia, I. (1996). Crianças submetidas a procedimentos invasivos e/ou dolorosos: intervenções psicossociais. *Pediatria Moderna*, 32 (6): 656-658.

Gariepy, N. & Howe, N. (2003-Nov.) The therapeutic power of play: Examining the play of young children with leukaemia. *Peer Reviewed Journal*, 29(6):523-537.

Gauthier D. K., Turner, J. G., Langley. L. G., Neil, C. J. & Rush, P. L. (1991). Monitoring universal precautions: a new assessment tool. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 12, 597-601.

Guerrelas, F.& Silveiras, E. F. M. (2000). Grupos de espera recreativos: uma proposta para diminuir o índice de evasão em uma clínica escola de psicologia. *Temas de Psicologia*, 8 (2), 313-321.

Guess, D & Sailor, W. (1993). Chaos theory and the study of human behavior: implications for special education and developmental disabilities. *The Journal of Special Education*,. 27(1): 16-34.

Huizinga, J. (2004). *Homo Ludens: o jogo como elemento da cultura*. Trad. Monteiro, J. P., 5.ed. São Paulo: Perspectiva (original publicado em 1938).

Kerbauy, R. R. (2002). Comportamento e saúde: doenças e desafios. *Psicologia USP*. vol.13 n.1 São Paulo. Disponível em [www.sbph.org.br/biblioteca.asp](http://www.sbph.org.br/biblioteca.asp). Acesso em: 23 mai. 2007.

Kerbauy, R. R. (2001). As emoções na prevenção de doenças e na manutenção do tratamento. In: Marinho, M.L. & Cabalo, V. E. (orgs.). *Psicologia Clínica e Saúde*. Londrina (Brasil), Granada (Espanha): UEL-APICSA. Disponível em: [www.servicos.capes.gov.br/arquivos/avaliacao/estudos/dados/2001/33002010/037/2001\\_03](http://www.servicos.capes.gov.br/arquivos/avaliacao/estudos/dados/2001/33002010/037/2001_03) . Acesso em: 22 mai. 2007.

Lee, K. (2003). *Globalization and health : an introduction*. Basingstone, UK: Palgrave Macmillan.

Lenzi, T. P. (1998). Recreação para crianças em enfermaria pediátrica. In: Friedmann, A; Aflalo, C.; Andrade, C. M. R. J. & Altman, R. Z. *O Direito de Brincar*. (pp. 139-150) 4. ed. São Paulo. Scitta.

Ley, P & Florio, T. (1996). The use of reability formulas in health care. *Psychology Health and Medicine*, 1:7-28

Lindquist, I (1998). Brincar no hospital. In: Friedmann, A; Aflalo, C.; Andrade, C.M.R.J. & Altman, R. Z. (orgs.) *O direito de brincar* (pp. 127-38) 4. ed. São Paulo, Scritta.

Lindquist, I ( 1993). *A criança no hospital: terapia pelo brinquedo*. Trad. Altman, R. Z. São Paulo, Scritta.

Lyons, A L. & Chamberlain, K. (2006). *Health Psychology: A Critical Introduction*. UK, Cambridge:University Press.

Manne S. L.; Jacobsen P. B.; Gorfinkle, K. Gerstein, F & Redd, W.H. (1993). Treatment adherence difficulties among children with cancer: the role of parenting style. *Journal of Pediatric Psychology*; 18(1), Feb, 47-62.

Moran M. G. (1987). Treatment non compliance in asthma patients: an examination of the concept and review of the literature. *Seminars in Respiratory Medicine*. 8, 271-7.

Motta, A. R. & Enumo, S. R. F. (2004). Brincar no hospital: Estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicologia em Estudo*. v.9, n.1, 19-28.

Nichol, M. B., Venturini, F. & Sung, J. C. (1999). A critical evaluation of the methodology of the literature on medication compliance. *Ann Pharmacotherapy*, 33: 531-40.

Oliveira, V. B. (2006 ). *Rituais e brincadeiras*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Oliveira, V. B. (2005). O brincar e o ingresso no tempo histórico e cultural. In: Oliveira, V. B. (org.). *O brincar e a criança do nascimento aos seis anos*. (pp 95-126) 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes.

## O BRINCAR NO HOSPITAL E A ADERÊNCIA AO TRATAMENTO

- Oliveira, V. B. (1998a). *O símbolo e o brinquedo: a representação da vida*. 2. ed.. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Oliveira, V. B. (1998b). *Rituais simbólicos no processo de auto-regulação*. Tese (Livre-Docência) – Instituto de Psicologia da Universidade São Paulo.
- Oliveira, H. A. (1996). A enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada. *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (3), 326-332.
- Oliveira, V. B. & Mittempergher, R. (2006). *Ludic strategies as a therapeutic support for children with cancer*. In Acta 26<sup>th</sup>. International Congress of Applied Psychology. Athens, Greece . P-3282: 240.
- Oliveira, S. S. G.; Dias, M. G. B. B. & Roazzi, A. (2003). O lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 16 (10), 1-13.
- Partridge, A. H.; Avorn, J. Á ; Wang, O S. & Winer, E. P. (2002). Adherence to therapy with oral antineoplastic agents. *Journal of National Cancer Institute*; 94 (9) 1, 652-61.
- Paula, E. M. A T., Gil, J. D. & Marcon, A. (2002) Brinquedotecas em hospitais: uma conquista nova para novos tempos. *Temas de desenvolvimento*; 11(62), 23-32.
- Perez-Ramos A. M. Q. (2006). O ambiente na vida da criança hospitalizada. In: Bomtempo, E., Antunha, E. G. & Oliveira, V. B. (orgs.) *Brincando na escola, no hospital, na rua...* (pp. 111-126) Rio de Janeiro: WAC.
- Perez-Ramos, A. M. Q. (2004). Avaliação do ambiente lúdico nas unidades pediátricas hospitalares. *Anais do X Simpósio de Pesquisa e Intercâmbio Científico. Anpepp*. Aracruz, ES: 34.
- Piaget, J. (1978). *A formação do símbolo na criança: imitação, jogo e sonho, imagem e representação*. Trad. Cabral, A . Rio de Janeiro: Zahar. (original publicado em 1964).
- Prigogine, I. (1996). *O fim das certezas: tempo, caos e as leis da natureza*. Trad. Ferreira, R. L. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista.
- Ramos, R.; Aguiar, S. & Vieira, F. (2002). Manual terapêutico para o internamento pediátrico: O retorno da criança ao seu universo simbólico no contexto do internamento hospitalar. In: *Actas 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa, ISPA.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa, ISPA.
- Rudd, P. (1979). In search of the gold standard for compliance measurement. *Arch. International Medicine*. 139: 627-8.
- Silva, S. M. M. (2006). Atividades lúdicas e crianças hospitalizadas por câncer: o olhar dos profissionais e das voluntárias. In: Bomtempo, E., Antunha, E. G. & Oliveira, V. B. (orgs.) *Brincando na escola, no hospital, na rua...* (pp.112-126), Rio de Janeiro: WAC .
- Spinetta, J. J., Masera, G., Eden, T., Oppenheim, D., Martins, A G., Van Dongen-Melman J., Siegler, M., Eiser, C., Ben Arush M. W., Kosmidis H.V. & Jankovic, M. (2002). Refusal, non-compliance and abandonment of treatment in children and adolescents with cancer: a report of the SIOP working committee on psychosocial issues in pediatric oncology. *Medicine Pediatric Oncology*, 38 (2): 114-7.
- Soares, M. E. Z. & Zamberlan, M. A. T. (2001). A inclusão do brincar na hospitalização. *Estudos de Psicologia*, Campinas; 18(2): 64-69.
- Tebby, C. K. (1993) Treatment compliance in childhood and adolescence. *Cancer*, 71(10 suppl): 3441-9.
- UNICEF (2005) *The state of the world´s children 2005*. New York: United Nations.: <http://www.unicef.org>. Acesso em: 10 abr. 2006.
- Viegas, D. (1997). Brinquedoteca hospitalar: a experiência de Santo André. In: Santos, S. M. P. (org) *Brinquedoteca, o lúdico em diferentes contextos*. (pp. 46-51) Petrópolis: Vozes.
- Vieira, T. & Carneiro, M. S. (2006). O brincar na sala de espera de um ambulatório pediátrico. In: Bomtempo, E., Antunha, E. G. & Oliveira, V. B. *Brincando na escola, no hospital, na rua...* (pp. 75-110). Rio de Janeiro : WAC.

## PSICOLOGIA DA SAÚDE: TEORIA E PESQUISA

Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Trad. Abreu, J. O. A. & Nobre, V. Z. Rio de Janeiro: Imago.

World Health Organization (2004). *The World Health Report 2004: changing history*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (1999). *Poverty and health: report by the Director- General*. World Health Organization, Executive Board, RB105/5.

# OS PROGRAMAS DE SEGUIMENTO DA SAÚDE INFANTIL: ANTECEDENTES HISTÓRICOS E BASES CONCEPTUAIS

CRISTINA NUNES

*Universidade do Algarve – Portugal*

### 1. PERSPECTIVA HISTÓRICA

Desde a ilustração criaram-se por toda a Europa inúmeras instituições e movimentos de auxílio que, embora com carácter restringido, procuravam melhorar a saúde e as condições de vida das crianças. No entanto os programas de saúde infantil, tal como os conhecemos hoje, surgiram pela primeira vez em 1908 no Reino Unido, como consequência da derrota inglesa na guerra Anglo-Boer.

Com efeito, o relatório do *Government Interdepartmental Committee on Physical Deterioration de 1904* indicava que os problemas de saúde e a fraca resistência à fadiga da tropa inglesa tinham sido uma das principais causas da sua derrota. Assim, como consequência deste relatório, criaram-se os serviços de saúde escolar e as equipas de saúde infantil que realizavam actividades preventivas com uma abordagem populacional e financiamento público.

Nos Estados Unidos, o primeiro serviço público dirigido à saúde materno-infantil, o *Children's Bureau*, foi criado em 1912 por May Eliot. Propunha-se diminuir a mortalidade infantil através da realização de programas de saúde que incluíam a monitorização da gravidez, visitas domiciliárias durante o puerpério e educação para a saúde (CDC, 1999). No entanto, nos Estados Unidos as políticas de saúde pública sempre foram mais débeis do que na Europa. As baixas taxas de vacinação e as grandes diferenças nos cuidados de saúde segundo a raça e a classe social das crianças, originaram taxas de mortalidade infantil que sobressaem pela sua elevada magnitude

entre os países ricos.

Em França, a Frente Popular criou o Ministério da Saúde Pública e a protecção maternal e infantil. Impulsionou programas que incluíam a realização de três consultas durante a gravidez, subsídios e visitas aos recém-nascidos. De referir que as assistentes sociais desempenharam um papel muito relevante no desenvolvimento destas actividades (Prost, 1989).

Também em Espanha, durante a república, a promoção da saúde dos filhos dos trabalhadores foi um aspecto relevante da política da Frente Popular (Prost, 1989; Marset et al., 1997): o orçamento para a saúde foi substancialmente aumentado e organizaram-se actividades preventivas e assistenciais nas comarcas, criando os *Centros Secundarios y Primarios de Higiene*, através dos quais se desenvolveu a luta contra a mortalidade infantil e as várias doenças infecciosas no campo. A educação para a saúde desenvolveu-se a partir da *Sección de Propaganda y Educación Higiénica de la Dirección General de Sanidad*. Após consumir o genocídio, o franquismo traçou como objectivo político explícito a redução da mortalidade infantil e criou serviços específicos para tal. No início, a “Secção Feminina” falangista e a igreja tiveram um papel central, mas paulatinamente foram sendo substituídas pela classe médica (Morales, 1960).

No Reino Unido, em 1948, Bevan fundou o *National Health Service* seguindo as propostas do relatório *Beveridge*. Este serviço é um quadro de referência fundamental no campo da saúde pública e também para a saúde infantil. Por este motivo parece-nos interessante descrever os principais conceitos, estratégias e programas que desenvolveu.

## 2. PRINCIPAIS CONCEITOS E ESTRATÉGIAS DOS PROGRAMAS DE SAÚDE INFANTIL

Em Portugal o termo mais utilizado para nos referirmos aos cuidados preventivos em saúde infantil é o de seguimento mas, no âmbito internacional, a denominação mais frequente é a de vigilância (*surveillance*), no sentido de “observação atenta”<sup>1</sup>. Esta última pode ser definida como a observação profissional contínua e programada da saúde, do desenvolvimento infantil e do bem-estar da família. Neste sentido amplo, Hall (1989), uma autoridade intelectual neste campo desde há décadas, considera que o programa deve incluir os seguintes conteúdos:

- O cuidado da saúde física, social e emocional e do desenvolvimento de todas as crianças;

<sup>1</sup> Do latim: *Vigilantia*. Cuidado e atenção exacta nas coisas que estão ao nosso cuidado. Serviço ordenado e disposto para vigiar.

<sup>2</sup> Medição e registo continuado.



- A monitorização<sup>2</sup> do crescimento físico e do desenvolvimento;
- A oferta e disponibilidade de intervenções quando forem necessárias;
- A prevenção de doenças através da imunização e da educação para a saúde.

Na literatura pediátrica utiliza-se com alguma frequência uma terminologia imprecisa para referir a vigilância do desenvolvimento, usando palavras como exame, rastreio e avaliação com significados algo deslocados do seu campo semântico preciso.

O exame do desenvolvimento (*developmental examination*) refere-se à história do desenvolvimento, observação do comportamento e realização de avaliações que definam o estágio de desenvolvimento da criança e sejam capazes de detectar desvios do padrão normal. O rastreio do desenvolvimento (*developmental screening*) refere-se à realização de exames do desenvolvimento, em determinadas idades, nas populações infantil afim de detectar anomalias previamente desconhecidas. A avaliação do desenvolvimento (*developmental assessment*) é o reconhecimento detalhado, especializado e geralmente multidisciplinar, de anomalias do desenvolvimento evidentes ou suspeitadas e está orientada para a resolução do problema (Hall, 1989).

O documento seminal neste campo é o *Court Report*, elaborado em 1976 pelo *Committee on Child Health Services* no Reino Unido. Uma das suas recomendações é a vigilância de todas as crianças por um novo grupo de clínicos gerais com formação pediátrica organizados em equipas de cuidados de saúde primários. No entanto a maioria das suas recomendações não foram aplicadas (Butler, 1989).

Em 1982, o *Royal College of General Practitioners*, no seu relatório *Healthier children: thinking prevention*, recomendou de novo que os clínicos gerais realizassem a vigilância de todas as crianças. Posteriormente a *British Paediatric Association* encomendou a David Hall a elaboração de um relatório que desse recomendações precisas sobre a vigilância da saúde infantil. O relatório *Health for all children*, mais conhecido como *Hall Report*, foi publicado em 1989 e, com várias actualizações, continua a ser uma referência essencial neste campo (Hall, 1989). As intervenções recomendadas na última versão são apresentadas resumidamente no quadro 1 (Hall, 1996).

Nestas publicações assistimos a uma evolução para um maior rigor conceptual e metodológico. Até aos anos setenta a bondade das actividades preventivas era considerada evidente e quase ninguém considerava serem necessárias provas concretas dos seus benefícios. A partir dos trabalhos de Wilson e Jungner (1968) começou-se a pensar que, face a cada problema de saúde concreto, deveríamos ter uma ideia muito clara sobre a nossa

Quadro 1 – Atividades de vigilância recomendadas pelo Comitê Hall

Rastreo e exame físico	Educação para a saúde e desenvolvimento
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamnese familiar e perinatal</li> <li>• Exame físico completo incluindo peso e perímetro cefálico</li> <li>• Luxação congénita da anca</li> <li>• Olhos (resposta pupilar, reflexo vermelho)</li> <li>• Otoemissões ou potenciais evocados do tronco cerebral se houver risco elevado de perda de audição</li> <li>• Hipotiroidismo e fenilcetonúria. Vitamina K</li> </ul>	<p>Neonatal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentação</li> <li>• Postura durante o sono (prevenção SMSL)</li> <li>• Cuidados gerais da criança</li> <li>• Relação familiar e ciúmes entre irmãos</li> <li>• Choro e problemas do sono</li> <li>• Deslocação no automóvel</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamnese e preocupações dos pais</li> <li>• Exame físico, incluindo os olhos</li> <li>• Peso e perímetro cefálico</li> <li>• Luxação congénita da anca</li> <li>• Vacinações</li> <li>• Derivar se houver risco elevado de perda de audição</li> </ul>	<p>6 – 8 semanas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentação</li> <li>• Relações familiares</li> <li>• Contracepção, tabagismo e depressão pós-parto</li> <li>• Postura durante o sono (prevenção SMSL)</li> <li>• Prevenção de quedas e queimaduras</li> <li>• Deslocação no automóvel</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preocupações dos pais (visão e audição)</li> <li>• Peso se for pedido ou indicado de cozinha</li> <li>• Luxação congénita da anca e exames</li> <li>• Audição (teste de distracção).</li> <li>• Comportamento visual e estrabismo</li> <li>• Vacinações</li> </ul>	<p>6 – 9 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relação parental. Tabagismo</li> <li>• Prevenção de quedas, queimaduras e utensílios</li> <li>• Afogamento no banho, queimadura solar</li> <li>• Deslocação no automóvel</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preocupações dos pais: comportamento, visão e audição</li> <li>• electricidade e piscinas</li> <li>• Marcha com passo normal</li> <li>• Emissão de palavras</li> <li>• Compreensão da linguagem</li> <li>• Deficiência de ferro e anemia</li> </ul>	<p>1 ½ - 2 anos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assentos do automóvel, protecção de medicamentos, produtos químicos,</li> <li>• Socialização e jogos com outras crianças</li> <li>• Tabagismo</li> <li>• Necessidades do desenvolvimento, linguagem e jogo</li> <li>• Problemas de comportamento</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visão, estrabismo, audição, comportamento e desenvolvimento</li> <li>• Estatura (registar em gráfico) e peso se forem indicados</li> <li>• Exame testículos</li> <li>• Teste auditivo se for indicado</li> <li>• Necessidades educativas especiais</li> </ul>	<p>3 ¼ – 3 ½ anos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparação para escolarização: autonomia e separação dos pais</li> <li>• Socialização e jogos</li> <li>• Alimentação e cuidados de higiene oral</li> <li>• Educação rodoviária</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preocupações dos pais e professores</li> <li>• Exame físico (incluindo coração)</li> <li>• Estatura (registrar em gráfico)</li> <li>• Visão (E. de Snellen). Audiometria de tons puros</li> <li>• Vacinações</li> </ul>	<p>5 anos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escolarização</li> <li>• Estradas e bicicletas</li> <li>• Relação com estranhos</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuidade visual aos 8, 11 e 14 anos</li> <li>• Visão das cores aos 11 anos</li> <li>• Altura se estiver indicada</li> </ul>	<p>Idade escolar</p>

Elaborado a partir de Hall (1996)

capacidade para detectá-lo precocemente, sobre a magnitude dos benefícios dessa detecção precoce e se superavam os prejuízos resultantes dos falsos diagnósticos, tanto positivos como negativos.

Esta nova perspectiva afectou, embora tardiamente, a vigilância da saúde infantil. Segundo Butler (1989) os aspectos a seu favor são a sua efectividade, eficiência e capacidade para dar apoio útil às famílias. Como aspectos negativos refere que a sua efectividade não está comprovada, é desnecessariamente dispendiosa, medicaliza indivíduos saudáveis e camufla a atenção dos profundos efeitos da pobreza e da desigualdade social na saúde das crianças.

Hall (1989) vê de um modo semelhante o equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes destes programas. Como vantagens refere que o contacto com os profissionais de saúde, sem a existência dos problemas urgentes da doença aguda, pode produzir uma relação com maior potencial para a promoção da saúde. Pensa ainda que existem efeitos preventivos específicos, como seja a redução de acidentes e a melhoria da cobertura das vacinações. Por último, mas não menos importante, considera que os profissionais de saúde podem dar aconselhamento sobre o desenvolvimento e educação, o uso apropriado dos serviços e aumentar o conhecimento tanto dos pais como dos profissionais sobre a saúde da criança. Como possíveis desvantagem o autor inclui os custos directos e de oportunidade para as famílias e para o sistema de saúde. Também considera prejudicial a ansiedade e a angústia criadas pela identificação da suspeita de um caso até ao diagnóstico definitivo ou à sua resolução. Tanto os falsos positivos como os verdadeiros positivos que não melhoram pela maior precocidade do diagnóstico, sofrem mais prejuízo do que benefício.

### **3. BASES PARA DECIDIR AS INTERVENÇÕES PREVENTIVAS**

Para recomendar um programa de prevenção para determinado problema de saúde devemos ter em conta os factores relativos ao problema de saúde, à aplicação do programa e à prova ou provas a realizar (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2002). O quadro 2 apresenta os factores mais relevantes.

A questão da efectividade das intervenções sanitárias em geral e preventivas em particular reveste-se da maior importância tanto do ponto de vista heurístico como da política social. Por isso parece-nos importante dar uma visão geral sobre a avaliação da efectividade das intervenções pediátricas e resumir a metodologia com que podemos responder à seguinte pergunta: Causamos mais benefícios ou prejuízos com este tipo de intervenção?

Reduzindo o desenho epidemiológico à sua mais concisa essência

*Quadro 2 – Factores relevantes para a recomendação de um programa de saúde*

---

Factores relativos ao problema de saúde

- O problema ou doença deve ter uma frequência e uma importância elevadas, a nível individual e/ou comunitário.
- A prevalência deve ser significativa.
- A história natural da doença deve ser conhecida e com uma fase latente ou pré-sintomática identificável.
- Os critérios diagnósticos do processo devem estar claramente estabelecidos.
- O tratamento e controlo do processo devem poder ser realizados com meios habituais e aceitáveis.

---

Factores relativos à aplicação do programa

- Eficácia: grau em que um programa origina um resultado benéfico em condições experimentais. A sua avaliação baseia-se na realização de ensaios controlados.
- Efectividade: grau em que um programa origina um resultado benéfico em condições de prática habitual. A avaliação da efectividade realiza-se em condições reais de aplicação do programa numa população.
- Factibilidade: grau em que um programa é aceite pela população e pelos profissionais que o vão aplicar, bem como a disponibilidade dos recursos necessários para poder levá-lo a cabo.
- Eficiência: relação entre os resultados produzidos pelo programa e os custos gerados pela sua aplicação.

Factores relativos à prova ou provas a realizar

- Validade: É o grau em que uma prova mede realmente o fenómeno que se pretende medir, isto é, a ausência de erro sistemático (viés). A validade tem dois componentes:
    - Sensibilidade, que é a capacidade de uma prova para classificar como positivos os indivíduos que realmente sofrem a doença. Uma prova sensível origina poucos falsos negativos.
    - Especificidade, que é a capacidade de uma prova classificar como negativos os que não padecem a doença. Uma prova específica origina poucos falsos positivos.
  - Reprodutibilidade: grau de dispersão nos resultados que se obtêm quando se realiza uma série de medições ao utilizar uma prova. Nesta dimensão influem tanto os aspectos puramente estatísticos (erro aleatório) como a variação biológica, a fiabilidade do instrumento de medida e a variabilidade intra-observador e inter-observador.
  - Valor preditivo: probabilidade de padecer a doença quando o resultado do teste é positivo. O negativo é a probabilidade de não a padecer quando o resultado do teste é negativo. Ambos estão relacionados com a prevalência da doença na população. O valor preditivo positivo aumenta ao aumentar a prevalência do problema estudado. No caso de uma patologia de baixa prevalência, o valor preditivo positivo pode ser baixo, inclusive com sensibilidades altas.
-

podemos dizer que o ensaio clínico é o tipo de estudo com maior poder porque nele o investigador atribui a exposição aos sujeitos. Ao fazê-lo aleatoriamente neutraliza o efeito de terceiras variáveis, tanto conhecidas, que podem ser controladas na análise como, e mais importante, desconhecidas. Neste sentido, as provas acerca da eficácia e da efectividade de uma intervenção produzidas por ensaios clínicos são as melhores a que podemos aspirar. Assim, por exemplo, compararíamos a incidência de tosse convulsa (resultado) entre dois grupos, um vacinado e outro não (exposto e não exposto à intervenção). É importante não esquecer que, num ensaio clínico, vacinar-se ou não é uma decisão totalmente reservada à sorte, sabiamente administrada pelo investigador, e nunca aos sujeitos do estudo.

Os restantes desenhos são denominados “observacionais” porque o investigador não pode manipular a exposição. A sua qualidade vai diminuindo à medida que o seu desenho se afasta do ensaio clínico.

Num estudo de coorte<sup>3</sup> temos grupos de sujeitos expostos e não expostos a um factor e seguimo-los no tempo para comparar a incidência do resultado em ambos grupos. Neste caso são os sujeitos que decidem vacinar-se ou não, e isto é importante pelos enviesamentos que pode causar. Por exemplo, teremos um viés de selecção se os sujeitos de classe social mais alta tiverem menos risco de tosse convulsa ou forem mais propensos a vacinar-se.

Este tipo de terceiras variáveis, que se relacionam tanto com a exposição como com o resultado e que são independentes do mecanismo pelo qual a exposição previne o resultado, podem modificar muito a estimativa do efeito e são conhecidas como viés de selecção. No nosso exemplo, a classe social é um factor de viés na avaliação da efectividade da vacinação porque modifica a probabilidade de entrar em contacto com a *Bordetella pertussis* e de vacinar-se, mas a vacina funciona de igual modo nas pessoas de todas as classes sociais.

Os estudos de casos e controlos<sup>4</sup> partem do resultado e determinam a diferente frequência da exposição. No nosso exemplo compararíamos a frequência de vacinação em pessoas com tosse convulsa (os casos) e sem tosse convulsa (os controlos) provenientes da mesma população. Este desenho, embora muito mais económico, produz provas de menor qualidade porque nunca podemos ter a certeza de que os controlos provêm da mesma população de base que os casos e por isso o viés é maior.

Nos estudos transversais medem-se simultaneamente vários factores.

---

<sup>3</sup> Também denominado prospectivo ou de seguimento.

<sup>4</sup> Também denominados retrospectivos.

<sup>5</sup> Consiste no controlo periódico (pelo menos trimestral) do peso, estatura, ou circunferên-

Estes estudos, frequentemente denominados descritivos, não são apropriados para estabelecer relações de causalidade e, portanto, não são úteis para determinar a efectividade das intervenções. No entanto permitem formular algumas hipóteses potencialmente explicativas.

Os estudos ecológicos são aqueles em que as unidades de observação não são indivíduos mas sim populações. A maioria destes estudos tem um desenho transversal e são também conhecidos como estudos correlacionais. O seu principal viés, a “falácia ecológica”, consiste no facto de exposição e resultado poderem estar relacionados nas populações mas não nos indivíduos. Por exemplo, uma população com uma baixa cobertura no seguimento da saúde infantil pode ter uma maior prevalência de obesidade, mas, provavelmente, uma elevada proporção das crianças mais gordinhas frequenta as consultas do programa.

Nos estudos ecológicos correlacionais observamos com frequência relações espúrias e altos índices de colinearidade entre as variáveis independentes. Por estas razões, para a avaliação de programas de saúde, são muito mais adequados os estudos ecológicos desenhados como ensaios clínicos populacionais.

A partir desta base metodológica, as guias preventivas internacionais classificam a qualidade das provas de maior a menor, de acordo com o explicitado no quadro 3.

As recomendações classificam-se de A a E seguindo três critérios: a magnitude do sofrimento que causa o problema (*burden of suffering*), as características da intervenção e a qualidade das provas da sua efectividade.

A – Boas provas (*good evidence*) que apoiam a inclusão.

B – Provas suficientes (*fair evidence*) que apoiam a inclusão.

C – Provas insuficientes para apoiar a inclusão ou exclusão.

### Quadro 3 – Classificação da qualidade das provas

Qualidade das provas	Tipo de estudo em que se baseia
I	Pelo menos um ensaio controlado bem desenhado <b>com distribuição aleatória</b>
II-1	Ensaio controlado bem desenhado sem distribuição aleatória
II-2	Coorte ou casos e controlos bem desenhados preferentemente multicêntricos
II-3	Séries temporais múltiplas pré e pós intervenção. Resultados dramáticos de experiências não controladas
III	Opiniões de autoridades baseadas em experiência clínica ou estudos descritivos

Elaborado a partir de Seguí (2000)

D – Provas suficientes (*fair evidence*) que apoiam a exclusão.

E – Boas provas (*good evidence*) que apoiam a exclusão.

Embora a avaliação das provas disponíveis face a cada intervenção proposta nos programas de saúde infantil exceda o âmbito deste capítulo, parece-nos relevante enunciar o estado de algumas questões mais importantes neste campo.

Provavelmente a intervenção mais antiga, mais estabelecida e aceite entre os profissionais da saúde infantil, seja a de pesar e medir periodicamente as crianças. Tanto a guia canadiana (Feldman, 1994) como a estado-unidense (U.S. Preventive Task Force, 1996) consideram que se apoia em provas suficientes embora na verdade não expliquem quais são.

A *Colaboración Cochrane* efectuou uma revisão sistemática (Panpanich e Garner, 1999) procurando estudos com algum processo de aleatorização de indivíduos ou populações sobre o efeito da avaliação periódica do crescimento<sup>5</sup> sobre mortalidade, morbilidade, mal nutrição, referenciação para serviços médicos ou sociais, ansiedade, satisfação e conhecimentos maternos sobre nutrição. As intervenções definidas sobre os casos com problemas de crescimento foram: aconselhamento às mães, suplementos ou micro-suplementos nutricionais, revisão ou tratamento médico especializado e visitas domiciliárias pelas assistentes sociais.

Dos dez estudos identificados apenas dois cumpriam os critérios mínimos de inclusão e ambos em países pobres: Índia (George et al., 1993) e Lesoto (Ruel et al., 1990). No estudo indiano os incrementos de peso e estatura para a idade ao fim de trinta meses de intervenção foram similares nas populações com e sem avaliações periódicas do crescimento. No estudo do Lesoto, o conhecimento das mães sobre os padrões de crescimento infantil melhorou ligeiramente, mas não se alteraram os seus conhecimentos sobre nutrição nem as suas práticas alimentares. Nenhum dos estudos avaliou o efeito do controlo de crescimento sobre a morbilidade, a mortalidade, a satisfação ou a ansiedade maternas.

Os autores concluíram que não existe suficiente informação fiável sobre o benefício do controlo periódico do crescimento para a saúde das crianças tanto nos países ricos como nos pobres, pelo que não é claro o que é que se deve fazer a este respeito. Para esta indecisão contribui ainda o facto de que monitorizar o crescimento não é uma prática completamente inócua já que pode causar ansiedade nas mães e retira tempo e recursos a outras actividades.

---

cia do braço; na análise destas medidas segundo a idade e o registo em tabelas gráficas normalizadas, embora também se admitissem estudos em que não se usaram tabelas.

*Quadro 4 – Rastreios durante o 1<sup>o</sup> e 2<sup>o</sup> anos de idade*

Com provas científicas demonstradas: recomendações A, provas tipo I e II	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacinação</li> <li>• Detecção precoce de metabopatias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Luxação congénita de anca</li> <li>• Prevenção da morte súbita do lactante</li> </ul>
Segundo a opinião de especialistas: recomendações B, provas tipo III	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crescimento</li> <li>• Alimentação</li> <li>• Desenvolvimento psicomotor</li> <li>• Aparelho genital e urinário</li> <li>• Deficit visual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenção de acidentes</li> <li>• Prevenção do maltrato infantil</li> <li>• Transtornos ortopédicos</li> <li>• Ráquis</li> </ul>
Sem provas científicas suficientes: recomendações C	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deficit auditivo</li> <li>• Detecção de anomalias cardíacas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rastreo de infecção da urina</li> </ul>

*Quadro 5 – Rastreios do terceiro ao nono ano de idade*

Com provas científicas demonstradas: recomendações A, provas tipo I e II	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacinação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Higiene oral</li> </ul>
Segundo a opinião de especialistas: recomendações B, provas tipo III	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolvimento do crescimento</li> <li>• Alimentação</li> <li>• Prevenção de acidentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenção do maltrato infantil</li> <li>• Deficit visual</li> </ul>
Sem provas científicas suficientes: recomendações C	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desvios da ráquis</li> <li>• Deficit auditivo</li> <li>• Detecção de anomalias cardíacas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extremidades inferiores e transtornos ortopédicos</li> <li>• Detecção da hipertensão arterial</li> <li>• Prova da tuberculina</li> </ul>

Elaborado a partir de Seguí (2000)

Estas conclusões são muito semelhantes às de Voss (1999), por isso podemos afirmar que é necessária mais investigação sobre esta questão aparentemente tão elementar. Para além desta, existem muitas outras actividades preventivas baseadas em provas insuficientes, que apresentamos sintetizadas nos quadros 4 e 5, baseando-nos na revisão de Seguí (2000). É de salientar que nesta revisão o autor considera como provas suficientes as recomendações feitas por especialistas.



Infelizmente a falta de apoio sólido não afecta exclusiva, nem predominantemente, a prática preventiva. Rudolf, Lyth e colaboradores (1999) estudaram 629 actos médicos praticados em consultas de pediatria e verificaram que apenas cerca de metade (47%) se baseavam em ensaios clínicos controlados ou em provas não experimentais convincentes. Observaram ainda que a prescrição farmacológica e as actividades de promoção da saúde infantil se apoiavam em provas com melhor qualidade do que o aconselhamento.

Podemos afirmar que a necessidade de melhorar as provas em que baseiam as suas intervenções é um problema que afecta todos os campos da medicina. Segundo a análise de Booth e colaboradores (2003) a proporção de intervenções clínicas de diagnóstico ou terapêuticas não baseadas em provas oscila entre 3 e os 58% nos melhores centros, dependendo do estudo e da especialidade.

No entanto, e embora a exigência de maior rigor nas provas seja um imperativo intelectual iniludível, devemos evitar uma abordagem ingénuas desta questão porque ela é uma espada com dois gumes. Há mais de uma década que Bárbara Starfield (1989) nos alertou para o facto de que os pontos de vista de McKeown (1979), Illich (1976) e Lalonde (1974) estavam a ser utilizados pela administração Reagan para justificar politicamente cortes brutais nos orçamentos dos programas de saúde destinados a crianças e mães pobres. Devemos evitar a todo o custo que as únicas despesas que têm que justificar pormenorizadamente a sua utilidade sejam as que são destinadas a reduzir as desigualdades sociais e as que não podem ser objecto de trato mercantil. A constatação da limitação do nosso conhecimento deve conduzir a propostas de investigação de qualidade e aperfeiçoamento crescente, mas nunca ao esquecimento dos problemas a que as intervenções, que começam por ser voluntaristas, pretendem resolver.

### REFERÊNCIAS

- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (2002). *Evaluación de la efectividad de tecnologías para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad*. Madrid: AETS - Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Booth, A., Djulbegovic B., Guthrie B, Perleth, M., Sackett, D., Endersly, S., Jenkins, D., Richardson, S., Taylor, C., Dent, T., Enkin, M. (2003). *What proportion of health care is evidence based?* Resource Guide. Disponível em <http://www.shef.ac.uk/~scharr/ir/percent.html>.
- Butler, J. (1989). *Child health surveillance in primary care: a critical review*. London: HMSO.
- CDC: Division of Reproductive Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (1999). *Achievements in public health, 1900-1999: Healthier mothers and babies*. MMWR, 48(38):849-858.
- Feldman, W. (1994). Well-Baby Care in the First 2 Years of Life. In: *Canadian Task Force on the Periodic Health Examination*. Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. pp. 258-66. Ottawa:

Health Canada.

George, S.M., Latham, M.C., Abel, R., et al. (1993). Evaluation of effectiveness of good monitoring in South Indian villages. *Lancet*, 342: 348-352.

Hall, D. (ed.) (1989). *Health for all children: Report of joint working party on child health surveillance*. Oxford: Oxford Univ. Press.

Hall, D. (1996, 3ª ed). *Health for all children. Report of the third joint working party on child health surveillance*. Oxford: Oxford University Press.

Illich, I. (1976). *Limits to medicine. Medical nemesis: The expropriation of health*. London: Marion Boyars.

Lalonde, M. (1974). *Nouvelles perspectives de la santé des canadiens*. Ottawa : Ministère de la Santé Nationale et du Bien-être Sociale.

Marset, P, Rodríguez, E., Saéz, J. (1997). La salud pública en España. In: F. Martínez Navarro, J.M. Antó, P.L. Castellanos, M. Pili, P. Marset, V. Navarro. *Salud Pública*. pp. 25-47. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

McKeown, T. (1979). *The role of medicine: Dream, mirage or nemesis*. Oxford: Basil Blackwell.

Panpanich, R. & Garner, P. (1999). *Growth monitoring in children (Cochrane Review)*. In: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software.

Prost, A. (1994). Fronteras y espacios de lo privado. In: P. Aries, G. Duby (Dir.) *Historia de la vida privada. De la primera guerra mundial a nuestros días. Tomo V*. pp. 13-153. Barcelona: Circulo de Lectores.

Rudolf, M.C.J., Lyth, N., Bundle, A., Rowland, G., Kelly, A., Bosson, S., Garner, M., Guest, P., Khan, M., Thazin, R., Bennett, T., Damman, D., Cove, V., Kaur, V. (1999). A search for the evidence supporting community paediatric practice. *Arch Dis Child*, 80 (3): 257-261.

Ruel, M., Pelletier, D., Habicht, J. (1990). Comparison of mothers understanding of two child growth charts in Lesotho. *Bull WHO*, 68(4): 483-491.

Seguí, M. (2000). Revisión del niño sano por el médico general de familia. *Semergen*, 26 (4): 196-218.

Starfield, B. (coord.) (1989). *La eficacia en la atención médica. Validez del juicio clínico*. Barcelona: Masson, Salud y Gestión.

U.S. Preventive Task Force (1996, 2ª ed). *Guide to clinical preventive services*. Baltimore: Williams & Wilkins.

Voss, L. (1999). No evidence exists that monitoring height velocity is useful. *BMJ*, 318: 344-345.

Wilson, J. & Jungner, G. (1968). Principles and practice of screening for disease. *Public Health Papers*. 34. Geneva: WHO.

# EFETIVIDADE DE TRATAMENTO DE DEPENDENTES DE DROGAS

MANUEL MORGADO REZENDE

*Universidade Metodista de São Paulo – Brasil*

O presente capítulo aborda, por meio de revisão de literatura, as principais variáveis relativas à adesão dos pacientes e as modalidades terapêuticas utilizadas no tratamento de dependentes de substâncias psicoativas.

Apesar da difusão e do aumento do consumo de cocaína na década de 80 do século passado, nos Estados Unidos da América (foi a única droga ilícita cujo consumo aumentou), o tratamento ainda está em um estágio exploratório; muitos tratamentos para dependentes de cocaína estão sendo tentados e é importante aprender as lições preliminares (Kleinman, Kang, Woody, Kemp & Millman 1992). Observa-se que, no Brasil, os pesquisadores Galduróz, Noto e Carlini, 1997a, 1997b do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (Cebrid), no período de 1989 a 1997, também indicam aumento de pacientes internados por consumo de cocaína. Kang, Kleinman, Woody, Millman, Todd, Kemp e Lipton (1991) demonstraram que há uma forte relação entre abstinência de cocaína e declínio de problemas familiares e psiquiátricos. Os autores avaliam que o resultado de 19% de sujeitos que se mantiveram abstinentes, depois de participarem do tratamento com psicoterapia semanal (período entre seis meses e um ano), pode ser atribuído às remissões espontâneas dos pacientes motivados a procurarem assistência. Os resultados da pesquisa indicam que a terapia semanal foi ineficaz para usuários de cocaína (Kang et al., 1991). Pode-se, também, considerar que o modelo de psicoterapia adotado não foi o mais indicado para os participantes do estudo.

A pesquisa de Kleinman et al., (1992) sobre avaliação de tratamento aborda um dos aspectos centrais da dependência de drogas, razão pela qual

será descrita mais detalhadamente. Os autores descrevem a capacidade de adesão de pacientes ambulatoriais. As variáveis relativas aos pacientes, bem como a condição de continência das modalidades terapêuticas (psicoterapias individual, familiar e de grupo), são estudadas. Cinco categorias principais de variáveis têm sido relatadas como influenciadoras da adesão: sociodemográficas, histórico de tratamentos, sintomatologia psiquiátrica, nível de desvio de comportamento e nível de uso de drogas.

É possível que as pessoas com grau maior de consumo de drogas possam apresentar mais dificuldades para permanecer em programas de intervenção terapêutica. Os poucos estudos que registram o efeito do nível de uso de drogas sobre a adesão ao tratamento encontraram que sujeitos com nível mais alto de consumo de drogas desistem mais cedo do que os outros consumidores (Kleinman et al., 1992:35).

A população do estudo citado foi composta de 148 sujeitos que estiveram, pelo menos uma vez, em tratamento ambulatorial em centros abertos de tratamento de Nova York, Estados Unidos. Essas pessoas foram recrutadas para participar de um estudo comparativo entre a efetividade da psicoterapia individual e da familiar com os tratamentos convencionais, conduzidos por paraprofissionais em psicoterapia de grupo.

A maioria dos sujeitos (87%) era do sexo masculino; a idade dos participantes variou entre 20 e 47 anos, com média de 30,5 anos. Todos os sujeitos admitidos no estudo foram classificados como dependentes de cocaína pelos critérios do DSM-III-R.

Os resultados, quanto à adesão ao processo terapêutico foram:

- 42% dos sujeitos participaram de uma ou duas entrevistas de investigação,
- 30% dos sujeitos abandonaram o tratamento antes da terceira sessão,
- 28% dos sujeitos abandonaram o tratamento entre a terceira e a quinta sessão,
- 14% dos sujeitos permaneceram entre seis e doze sessões,
- 6% dos sujeitos permaneceram entre treze e dezoito sessões,
- 4% dos sujeitos permaneceram entre dezenove e vinte e quatro sessões.

Na discussão dos resultados, Kleinman et al. (1992) comentam que as desistências, apesar do alto índice, estão dentro do intervalo considerado típico. Dos 148 sujeitos participantes do estudo, 42% desistiram antes do terceiro encontro, e apenas 24% compareceram a seis ou mais sessões. Dos dados obtidos, nenhum mostrou ser útil para prever desistências precoces. A idade demonstrou ser um importante fator para prever maior adesão à psicoterapia, bem como a ausência de experiência prisional e a presença

de menor comprometimento psicológico indicaram tendência de maior permanência nos programas de tratamento.

Quanto à sua modalidade, o estudo apresentado mostrou que a terapia individual e a familiar foram mais eficazes para o prosseguimento da adesão a ele. Por outro lado, nenhum tratamento foi tão capaz de manter pessoas de nível econômico mais baixo como o dos grupos de paraprofissionais.

Uma importância maior deve ser dada aos diferentes aspectos ligados à interação entre programa terapêutico e variáveis do cliente. Os dados encontrados mostram que as diferentes taxas de adesão entre terapeutas podem ser importantes, especialmente porque são consistentes com outros resultados descritos na literatura.

Pinsky, Da Silva, Marques e Formigoni (1995), em um estudo qualitativo dos motivos para o abandono de tratamento ambulatorial por dependentes de álcool e drogas, realizado na Escola Paulista de Medicina, confirmaram os achados da literatura de que o abandono está relacionado ao aumento ou manutenção da gravidade da dependência e às recaídas.

Os sujeitos da amostra pesquisada alegaram como justificativa para o abandono incompatibilidade de horários (embora existisse a possibilidade de sua mudança), obtenção de melhoras ou recaídas. Os autores ressaltam que se deve distinguir entre “deslize” (lapso), que é o uso esporádico de substância, e “recaída”, que se refere à reinstalação do padrão de uso anterior ao início da intervenção bem como a utilização de recursos de prevenção de recaídas. O estudo sugere, ainda, a importância do uso de técnicas motivacionais (participação da família) para fortalecer o processo terapêutico e a adesão ao tratamento.

Em relação à recaída, Dejong (1994) afirma que:

Recaída – retomada do uso de substâncias depois de um período de abstinência – é uma frustração, porém é parte do processo de recuperação. Altas taxas de recaídas são encontradas para vários abusos de substâncias, incluindo opiáceos, cocaína, álcool e tabaco. A maioria dos pacientes recaem no primeiro ano de seguimento de tratamento. Os primeiros trinta dias depois do tratamento são especialmente vulneráveis. Enquanto muitas pessoas dependentes adquirem um permanente estado de sobriedade após vários tratamentos, muitos outros não atingem essa condição. A meta de abstinência permanente é atingida por menos da metade dos pacientes tratados (p. 681-682).

As diferentes formas de utilização do conceito de recaída têm dificultado comparações entre os estudos. Dejong (1994) defende a idéia de que, para o sujeito adquirir a abstinência de drogas, não é necessário um tratamento vitalício. Para esse autor, os dependentes de drogas precisam

aprender a enfrentar o desejo e as pressões sociais no sentido de que usem drogas. Precisam se integrar em novas atividades sociais, para aprenderem a encontrar prazer fora do uso de substâncias psicoativas e a achar alternativas para suportarem situações de mal-estar físico e emocional. É necessário que eles desenvolvam uma nova forma de vida. O princípio central do programa de treinamento de recuperação e auto-ajuda e os similares de prevenção de recaídas é de que os indivíduos devem ser educados para administrar as próprias habilidades com o propósito de atingirem êxito depois de um tratamento.

Silvers (1993) desenvolveu uma técnica de auto-regulação sobre o desejo dos pacientes, em tratamento psicoterápico, de usarem substâncias, por meio da evocação do bem-estar psicofarmacológico proporcionado pelo uso da droga. A autora argumenta que o controle sobre o desejo de usar psicotrópicos é obtido e há remissão do comportamento aditivo. Dos sujeitos por ela acompanhados, 79% dos que eram abusadores de drogas ilícitas ou de substâncias prescritas obtiveram remissão no período avaliado, de cinco anos a seis meses. A autora ressalta que, apesar do viés representado pela amostra estudada (22 sujeitos), a efetividade do tratamento descrito pode ser atribuída à técnica de auto-regulação. Segundo ela, a união do pensamento com a emoção parece ser capaz de induzir respostas fisiológicas que satisfazem o desejo pelas substâncias. Várias críticas podem ser feitas em relação à metodologia utilizada, destacando-se a falta de avaliação dos resultados por outros estudiosos. A própria autora da técnica conduz e avalia a efetividade do procedimento.

Carrol, Rounsaville, Gordan, Nich, Jatlow, Bisingshini e Gawin (1994) compararam a efetividade da farmacoterapia e da psicoterapia, usadas em conjunto e isoladamente, no tratamento ambulatorial de abusadores de cocaína. Os autores selecionaram sujeitos que possuíam a cocaína como principal droga de abuso (foram seguidos os critérios do DSM-III-R) e que relataram o consumo de, pelo menos, 12 gramas dessa droga durante os três meses anteriores ao início do tratamento nos últimos três meses. Estabeleceram-se como critérios de exclusão da amostra: a presença de transtornos mentais, como mania e esquizofrenia; histórico de tratamentos nos dois meses anteriores à seleção, contra-indicação para antidepressivos tricíclicos, além de outros.

Experientes terapeutas, em um total de 11, definiram o tipo de abordagem que gostariam de aplicar no experimento – quatro psicólogos e um psiquiatra conduziram a prevenção de recaídas, seis psiquiatras foram responsáveis pelo manejo clínico. Os sujeitos, além de passarem por avaliação médica, foram acompanhados durante 12 semanas por meio de material colhido semanalmente. A medicação inicial era de 50 mg de desipramina ou placebo. A avaliação foi realizada antes, durante (semanalmente) e ao final

do tratamento. Houve redução do uso de cocaína durante a intervenção e início de abstinência; registraram-se períodos mais longos de abstinência durante o tratamento. Os auto-registros dos sujeitos foram verificados por meio de exames toxicológicos de urina.

A análise dos resultados foi feita em três grupos;

1. Todos os sujeitos selecionados (n=139).
2. Todos os que participaram de duas ou mais sessões de tratamento e receberam, pelos menos, uma semana de estudo medicamentoso (n=110).
3. Todos os que terminaram o tratamento (n=49) concluíram as 12 semanas, ou 12 sessões, e atingiram nível sanguíneo de medicação compatível com o nível de atividade para o sujeito.

Apesar desta avaliação preliminar de psicoterapia e farmacoterapia, nenhum estudo comparou, ainda, estas duas formas de tratamento ou sistematicamente avaliou sua eficácia quando combinadas (Carrol *et al.* 1994, p. 180).

Nesse estudo, o grupo de sujeitos que recebeu desipramina e terapia de prevenção de recaídas teve a mais alta taxa de conclusão do processo, 49%; o que recebeu manejo clínico e placebo, 39%; o grupo tratado com manejo clínico e desipramina, 37%; e naquele em que foram utilizadas a prevenção de recaídas e placebo, 36%.

A análise dos resultados mostrou melhoras significativas do pré para o pós-tratamento em todos os grupos do estudo; o uso de cocaína diminuiu em todos eles. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos que participaram de psicoterapia e os da farmacoterapia, também não foi encontrada significativa interação entre os dois tratamentos.

Os autores concluíram que os achados da pesquisa não permitem afirmar a eficácia de um único tipo de tratamento para todos os usuários de cocaína; há significativa heterogeneidade entre os consumidores dessa droga. Características psicopatológicas podem influenciar na procura de tratamento, na adesão e no empenho do paciente.

Azrin, Acierno, Kogan, Donohue, Besalel e McMahon (1996) realizaram um estudo comparativo entre terapia de apoio por meio de aconselhamento e terapia comportamental para abusadores de droga. A pesquisa envolveu dados referentes ao acompanhamento de 74 sujeitos, tratados em 17 sessões, durante uma média de oito meses. Todos os sujeitos estavam usando substâncias psicoativas no pré-tratamento, segundo auto-relato, relato familiar ou análise de urina. No último mês de tratamento, 81% dos sujeitos da terapia de aconselhamento e 44% daqueles da terapia comportamental usaram drogas pelo menos uma vez. Nos meses de pós-tratamento, 71% dos que fizeram terapia de aconselhamento e 42% daqueles que fi-

zeram a comportamental usaram-nas pelo menos uma vez. Os sujeitos do grupo de aconselhamento não diminuíram o número de dias de seu uso no final do tratamento para o pós-tratamento. Os que receberam tratamento comportamental reduziram em 10% esse número.

A conclusão do estudo indica que há uma redução substancial do uso de drogas com a aplicação de tratamento específico. Essa redução mantém-se após seu final. A inclusão da família na terapia e o uso de reforço contingente ao resultado do exame de urina parecem determinar o êxito dos resultados finais. Tudo indica que a redução do uso de drogas deve-se à manutenção da influência positiva da família, mesmo após o fim do programa terapêutico.

Uma investigação realizada por Gibson, Sorensen, Wermuth e Bernal (1992) demonstrou que o tratamento de dependentes de drogas pode ser útil para a família e para o usuário. Os pacientes e suas famílias foram avaliados no início e após três meses de tratamento. Familiares e pacientes perceberam uma significativa redução de crises e dificuldades de relacionamento. Durante o tratamento foi aplicada metadona para dependentes de opiáceos. Os autores consideraram que há limitações nesse estudo e que as melhoras relatadas no funcionamento familiar podem ocorrer em virtude de fatores alheios ao tratamento. “Este estudo fornece fortes indicações de que o tratamento de droga de dependentes propicia alívio para os familiares e uma oportunidade para a família do adicto começar a se aproximar do funcionamento normal” (Gibson et al., 1992:975).

A equipe de tratamento deve estar preparada para identificar os problemas familiares que podem contribuir para o consumo de drogas pelo paciente. No tratamento clínico, pessoas da família são convidadas a participar, mensalmente, de um encontro em um grupo de apoio. Desse modo, ajudam-se as famílias a saírem do seu estado de isolamento, do qual muitas delas experimentam, além de auxiliar na recuperação do usuário. “O desafio é capitalizar as melhoras imediatas no funcionamento familiar para prolongar os benefícios para familiares e dependentes” (Gibson et al., 1992: 975).

O uso de drogas ilícitas resiste às intervenções psicológicas. Mesmo mantendo-se a abstinência de maneira artificial por meio de internação, as recaídas parecem inevitáveis. O fato a ser destacado é o decréscimo no uso de drogas, observado nas pesquisas de acompanhamento por períodos de seis meses a quatro anos após o programa de tratamento (Azrin et al., 1996). Ainda em relação às dificuldades encontradas nas suas várias formas, Galduróz e Carlini (1993:1188) afirmam que o tratamento da dependência de drogas requer pessoas capacitadas e especializadas, que saibam contornar as recaídas e motivar o paciente a buscar a abstinência, aprendendo a viver sem drogas.



Patrício (1999) destaca que é fundamental investir na pessoa por inteiro, na compreensão do seu aparelho psíquico, da sua história e de suas interações sociais e, sempre que possível e indicado, que a família participe do processo terapêutico do paciente. Os dados atualmente disponíveis na literatura permitem identificar alguns consensos em relação aos resultados das intervenções terapêuticas: a disposição do paciente em participar do tratamento, as habilidades do terapeuta e o envolvimento da família (Rezende, 1999).

Os estudos supracitados estão fundamentados em uma perspectiva epistemológica e metodológica positivista tradicional de abordagem e avaliação de tratamentos de dependentes de drogas. Entretanto a complexidade das questões que envolvem a relação saúde-doença, na sociedade atual, suscita a emergência de debates e propostas de abordagens de toda ordem, desde as mais maniqueístas e ingênuas até as mais realistas e polêmicas. No que se refere ao campo do uso de substâncias psicoativas, usualmente chamadas de drogas lícitas/ilícitas, as discussões estão marcadas pela busca de soluções imediatistas, que se traduzem nas conhecidas expressões “Guerra às Drogas”; “Diga Não às Drogas”; “Drogas tou fora” e pelos programas de prevenção e tratamento antidrogas centrados nas propostas de abstinência.

A intolerância diante da realidade multifacetada, na qual o psicotrópico é um dos elementos tem gerado, principalmente, nas últimas quatro décadas, ações práticas, tais como: campanhas nos meios de comunicação de massa, em escolas, empresas e igrejas entre outras instituições. Em geral, é desconhecida a eficácia de tais medidas.

Sabe-se que não há evidências de que o consumo de drogas tenha recuado ou que a faixa etária de iniciação tenha aumentado. Ainda assim, os discursos e as ações fundamentados nos modelos tradicionais predominam sobre modelos centrados na minimização de danos relacionados ao uso de produtos psicoativos.

O modelo de redução de danos é um enfoque que se desenvolveu a partir da década de 80, do século passado, em virtude dos novos desafios colocados à saúde pública pela aids. Muitos países reconheceram a urgência de adotarem estratégias práticas e realistas para reduzir o risco de transmissão do HIV entre usuários de drogas injetáveis (UDI). No Brasil, vários serviços ambulatoriais de saúde pública em geral, relutantes no atendimento de usuários de drogas, empreenderam, nessa época, os primeiros programas de atendimento dessa população clínica. Essas iniciativas podem ser atribuídas ao reconhecimento da gravidade da situação da aids e ao fato de que os toxicodependentes constituíam um grupo de risco.

As abordagens inovadoras na saúde pública conhecidas como minimização ou de redução de danos são originárias da Europa. Os programas de troca de seringas, preservativos e prescrição médica de substâncias psi-

coativas para dependentes de drogas fazem parte das estratégias presentes nesse modelo. Não se desconsidera a importância da meta de abstinência de drogas, porém estágios de diminuição de riscos individuais e sociais são estimulados e valorizados no processo de aproximação do usuário com os recursos de saúde e sociais (Rezende, 2003). A busca de melhores condições de vida e de habitação para os dependentes faz parte dessa abordagem. Princípios básicos de redução de danos propostos por Marlatt (1999):

- é uma alternativa da saúde pública para os modelos moral e criminal e de doença do uso e da dependência de drogas;
- reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam os danos;
- surgiu principalmente como uma abordagem de “baixo para cima”, baseada na defesa do dependente, em vez de política de “cima para baixo”, promovida pelos formuladores de políticas de drogas;
- promove acesso a serviços de baixa exigência como uma alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência;
- baseia-se nos princípios do pragmatismo empático *versus* idealismo moralista.

Pode-se identificar que a redução de danos valoriza todos os passos dados para atingir o menor risco. Assim, a abstinência representa a meta preventiva e terapêutica desejada em um largo espectro de possibilidades, porém distancia-se dos modelos tradicionais marcados pela rigidez ao estabelecerem a abstinência como pré-requisito de tratamento.

É necessário discutir com rigor metodológico tanto a contribuição de fatores sociais e familiares para a utilização de substâncias psicoativas quanto sua influência para a determinação da modalidade de relação que será estabelecida com a droga. Dessa maneira, pode-se contribuir para amenizar o conturbado quadro de preconceitos, estigmas e acusações que envolvem aspectos familiares e sociais relacionados ao uso dessas substâncias. Há estudos longitudinais que analisam a participação de fatores de risco ambientais relacionados com padrões de sua utilização.

Vários estudos sugerem que certas características familiares podem estar associadas ao consumo de drogas por adolescentes. As pesquisas têm focalizado principalmente quatro aspectos: seu consumo pelos pais, qualidade da relação pais e filhos, personalidade e atitudes dos genitores e a presença de problemas de relacionamento entre esses.

O estudo de Chilchoat e Anthony (1996) corrobora uma série de inferências quanto ao fato de que a efetiva supervisão e monitoramento, na meia infância, por pais ou responsáveis, podem provocar o retardamento ou mesmo prevenir o início do uso de drogas. Uma população formada por 926 sujeitos de 8, 9 e 10 anos, moradores de áreas urbanas, foi acompanhada,

de 1989 até 1992, por meio de entrevista anual.

As conclusões do estudo evidenciaram que crianças nos mais baixos quartis de monitoramento parental começam a usar psicotrópicos mais cedo. A comparação dos graus de risco para iniciação do uso de maconha, cocaína e inalantes (ou outras drogas), cruzada com o nível de monitoramento, foi mais significativa em crianças abaixo de 11 anos. Em idades acima dessa faixa etária, não houve diferenças. O risco mais alto foi observado entre jovens que tiveram os mais baixos índices de monitoramento na meia infância.

Quando iniciaram a pesquisa, os autores já haviam observado, no transcorrer de um ano de acompanhamento, que os níveis mais elevados de supervisão e monitoramento parental na meia infância (8 a 10 anos) apresentavam o menor risco para iniciação precoce. Poderiam ser evitados 20% de uso de maconha, inalantes e cocaína, aumentando-se o nível de monitoramento do quartil mais baixo para o segundo. Esse índice subiria para 56%, se a supervisão parental passasse para o quartil mais alto.

Os autores da pesquisa fazem duas indagações:

1ª) Retardar a iniciação do uso de drogas pode reduzir os riscos posteriores de se desenvolver problemas sérios com elas?

2ª) O cuidado parental precoce pode ter a função de redução de riscos?

Chilchoat e Anthony (1996) consideram que é necessário acompanhar os jovens além do período de risco para iniciação, o que significa cobrir toda a fase de risco para o desenvolvimento de problemas com drogas.

Kandel e Davies (1996) investigaram as características distintivas dos adolescentes que atingiram diferentes estágios de seu uso, em particular, o grau mais alto, representado pelo *crack*. Foi utilizada uma população de 7.611 estudantes, de 53 escolas do Estado de Nova York, do 7º ao 12º grau escolar. Os resultados da pesquisa mostram que os estudantes usuários de drogas ilícitas têm prejuízos no rendimento escolar, na qualidade da relação familiar, na saúde e revelam aumento de sintomas psicológicos. Comparados a não usuários, são mais propensos a práticas transgressoras e mais ativamente envolvidos com seus pares. Vivem em ambientes sociais nos quais outros jovens e mesmo parentes têm maior tolerância ao uso de psicotrópicos. A delinqüência e a extensão do uso dessas substâncias aumentam com a elevação do estágio de utilização. O uso de *crack* provoca o mais baixo nível de funcionamento psicossocial, quando comparado a qualquer outro grupo de drogas do referido estudo. Entre os amigos dos usuários dessas substâncias, 66% usam maconha, e 38%, cocaína ou *crack*.

Entre os pais dos usuários de drogas é duas vezes maior o uso abusivo de álcool e cigarros que entre os pais de não usuários.

A análise das diversas substâncias psicoativas e das idades de início

de seu uso foi feita entre os estudantes de 11<sup>o</sup>. e 12<sup>o</sup>. grau escolar. Jovens que faziam o uso de drogas ilícitas, outras que não maconha, iniciaram o uso de cigarro ou bebidas um ano mais cedo, em média, e começaram a utilizar maconha sete meses antes que aqueles que só usavam esta.

As conclusões do estudo de Kandel e Davies (1996) são:

– drogas utilizadas com os pares (maior envolvimento com elas, maior ligação grupal) e participação em delinquências são as maiores diferenças entre usuários e não usuários;

– existe maior alienação da família e da escola no caso dos usuários;

– o uso de álcool e de cigarros pelos pais está mais relacionado com a utilização, pelos filhos, de drogas legalizadas. Já o uso, pelos pais, de medicamentos prescritos está mais relacionado com a experimentação, pelos filhos, de drogas ilícitas. Sugere-se que sua utilização pode representar uma forma de automedicação;

– não é possível determinar se o declínio de nível de adaptação social observado entre esses jovens é causa ou consequência do uso de drogas. Provavelmente, ambos os processos estão envolvidos;

– maior dificuldade de adaptação social indica maior possibilidade de iniciação ao seu uso, o que, por sua vez, incrementa o desajustamento.

A aceitação do uso de psicotrópicos pelo grupo de iguais é o maior fator de motivação (relatado pelos sujeitos) na evolução de estágios de uso. Falta de intimidade (proximidade) com os pais e problemas psicológicos, refletidos em sintomas depressivos, predizem a progressão do uso de maconha para outras drogas ilícitas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que os resultados dos estudos sobre efetividade de tratamentos de cocaína e de outras substâncias psicoativas apontam evidentes dificuldades de adesão dos pacientes, bem como a necessidade de uma melhor definição de objetivos e metas propostas pela intervenção. Outra questão para os pesquisadores e clínicos, desse complexo fenômeno, é repensar os modelos tradicionais centrados na abstinência total do uso de drogas, reconhecidamente, pouco efetivos, como se pode apresentar com os estudos apresentados. É inegável a importância da abstinência, além da condição de preservação da vida, em certos casos, mas essa meta imposta indiscriminadamente aos pacientes pode explicar os modestos índices de adesão e as freqüentes interrupções de tratamentos. Será que se pode considerar terapêutico um tratamento que pretende substituir a tirania da dependência pela abstinência? Uma dificuldade adicional é criada quando o acompanhamento da evolução dos resultados fica restrita a um período breve (alguns meses), o que não permite uma avaliação consistente, ou um longo período (três ou mais anos), no qual a complexidade de novas

variáveis envolvidas dificulta ou inviabiliza a determinação da origem do efeito (abstinência, redução de sintomas psiquiátricos, psicológicos, progressos escolares e ou profissionais, melhor relação familiar) produzido.

Strang (1992) formula a hipótese de que talvez os maus resultados de tratamentos possam ser nada mais nada menos que o resultado de maus tratamentos. Embora essa hipótese possa ser considerada ameaçadora ou um julgamento destrutivo e pessimista para os clínicos da toxicomania, entende-se que ela tem o vigor de questionar dois pontos cruciais da área: a conceituação de resultados e a de tratamento. Sem conceitos e definições mais claros e precisos, não se pode saber o que se avalia. Por exemplo, o que significa, de fato, avaliar a abstinência depois de determinado tempo de tratamento de desintoxicação? A noção de resultados como algo estático precisa ser debatida. Qual a relação do resultado com a saúde do indivíduo? Sugere-se que as conhecidas “flutuações de resultados dos tratamentos” podem traduzir melhor a dinâmica de vida do sujeito usuário de drogas que o conceito estático de resultado = abstinência ou, ainda, abstinência = cura. Assim, propõe-se como imperativa a consideração da dinâmica de “flutuação de resultados” no lugar de resultados. Estes, em nome de um saber científico pretensamente objetivo e, como tal, detentor de supostas verdades superiores, não contemplam as possibilidades de transformação próprias do vigor da subjetividade do sujeito, ainda que portador do sintoma da adição à cocaína. E, mais, a avaliação da efetividade do atendimento terapêutico, operada por mecanismos cindidos, com ênfase predominante nas variáveis do paciente, pode ilustrar a pesquisa e obscurecer a clínica. Portanto sugere-se integrar, nesses estudos, o saber do campo relacional com a presença do sujeito da paixão/sofrimento.

## REFERÊNCIAS

- Azrin, N. H., Acierno, R., Kogan, E.S., Donohue, B., Besalel, V. A. & McMahon, P.T. (1996). Follow-up results of supportive versus behavioral therapy for illicit drug use. *Behav. Res. Ther.*, 34(1), 41-46.
- Carrol, K. N., Rounsaville, B. J., Gordan, L. T., Nich, C., Jatlow, P., Bisinghini, M. & Gawin, F.H. (1994). Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 51(3), 177-187.
- Chilcoat H. D., & Anthony J. C. (1996) - Impact of parent monitoring on initiation of drug use through late childhood. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 35(1):91- 100.
- Dejong, W. (1994). Relapse prevention: an emerging technology for promotion long-term drug abstinence. *Int. J. Addict.*, 29(60), 681-705.
- Galduróz, J. C. F. & Carlini, E. A. (1993). Avaliação clínica e tratamento dependência de drogas. In: P. F.C., R. J.A. & V. J.R. (eds.). *Atualização terapêutica* (16 ed., Vol. 1184-1188). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Galduróz, J. C. F., Noto, A. R., & Carlini, E. A. (1997). Tendências do uso de drogas no Brasil: síntese dos resultados obtidos sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em dez capitais brasileiras (1987-89-1993-1997). *Centro Bras. de informações sobre drogas. Depto de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina.*
- Gilson, D. R., Sorensen, J.L., Wermuth, L. & Bernal, G.(1992). Families are helped by drg treatment.

Int. J. Addict, 28(8), 961-978.

Kandel, D. B & Davies, M. (1996). High school students who use crack and other drugs. *Arch. Gen. Psychiatry*, 53(1): 71-80.

Kang, S. Y., Kleinman, P.H., Woody, G. E., Millman, R. D., Todd, T. C., Kemp, J. & Lipton, D.S. (1991). Outcomes for cocaine abusers after once-a-week psychosocial therapy. *Am J. Psychiatry*, 148(5), 630-635.drugs. *Arch. Gen. Psychiatry*, 53(1):

Kleinman, P. H., Kang, S. Y., Woody, G.E., Kemp, J. & Millman, R. D (1992). Retention of cocaine abusers in outpatient psychotherapy. *Am J. Drug Alcohol Abuse*, 18(1), 29-43.

Patricio, L. D. B. (1999). Abuso de drogas na Europa: reflexão rumo ao ano 2000. *O mundo da saúde. São Paulo*, 23(1), 56-64.

Pinsky, I., Da Silva, E.A. Marques, A. C & Formigoni, M. L. O. S. (1995). Abandono de tratamento por dependentes de álcool e drogas: um estudo qualitativo dos motivos. *Rev. ABP- APAL*, 17(4), 150-154.

Marlat, G. A. (1999). *Redução de danos: estratégias para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artes Médicas do Sul.

Rezende, M. M. (1999). *Tratamento de dependentes de drogas: diálogos com profissionais da área de saúde mental*. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas.

Rezende, M. M. (2003). Modelos tradicionais e redução de danos. In: Oliveira V. B. e Yamamoto K. *Psicologia da saúde: temas de reflexão e prática*. São Bernardo do Campo. Metodista.

Silvers, E. P. (1993). A psychotherapeutic approach to substance abuse: preliminary observations. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 19(1), 51-64.

# INSERÇÃO DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NA SAÚDE: BREVE RELATO SOBRE A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA

EDA MARCONI CUSTÓDIO

*Universidade Metodista de São Paulo – Brasil*

Depois de anos e anos de envolvimento com a avaliação psicológica, primeiramente como aprendiz, depois como pesquisadora e docente, parece ser útil trazer, para a reflexão dos leitores, alguns desafios, nessa área, enfrentados até este momento pelos profissionais. Seguramente novos desafios continuarão existindo, possivelmente ainda maiores, diante dos progressos da tecnologia, especialmente a da informação, das profundas transformações sociais, na qualidade de vida e nos novos valores que daí resultam.

As autorizações para o funcionamento dos primeiros cursos de Psicologia no Brasil, datam de 1962 e, ainda na década de 60, constituíram-se os primeiros psicólogos brasileiros. No Estado de São Paulo, as turmas inicialmente formadas eram dos cursos de psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo (USP), da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, ou simplesmente PUCSP, que, na época, tinha a duração de seis anos, e do *Sedes Sapientiae*. Nos anos 60, do século 20, havia, portanto, no Estado de São Paulo, apenas esses três cursos, que totalizavam aproximadamente cem alunos por série/ano formados.

Mas o contato com a Psicologia e com a avaliação psicológica começou bem antes da autorização de funcionamento dos cursos, pelo Ministério da Educação, e da criação do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Psicologia (CFP e CRP) em 1971. Os testes psicológicos foram introduzidos e eram pesquisados e empregados por muitos profissionais estrangeiros que para cá vieram com o objetivo de trabalhar na área de seleção e orientação profissional.

Morais (1999) organizou sua tese de doutorado a partir da coleta de

depoimentos de vários profissionais que ainda estavam vivos ou que, embora falecidos, haviam deixado registros importantes para resgatar um pouco da história da Psicologia anterior à década de 60. Alguns registros históricos também podem ser observados a partir das leituras dos primeiros boletins da Sociedade de Psicologia de São Paulo, hoje Associação de Psicologia de São Paulo (Custódio, 2000).

Todos esses registros nos dão conta de uma atividade constante e profícuca de profissionais estrangeiros que, associados aos brasileiros, desenvolviam pesquisas e aplicavam conhecimentos psicológicos relacionados à seleção e orientação profissional, educacional e clínica. Essas atividades ocorreram na década de 30, mas, sobretudo, nas décadas seguintes, 40 e 50. O Brasil, naquela época, crescia economicamente de forma acelerada. Indústrias eram montadas, e, acompanhando esse crescimento, o apoio logístico para escoar a produção era necessário. Modernizavam-se as ferrovias, e abriam-se grandes estradas de rodagem. Em decorrência, era preciso selecionar e desenvolver a mão-de-obra especializada para atender à demanda.

Entre os estrangeiros citados estava Roberto Mange, engenheiro suíço com formação em Psicologia em Portugal, primeiro presidente da Sociedade de Psicologia de São Paulo, fundada em 1945. Mange não era o único engenheiro dedicado à Psicologia, havia outros, assim como havia médicos, filósofos, pedagogos, todos empenhados em pesquisar e aplicar os conhecimentos da área. Mange participou da criação de entidades como o Idort (Instituto de Organização Racional do Trabalho) em 1931, e Senai (Serviço Nacional da Aprendizagem Industrial), em 1942. Diante dessa missão, nossos antigos psicólogos, que eram denominados psicologistas, detiveram-se muito tempo em estudos voltados para a padronização de testes psicológicos importados e também para a criação de testes nacionais utilizáveis tanto na esfera da seleção, quanto na da orientação profissional.

No ano de 2000, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) apresentou um resgate da história dessa ciência em nosso país, e lá constatamos: o primeiro livro editado sobre o tema, *Investigações em Psicologia*, de Ferreira França, publicado em 1854; a criação do primeiro Laboratório de Psicologia Experimental, coordenado pelo italiano Ugo Pizzoli, em 1914; a introdução da disciplina Psicologia na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da futura Universidade de São Paulo, em 1934; e a realização do Primeiro Congresso Paulista de Psicologia, Neurologia, Psiquiatria, Endocrinologia, Identificação, Medicina Legal e Criminologia, em 1938 (Custódio 2000). Contudo, um cuidado para com o exercício profissional do psicologista, a defesa da classe, a defesa da ética eram responsabilidades da então Sociedade de Psicologia de São Paulo e foram até à instalação do CFP.



Entre os precursores da formação em Psicologia, podemos citar o nome de Haim Grünspum, formado em Psiquiatria pela USP. Grünspum (1999) assinala a importância de seu contato com a Psicologia a partir de suas atividades no Hospital do Juqueri, depois denominado Hospital Psiquiátrico de Franco da Rocha. Atuando nesse espaço, de 1947 a 1952, ainda estudante de Medicina, participava de reuniões com outros pesquisadores em Psicologia e preocupava-se, sobretudo, com o psicodiagnóstico, pois acreditava que haveria uma história psicopatológica do paciente. Diante desse interesse, passa a freqüentar regularmente o curso noturno de Pedagogia e posteriormente o de Filosofia, locais dos quais saiu boa parte dos futuros professores de Psicologia, após seu reconhecimento como profissão distinta, locais nos quais também passam a utilizar os testes psicológicos. São palavras de Grünspum:

A grande novidade era a Psicometria, era testar, aprendi com Noemy e testava todo mundo, porque eram os ambulatórios que testavam os doentes. Todos meus colegas queriam saber seu percentil, os professores também e, então dentro da Faculdade de Medicina, comecei a introduzir conhecimentos psicológicos, que comecei a separar daquilo que era a Psicopatologia, do que era a Psiquiatria. Fui para a Maria Antonia e assisti cursos de Annita Cabral. Conheci meus colegas, alguns deles até depois foram meus alunos porque aprendi psicoterapia infantil antes deles, Odette Lourenção, Aidyl Queiroz, Mathilde Neder. Encontramos dois personagens da Higiene Mental, o Diretor, Durval Bellegarde Marcondes, falando que tudo era Psicanálise e nos dando cursos e Aníbal Silveira nos dando cursos de Rorschach. Com este último, em 1947, comecei um curso de Rorschach, fui até 1949, eu e Mathilde. Aníbal Silveira dizia: 'Para ser um rorschachista é preciso fazer 50 Rorschach's'. Eu ia para o Juqueri e aplicava 50 Rorschach's, fazia a análise de todos, não dos fáceis, mas dos duríssimos (19/18-19).

Nesse texto, ora reproduzido, constatamos vários nomes que merecem ser lembrados e que têm sua história ligada à avaliação psicológica e/ou à psicologia hospitalar. Noemy da Silveira Rudolfer foi, durante muitos anos, catedrática de psicologia educacional no curso de pedagogia da USP e, nos anos 40 do século recém-findo, apresentava uma experiência extraordinária na área da psicologia. Ao seu lado, vários psicólogos atuaram no sentido de estudar, adaptar e/ou criar novas técnicas de avaliação psicológica para uso no Brasil. Mantinha contatos internacionais e nacionais e entre eles incluía-se o Isop (Instituto de Seleção e Orientação Profissional) do Rio de Janeiro, espaço de atuação de Emílio Mira y Lopes, médico psiquiatra que introduziu o PMK na realidade brasileira, instrumento muito utilizado

para a avaliação de motoristas até hoje (Angellini, 1999).

A professora Noemy reunia-se na rua Maria Antonia, endereço da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP, com outros precursores da Psicologia no Brasil, entre eles Annita de Castilho e Marcondes Cabral, que, após seu doutorado em Nova York, volta para o Brasil entusiasmada com as possibilidades de pesquisa e de aplicação dos conhecimentos na área. Empenha-se e em 1945, conforme já citado, cria a então Sociedade de Psicologia de São Paulo. O modelo foi a *American Psychological Association* (APA) ela queria uma associação de psicólogos que se assemelhasse à norte-americana (Cabral, 1999).

Odette Lourenção van Kolck (1999) dedicou-se, durante muitos anos, às pesquisas com testes psicológicos. Sua tese de livre docência, defendida em 1969, foi publicada sob forma de livro e constituiu-se em um catálogo de técnicas com informações criteriosas sobre os testes que se usavam no Brasil e no mundo (Lourenção van Kolck, 1974-1975). Sua principal área de interesse era a das técnicas projetivas gráficas, tais como a técnica de desenho da figura humana de Machover. Com essas técnicas, orientou pesquisas que buscavam conhecimentos sobre características de personalidade de pacientes portadores de alguma doença, distúrbios, deficiência física.

Aidyl Macedo de Queiroz Pérez-Ramos atuava com o professor Durval Marcondes na seção de Higiene Mental e, em 1956, é nomeada para exercer as funções de psicologista no Serviço de Higiene Mental da Clínica Pediátrica da Faculdade de Medicina da USP. Em seu depoimento, Pérez-Ramos (1999) esclarece que foi a primeira psicóloga a atuar na área de psicologia hospitalar, naquela época, no Brasil. Sua tese de doutorado, defendida em 1960, versava sobre o tema *Os desajustamentos das crianças asmáticas*. Para o desenvolvimento do assunto, a pesquisadora utilizava alguns testes, tais como o de *Estórias a Completar* (*Méthode de histoires à compléter*), conhecido entre nós como teste de Madeleine Thomas, o CAT (*Children's aperception test*), e para os quais estabeleceu critérios de análise e interpretação (Macedo de Queiroz, 1960).

Com a professora Aidyl, logo em seguida, outra psicóloga integrou-se ao serviço de psicologia hospitalar, a dra. Mathilde Neder, provavelmente responsável pela formação da grande maioria de psicólogos hospitalares do Estado de São Paulo, atuando desde aquela época no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

Silva, Tonetto e Gomes (2006) afirmam que, no Brasil, os primeiros registros mostram que a dra. Mathilde trabalhava como conselheira de reabilitação, exercendo a função de psicologista. Mas os da prática da psicologia em hospitais datam de 1954 e destacam o pioneirismo de Mathilde

Neder, atuante no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Neder era responsável pela assistência psicológica às crianças submetidas a cirurgias de coluna e aos seus respectivos familiares. Cronologicamente, constatamos informações contraditórias, e Pérez-Ramos (2006) nos esclarece que foi a primeira psicologista nomeada no país e que importa saber é que, na área hospitalar, já contávamos com profissionais experientes e do mais elevado nível para o desenvolvimento dos futuros profissionais.

Outro nome citado por Grünspum (1999) é o de Durval Bellegarde Marcondes, médico da seção de Higiene Mental, que trabalhava com uma equipe de psicologistas, cuidando do que considerava ser a higiene mental de escolares da rede pública de ensino. Valorizava o trabalho interdisciplinar conduzido por profissionais das mais variadas formações. Era um pioneiro em sua época, grande estudioso da psicanálise, mantendo correspondência ativa com Freud durante anos e responsável pela introdução das sociedades de psicanálise no Brasil (Custódio, 2000).

Por último, entre os nomes citados está o de Aníbal Silveira, também médico psiquiatra, responsável por um sistema de avaliação do teste de Rorschach desenvolvido no Brasil, dando origem inclusive à Sociedade Rorschach de São Paulo. Aníbal cercou-se de jovens psicologistas e de médicos interessados em estudar e pesquisar os transtornos mentais e a técnica de Rorschach. Aníbal Silveira, com outros médicos, foi responsável pela disciplina de psicologia médica no curso de Medicina.

Grünspum, em outra parte de seu depoimento, faz referência a outro médico importante para o desenvolvimento da psicologia hospitalar na época: trata-se de Pedro de Alcântara Marcondes Machado, professor de pediatria na Faculdade de Medicina. Segundo Grünspum, o referido médico era bisneto do imperador do Brasil, sem grandes recursos financeiros, pois se aplicava em cuidar dos filhos de seus colegas médicos sem cobrar-lhes os honorários por questões éticas. Em 1939, Pedro de Alcântara defende tese sobre problemas psicológicos da alimentação e alegava “que não punha bibliografia porque não existia” (Grünspum, 1999, 19-21).

Pelo que é possível perceber, antes do reconhecimento profissional e da criação dos primeiros cursos de psicologia, em alguns setores de atuação, o valor desse conhecimento já era creditado, e alguma informação sobre psicologia da saúde já estava em moda no país. Souza (2003) refere que é somente nos anos 40, do século XX, com os primeiros trabalhos da Psicossomática, que a unidade do ser humano começa a ser resgatada e aceita como ideologia e prática” (p. 143). O pediatra Pedro de Alcântara preocupava-se

com a dimensão psicológica dos transtornos alimentares já acompanhando uma tendência mundial da área da saúde.

Em 1962, como já colocado, há o reconhecimento de uma formação especial para o psicólogo e, em decorrência, de um curso de graduação para isso. Nessa época, os docentes formadores desse grupo empenharam-se ao máximo para transmitir tudo o que acumularam de conhecimentos sobre a área durante anos. Assim, no que se refere à avaliação psicológica, os novos psicólogos tinham contato com os mais diversos testes e aprendiam enquanto sujeitos em processos seletivos para ingressar no curso, em circunstâncias de mero treinamento, na realização de atividades de coleta de dados para pesquisa.

Havia uma confiança irrestrita nos instrumentos de avaliação, entre eles os projetivos, que possibilitavam melhor conhecimento dos candidatos à área de Psicologia. Era inconteste, portanto, o valor dos testes como critério diagnóstico do fenômeno que estava sendo observado. Os cursos surgidos preocuparam-se em preparar os futuros profissionais de modo abrangente no que se refere a esses instrumentos, inclusive os considerados precursores dos procedimentos mais atuais de avaliação psicológica. Um exemplo: a prancha de formas de Seguin, um tabuleiro escavado onde se coloca uma série de formas geométricas, utilizado em meados do século 19 para treinamento intensivo de deficientes mentais (Anastasi, 1965) e que deu origem à prova do tabuleiro escavado do teste de Binet e Simon (apresentado em 1905);<sup>1</sup> os labirintos de Porteus (publicado em 1915), que deram origem às provas de labirintos das escalas Weschler (apresentada em 1939); e os cubos de Kohs (apresentado em 1920), também presentes nas escalas Weschler. Além desses, também eram ensinados, aos alunos, os inventários de auto-relato, os testes projetivos gráficos, os de apercepção temática entre outros.

Provavelmente, se contássemos todas as técnicas de exame psicológico estudadas naquela época poderíamos arrolar aqui mais de 60 testes. E a natural pergunta: como dar conta de tantas informações?

Destacamos que, naquela época, a disseminação desses conhecimentos não se limitava aos cursos destinados ao ensino de TEP, mas permeavam eles várias outras disciplinas, como a psicologia organizacional, do desenvolvimento, do excepcional, de Diagnóstico Psicológico e assim por diante. Além disso, os alunos visitavam os diversos laboratórios voltados para o

---

<sup>1</sup> Preferimos não citar a fonte bibliográfica de todos os testes aqui elencados por tratar-se de um texto que resgata a história da Psicologia em nosso país, e os instrumentos de avaliação psicológica, que eram estudados na época. Entretanto, o leitor poderá encontrar as referências completas na obra de Lourenção Van Kolck (1974-1975), aqui indicada.

ensino e lá examinavam e até aprofundavam seus conhecimentos em alguns testes em especial para participarem da coleta de dados das pesquisas dos professores ou de suas monografias de conclusão de curso.

Vivia-se, nessa época, um ambiente fervilhante de pesquisas com os testes psicológicos. Os vários professores e pesquisadores trocavam entre si suas experiências, produziam em conjunto.

Boa parte desse período transcorreu durante a ditadura militar de 1964, de ideologia de direita, e a atividade de avaliação psicológica, especialmente a de seleção profissional, era identificada com um modelo positivista de produção de conhecimento, identificada com o capitalismo e assim firmemente repudiada pela ideologia de esquerda. Misturaram-se ciência e política, conhecimento e ideologia. Também por influência de correntes humanistas surgidas no mundo inteiro durante esse período e da popularização, entre nós, da psicanálise, a avaliação psicológica passou igualmente por contestações na área clínica, porque nos sentíamos questionados ao diagnosticar algum transtorno de personalidade, principalmente os que nos remeteriam ao diagnóstico de uma patologia mais grave. Se esses transtornos eram devidos a uma dificuldade de se viver plenamente em uma sociedade coerciva, que se propõe a excluir os membros não considerados pertencentes a uma elite na qual predominava o reconhecimento dos méritos de alguns em detrimento de outros, a avaliação psicológica, pelas suas características nosológicas, deveria ser banida. E também não poderia ser utilizada antes de um processo psicoterápico, por interferir nas relações transferenciais que ocorrem na análise psicanalítica.

Na Sociedade de Psicologia desenvolviam-se as atividades propostas pelas quatro divisões, tal como no modelo da APA adotado por Cabral (1999). Pérez-Ramos e Morais (2000) discorrem sobre a finalidade das divisões: (...) *congregar sócios com interesses em assuntos comuns e áreas afins, para que assim, através de reuniões periódicas, fossem desenvolvidos estudos, discussões e pesquisas de maneira sistemática* (2000). A Divisão III, Psicopatologia, Psicologia Clínica, Correccional e Higiene Mental, era a que mais se aproximava do que poderíamos identificar como atendendo aos objetivos profissionais e de pesquisa do psicólogo clínico e hospitalar. Dela foram chefes tanto Aidyl quanto Mathilde e Odette, professoras já citadas anteriormente.

A proposta da Divisão III da Sociedade de Psicologia de São Paulo – cuidar de aspectos referentes à higiene mental – o que era isso, o que era um médico higienista? O que é uma proposta correccional? Que poderes tem um psicólogo para corrigir algum aspecto de uma pessoa? Não seria um exercício de autoritarismo?

Há de se lembrar também da nova identidade que assumíamos: a

de psicólogos. Éramos os novos profissionais, reconhecidos em nossa formação pelo Ministério da Educação. Os que nos antecederam eram os psicologistas, subalternos dos médicos e encarregados de fazer as avaliações psicológicas para auxiliá-los em seus diagnósticos e propostas de intervenção, experiência também vivida e relatada na década de 70 do século passado pelos profissionais argentinos (Ocampo & Arzeno, 1985). Queríamos ser reconhecidos como profissionais autônomos, e tudo que lembrasse o passado, incluíam-se aí os testes, deveria ser relegado ao segundo plano e mesmo questionado. Nessa época, era comum ouvir um colega dizer: *psicólogo não, por favor, sou psicanalista*, ou, ainda,  *você é psicólogo? ah, então você é testólogo!* Psicólogos seriam aqueles que apenas aplicam e estudam testes; seres inferiores aos psicoterapeutas.

Questionamentos acerca dos conhecimentos acumulados em Psicologia avolumavam-se e tornavam muitos pensadores da área céticos em relação ao futuro da ciência psicológica. Koch (1977) afirmava não acreditar que a Psicologia como disciplina formal ou “ciência” pudesse afetar de alguma forma o conceito de ciências humanas. Com tantos referenciais teóricos, era impossível ver uma unidade entre todos para se constituir uma ciência psicológica. Produziam-se várias pseudoverdades, um grande inventário de “imagens do homem”, cada uma delas querendo ser reconhecida como verdadeira. O autor exclui desse rol a psicanálise por acreditar ser uma proposta de um ensaísta, que tentou descobrir uma ordem dentro do mundo psíquico do homem.

Também era questionável a possibilidade de quantificar aspectos relevantes do ser humano, de reduzir suas complexas características a resultados de tabelas normativas, a dados estatísticos.

O que ocorreu é que nós jogamos fora o bebê com a água do banho e passou-se a investir menos em pesquisas com e sobre a avaliação psicológica, e quem o fazia era discriminado pelos demais psicólogos. E o próprio Conselho Federal de Psicologia apoiou essa corrente, sem atentar ao que ocorria a respeito no resto do mundo.

Aos poucos, os testes usados no país tornaram-se obsoletos, carentes de pesquisas normativas e de validade, fatores que só fizeram crescer a desconfiança em relação a eles. Com um aumento de questionamentos sobre a validade dos testes utilizados, sobretudo em concursos públicos e na prática forense, o próprio CFP assumiu o dever de cuidar da questão, editando a Resolução 025/2001. A partir desse ato, criou-se a possibilidade de análise de todos os instrumentos editados no país, de nomear uma comissão para dar conta dessa tarefa, criar critérios para avaliação das características fundamentais para que um teste tenha seu uso aprovado.

Nesse momento, pesquisas com os testes intensificaram-se.

Caberia agora uma questão: como a área da saúde vê a avaliação psicológica? Essa questão remete-nos a uma outra pergunta: ao que nos referimos sobre área da saúde? Em pesquisas recentes (Yamamoto, Trindade & Oliveira, 2002; Castro & Bornholdt, 2004; Silva, Tonetto & Gomes, 2006), tem-se discutido o papel do psicólogo na área hospitalar, uma das áreas que mais tem crescido no Brasil em termos de alocação do profissional nas duas últimas décadas. Poderíamos acrescentar, também, o desenvolvimento de produção acadêmica e publicações a respeito, pois foi nas duas últimas décadas que os programas de pós-graduação em psicologia da saúde surgiram, acompanhando essa tendência mundial. Mas os pesquisadores afirmam que a tendência brasileira é de alocar o profissional no hospital e não nos grandes espaços de promoção da saúde pública, ou seja, ainda em nosso meio há mais psicologia hospitalar que psicologia da saúde, enquanto que, em muitos países, não se fala em psicologia hospitalar (Castro & Bornholdt, 2004). Em outras palavras, nossa tendência é ainda a de promover mais prevenção secundária e a terciária que primária.

Yamamoto, Trindade e Gomes (2002) trazem à baila a questão da diferença entre o trabalho clínico e o trabalho na área da saúde no hospital e comentam as divergências e os impasses advindos das diferentes concepções dos autores por eles investigados. Mas acrescentam que as ações dos profissionais fazem parte da Psicologia da Saúde definida de forma mais ampla e citam, para exemplificar, a dificuldade de precisar fronteiras entre as duas formas de atuação profissional (clínica e hospitalar), a proposta de denominação da área como Psicologia Clínica e da Saúde adotada pelo Colégio Oficial de Psicólogos (COP) da Espanha.

O método clínico também é visto por Vizzotto (2003) como caminho viável para a investigação, diagnóstico e proposta de intervenção em saúde na comunidade. Os psicólogos hospitalares entrevistados por Yamamoto et al. (2002) referem essencialmente atividades de psicoterapia (96%) e de orientação/aconselhamento (60%) em seus atendimentos. Também o fazia Mathilde Neder nos atendimentos às crianças, que haviam passado por cirurgia na coluna, bem como aos seus pais (Silva, Tonetto & Gomes, 2006). Esses autores citam um trabalho de Sebastianini desenvolvido em 2001, no qual o autor identifica aspectos que diferenciam a prática psicológica hospitalar ou aplicada à área da saúde do trabalho realizado na clínica tradicional. Entre os 14 itens elencados constam: a dinâmica do trabalho com multiplicidade de solicitações; o tempo impondo limites; intervenção iminentemente focal e emergencial, critérios que justificam plenamente a atividade clínica de atendimento psicológico dentro de uma perspectiva

psicoterapêutica ou de aconselhamento.

Sebastianini e Maia (2005) apresentam a importância do papel do psicólogo no atendimento ao paciente que irá se submeter a uma cirurgia no sentido de enfrentar a crise que se instala no pré-cirúrgico e na recuperação, no pós-cirúrgico. Diante dessa crise, o profissional deverá minimizar a angústia e a ansiedade do paciente, proporcionar um clima de confiança entre o paciente e a equipe de saúde, estratégias que promoverão a adesão ao tratamento e a boa recuperação.

Mas o trabalho clínico pressupõe uma etapa diagnóstica (Vizzotto, 2003), e para realizá-la pode-se lançar mão das mais variadas estratégias avaliativas, entre elas os testes. Castro e Bornholdt (2004), citando autores espanhóis, assinalam que em muitos espaços de formação do psicólogo da saúde está prevista a avaliação psicológica dentro do currículo básico. Também Yamamoto et al. (2002) referem esse aspecto ao assinalarem que, para o COP, entre as atividades exercidas pelo profissional, está prevista a aplicação de instrumentos para avaliação e diagnóstico psicológicos. A Divisão 38 – Health Psychology – da APA (2007) também apresenta uma proposta de ensino para formação em psicologia da saúde, que atende não só a psicólogos, a grande maioria, mas também a outros profissionais formados em outras disciplinas, tais como enfermagem, educação física e outras relacionadas ao campo da saúde. Entre as propostas de exercícios em sala de aula, demonstrações estão previstas na aplicação, avaliação e crítica de vários testes psicológicos, tais como *Social Readjustment Rating Scale*, *Jenkins Activity Survey*, *Millon Behavioral Health Inventory* ou *Multidimensional Health Locus of Control Scales*. É esperado que, durante o curso, cada aluno faça seu perfil pessoal de saúde (*Personal Health Profile*) e que, ao seu final, utilize-o para tomar decisões sobre seu comportamento pessoal e em relação à sua saúde baseadas na literatura científica que foi ministrada durante o curso.

Os psicólogos entrevistados por Yamamoto et al. (2002) mencionam atividades de avaliação psicológica (44%), o que não é muito perto do volume de atividades de psicoterapia e de orientação/aconselhamento já relatadas por eles. O número de profissionais contratados por hospitais, embora tenha crescido sobremaneira, ainda é muito pequeno para atender à demanda da clientela internada. Alguns hospitais sequer contrataram os profissionais e bastam-se com o atendimento dos estagiários das clínicas-escola de Psicologia orientados por seus supervisores. Em decorrência, não há tempo para um atendimento que envolva o conhecimento do paciente a partir das técnicas de avaliação. Mas, com certeza, existem muitos estudos com a avaliação psicológica na área da saúde, só que não são devidamente



divulgados nos programas de graduação.

Acerca deste tema – avaliação no contexto da saúde –, já discutimos em outra ocasião (Custódio, 2002) e, naquele momento, alertávamos aos psicólogos o quanto o uso de testes tem sido valorizado entre os profissionais da saúde interessados em melhor conhecer seus pacientes para melhor adequar suas propostas de tratamento. Além disso, apresentávamos uma das grandes obras publicada sobre o tema, o trabalho de Gorenstein, Andrade e Zuardi (2000). Este livro, *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*, foi compilado a partir de uma ampliação e atualização da *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 25, nºs. 5 e 6, 1998 e v. 26, nºs. 1 e 2, 1999. Seu conteúdo revela o quanto profissionais da saúde, notadamente os médicos, vêm trabalhando no sentido de aprimorar os instrumentos de coleta de dados para avaliação de características de personalidade que possam auxiliar nas intervenções em saúde. Além disso, comentávamos que, pela descrição dos 70 autores ali citados, poucos tinham formação em psicologia, talvez apenas 13, confirmando o fato de que os psicólogos devam se aproximar um pouco mais dessa área de conhecimento. Mas também os psicólogos que têm produzido conhecimento com os testes, notadamente os lotados em hospitais-escola, que fazem parte das equipes multiprofissionais, estão envolvidos em protocolos de pesquisa ou estão lotados em programas de pós-graduação e, portanto, devem desenvolver uma produção acadêmica.

Vivemos, assim, a retomada da pesquisa com a avaliação psicológica, porque, apesar dessa resistência local, talvez latino-americana, o mundo continuou a ver na avaliação um instrumento eficaz para auxiliar as atividades da Psicologia e contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Os psicólogos argentinos, por exemplo, que, como já mencionados, questionavam os testes, em 1996, apresentaram uma obra específica sobre avaliação psicológica no campo da saúde (Casullo, 1996).

A própria Organização Mundial de Saúde jamais se afastou dos caminhos por ela delineados para compreensão dos fenômenos que afetam o comportamento das pessoas.

A Divisão 38 da APA (2007) deixa claro a importância do autoconhecimento dos futuros profissionais envolvidos com a promoção da saúde. Matos e Albuquerque (2006) assinalam que é possível conhecer algumas características de estilo de vida e percepção de saúde entre estudantes, que atuarão na área da saúde, pois a pesquisa realizada pelos autores revelou que os alunos do primeiro ano do curso de enfermagem apresentam mais comportamentos saudáveis, tais como menor consumo de bebidas alcoólicas, preocupação com as drogas, preocupação com alimenta-

ção, melhor atitude com relação à visita aos médicos quando comparados aos estudantes universitários de áreas não relacionadas com a saúde. Mas os autores também informam que são os que mais esclarecimentos têm recebido nesse sentido.

Os estudos mais recentes têm revelado a importância atribuída à avaliação dos comportamentos saudáveis, e os psicólogos já deveriam estar incluídos nas pesquisas de natureza epidemiológica para ajudar a determiná-los ou conhecer fatores de risco. Rouquayrol (2006) apresenta uma série de fatores que devem ser considerados nos estudos epidemiológicos, tais como os de mortalidade, morbidade, variáveis relacionadas ao tempo, ao espaço e também variáveis relacionadas à pessoa e entre elas o fator idade. Para explicar como esse fator é importante, toma vários exemplos, entre eles a adolescência e seus riscos para o consumo de drogas e álcool e, nos centros urbanos, o risco das doenças sexualmente transmissíveis e gravidez precoce. Não cita, contudo, características de personalidade típicas dessa faixa etária, que dificultam a proteção à saúde. Estudos quantitativos, buscando características sociodemográficas são importantes, mas carecem de uma visão mais qualitativa, que, aos poucos, está sendo introduzida nas pesquisas da área da saúde.

Turato (2005) tem alertado profissionais desse campo sobre a importância de se obter dados qualitativos para melhor compreender características de comportamentos de risco e de proteção à saúde e propõe-se inclusive, a orientar os pesquisadores “qualitativistas”, como assim os denomina, a obterem melhores resultados a partir dos seus delineamentos metodológicos. Benincasa e Rezende (2006) apresentam um estudo sobre fatores de risco e proteção com adolescentes, utilizando estratégias qualitativas de pesquisa. Os autores constatam que esteve muito presente, na fala dos pesquisados, a expressão “ter alguém confiável para conversar” como fator de proteção para problemas relacionados à tristeza e a possibilidades de suicídio. Em decorrência, os autores identificam a necessidade de criarem-se espaços de escuta e implantar programas de proteção à saúde e à vida para essa população.

Como se percebe pelo teor explicitado, há aberto um espaço cada vez mais amplo para o psicólogo atuar na rede de saúde pública e não apenas nos hospitais. E é para lá que ele deve levar seu conhecimento, suas ferramentas de trabalho na área de avaliação psicológica, utilizando-as para identificar fatores de proteção à saúde e não apenas características patológicas dos grupos de risco. O profissional deve estar atento também aos estudos que estão se desenvolvendo cada vez mais em todo o mundo para características, como otimismo (Peterson, 2000), bem-estar, suporte

social, como fatores de proteção. Todavia, isso implica maior empenho da área no sentido de aprofundar e atualizar os suportes teóricos, que fundamentam suas ações e delineiam as estratégias de investigação no que tange aos processos avaliativos.

## REFERÊNCIAS

- Anastasi, A. (1965), *Testes psicológicos: teoria e aplicação*. São Paulo Herder e Univ. de S. Paulo.
- Angellini, A. L. (1999), Arrigo Leonardo Angellini. In: S. T. P. Morais, *Professores universitários e psicólogos contam suas vidas* (v. 1, depoimento 8, pp. 1-63), Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- APA (2007). Health Psychology Division 38 – Teaching Health Psychology. Acesso em: 10 jan. 2007.
- Benincasa, M. & Rezende, M. M. (2006), Tristeza e suicídio entre adolescentes: fatores de risco e proteção. *Boletim de Psicologia*, 56 (124): 93-110.
- Cabral, A.C.M. (1999), Annita de Castilho e Marcondes Cabral. In: S. T. P. Morais, *Professores universitários e psicólogos contam suas vidas* (v. 1, depoimento 4, pp. 1-37), Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Castro, E. K. & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde X psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: ciência e profissão*. (versão eletrônica, scielo.bvs-psi.org.br) 24 (3): 48-57.
- Casullo, M.M. (org.) (1996). *Evaluación psicológica em el campo de la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- CFP (2001), Resolução 025/2001 – Define teste psicológico como método de avaliação do psicólogo e regulamenta sua elaboração, comercialização e uso. [www.pol.org.br](http://www.pol.org.br). Acesso em: 10 jan. 2007.
- Custódio, E. M. (2000), A história da psicologia no Brasil a partir dos primeiros boletins da Sociedade de Psicologia de S. Paulo. *Boletim de Psicologia*, 50 (112): 37-51.
- Custódio, E. M. (2002), Avaliação psicológica no setor da saúde. In: R. Primi (org.), *Temas em avaliação psicológica* (pp.17-25), Campinas: Instituto Brasileiro de Avaliação (IBAP).
- Gorenstein, C., Andrade, L. H. S. G. & Zuardi, A.W. (2000). *Escala de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos-Editorial.
- Grünspum, H. (1999). Haim Grünspum. In: S. T. P. Morais. *Professores universitários e psicólogos contam suas vidas* (v. 3, depoimento 19, pp 1-30). Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Koch, S. (1977). Psicologia e ciências humanas. In: H.G. Gadamer e P. Vogler. *Nova Antropologia: o homem em sua existência biológica, social e cultural* (v. 5, Antropologia Psicológica, pp. 144-167 ), São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Kolck, O. L. van. (1999). In: Morais, S. T. P. *Professores universitários e psicólogos contam suas vidas* (v. 4, depoimento 35, pp 1-17). Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Kolck, O. L. van. (1974-1975), *Técnicas de exame psicológico e suas aplicações no Brasil*. Petrópolis: Vozes.
- Macedo de Queiroz, A. (1960). Os desajustamentos das crianças asmáticas, *Rev. de Psicol. Norm. e Patol.* VI, 3, 363-620.
- Matos, A. P. S. & Albuquerque, C. M. S. (2006). Estilo de vida, percepção de saúde e estado de saúde em estudantes universitários portugueses: influência da área de formação. *Int. J. Clin. Health Psychol.* (versão eletrônica: redalyc), 6, (3), 647-663.
- Morais, S. T. P. (1999), *Professores universitários e psicólogos contam suas vidas* (vols.1-05) Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Ocampo, M. L. S. & Arzeno, M. E. G. (1885), O processo psicodiagnóstico. In: M. L. S. de Ocampo (org.), *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas* (pp. 11-19). São Paulo: Martins Fontes.
- Souza, C. B. (2003), Corpoalma com câncer. In: J. Quayle, & M. C. Souza de Lucia, (orgs.) *Adoecer; as interações do doente com sua doença* (pp. 143-151). São Paulo: Atheneu.
- Pérez-Ramos, A. M. Q. (1999). In: Moraes, S. T. P. *Professores universitários e psicólogos contam suas vidas* (v.1, depoimento 2, pp 1-20). Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Pérez-Ramos, A. M. Q. (2000). As divisões da sociedade de psicologia de São Paulo: um legado de reconhecido valor. *Boletim de Psicologia*, 50, (112): 53-64.
- Pérez Ramos, A. M. Q. (2006). Depoimento pessoal, obtido em 14 dez. 2006.
- Peterson, C. (2000), The future of optimism. *American Psychologist*, 55, (1): 44-55.
- Rouquayrol, M. Z. (2006). Contribuição da epidemiologia. In: G. W. de S. Campos, M. C. de S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Júnior & Y. M. de Carvalho (orgs.) *Tratado de Saúde Coletiva*, (pp. 319-373). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Sebastianini, R.W. & Maia, E. M. C. (2005). Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira* (versão eletrônica, [www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo)) v. 20, supl nº 1, 50-55
- Silva, L. P. P., Tonetto, A. M. & Gomes, W. B. (2006), Prática psicológica em hospitais; adequações ou inovações? Contribuições históricas. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 26 (3/06): 24-37.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definição, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública*, 39, (3), (versão eletrônica em PDF, [scielo](http://scielo), acesso em 10 jan. 2007).
- Vizzotto, M. M. (2003). O método clínico e as intervenções na saúde psicológica da comunidade. In: V. B. de Oliveira & K. Yamamoto, K. (orgs.) *Psicologia da Saúde: temas de reflexão e prática* (pp. 137-152). São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo.
- Yamamoto, O. H., Trindade, L. C. B. O. & Oliveira, I. F. (2002). O psicólogo em hospitais no Rio Grande do Norte. *Psicologia USP*, 13 (1): 217-246.

# ***PARTE II***

---

## ***ESTUDOS EMPÍRICOS***



## CAPÍTULO 15

# A FELICIDADE NOS PROFESSORES COMO EXPRESSÃO DE SAÚDE

LUÍS SÉRGIO VIEIRA

SAUL NEVES DE JESUS

*Universidade do Algarve – Portugal*

A ideia de felicidade suscitou, desde sempre, a maior curiosidade de pensadores, filósofos e investigadores, o que provocou uma grande variedade nas formas de exprimir aquilo que tem sido apontado, em todas as épocas, como a meta última das aspirações humanas. Considerada um dos aspectos cruciais na definição da saúde dos indivíduos, “a Psicologia descobriu esta dimensão essencial do comportamento humano, que traduziu sob a forma de constructos, tais como o de satisfação com a vida, felicidade, bem-estar subjectivo ou psicológico” (Ferreira & Simões, 1999, p. 112). Este interesse veio, de alguma maneira, reformular o conceito de bem-estar, concebendo-o como um constructo imbuído de referencial teórico próprio e não entendido como mera ausência de doença/perturbação mental ou de mal-estar/disfunção psicológica, antes, uma das mais importantes e significativas expressões de saúde, de qualidade de vida e de bem-estar psicossocial (Simões *et al.*, 2000).

Assim, a investigação sobre o bem-estar subjectivo (BES) corresponde à análise científica da forma como as pessoas avaliam as suas vidas, isto é, quais as reacções emocionais das pessoas a eventos, o seu humor e os juízos que fazem sobre a satisfação com a sua vida, realização pessoal e satisfação em domínios específicos como o trabalho, a vida familiar e outros. Neste sentido, o BES interessa-se pelo estudo daquilo a que secularmente se tem designado, predominantemente, de felicidade (Diener, Oishi, & Lucas, 2003; Diener *et al.*, 1999; Kahneman, 1999; Simões *et al.*, 2000), constituindo, inclusive, um conceito central na Psicologia Positiva (Wallis, 2005).

Da análise que efectuamos à felicidade, enquanto constructo com

corpo teórico específico que goza de suporte empírico próprio, constatamos, por um lado, a diversidade de utilizações de termos para o mesmo constructo, dos quais destacamos: bem-estar subjectivo, bem-estar psicológico, bem-estar, satisfação com a vida e qualidade de vida e, por outro lado, que a preocupação central da história da humanidade encontra fundamento científico, quando os estudos sugerem que somos propensos à felicidade. Por exemplo, Inglehart & Klingemann (2000) verificaram, na revisão que efectuaram, que a variância do BES é relativamente pequena, tanto mais, que apenas uma pequena parte da população americana, afirma ser infeliz ou estar insatisfeito com a sua vida; Diener (2000) conclui que a maioria dos relatos dos indivíduos são de cariz positivo; e o estudo transversal com adultos de Simões *et al.* (2003) revela que a maioria dos indivíduos apresenta elevada satisfação com a vida. Apesar das divergências de termo, grande parte dos trabalhos conceptualizou a felicidade como representando o equilíbrio entre os afectos positivos e os negativos, e a satisfação com a vida como uma dimensão mais cognitiva. Na verdade, há um consenso generalizado de que o bem-estar subjectivo ou felicidade é um constructo multidimensional que incluiu elementos emocionais e cognitivos, conforme evidenciam os estudos factoriais, as modelações por equações estruturais e as análises multi-traço-multimétodo (Simões *et al.*, 2000).

Apesar da “predisposição natural” para a felicidade, considerando que o BES, tanto pode estar associado à satisfação global como à manifestação de agrado em relação a um domínio específico, assim como, que os factores motivacionais têm sido apontados como um dos aspectos nucleares da satisfação e do sucesso profissional, colocaram-se-nos as seguintes interrogações:

– Que relação existirá entre aspectos vocacionais dos professores e os seus níveis de bem-estar subjectivo?

– Que factores apresentaram maior valor preditivo do BES?

– Qual o contributo da felicidade para a saúde psicológica dos professores?

No fundo, foram estas três questões que nos incentivaram e norteiam a abordagem deste capítulo dedicado à felicidade dos professores enquanto uma expressão de saúde.

## 1. O CONSTRUCTO BEM-ESTAR SUBJECTIVO

A primeira definição de bem-estar subjectivo remonta a Bradburn (1969, citado por Librán, 2006), que considerou este conceito em termos de afectos positivos em oposição aos afectos negativos, pelo que, a partir do relato de emoções, um indivíduo que apresentasse valores mais elevados nos afectos positivos do que nos afectos negativos registaria um elevado bem-estar subjectivo, e o contrário indicaria um nível baixo de



bem-estar. Esta linha de abordagem corresponde ao que hoje se considera ser a dimensão afectiva do bem-estar subjectivo, representada por dois factores independentes: a afectividade positiva e a afectividade negativa.

Uma definição do constructo bem-estar subjectivo, e provavelmente aquela que é tida como uma das principais referências para os investigadores neste domínio, defende que o BES pode ser entendido como a reacção avaliativa das pessoas à sua própria vida, quer em termos de satisfação com a mesma, quer em termos de afectividade (reacções emocionais estáveis) (Diener & Diener, 1995). Os relatos avaliativos que o sujeito faz à sua vida podem ter, então, uma direcção eminentemente cognitiva e afectiva, ou seja, por um lado, ser o julgamento consciente acerca da satisfação com a sua vida e, por outro lado, ser a expressão de emoções (agradáveis ou desagradáveis) que experimentou (Diener, Suh, & Oishi, 1997).

Desta forma, o BES é um conceito multidimensional, distinguindo-se entre uma *dimensão cognitiva ou avaliativa* e outra *afectiva ou emocional*. A dimensão cognitiva diz respeito ao juízo que o indivíduo faz em termos de satisfação global com a sua própria vida. A dimensão afectiva diz respeito às reacções emocionais face a esse juízo e representa dois factores independentes, a afectividade positiva (PA) e a afectividade negativa (NA) (Diener & Emmons, 1995). Assim, o bem-estar subjectivo é constituído por três componentes separadas mas interrelacionadas, a satisfação com a vida, a afectividade positiva e a afectividade negativa (McCullough, Heubner, & Laughlin, 2000), pelo que o BES revela-se plural na sua dimensão afectiva e unitário na sua dimensão cognitiva. Analisemos, então, mais em detalhe cada uma das componentes do bem-estar subjectivo.

### **1.1. Os conceitos de afectividade e de satisfação com a vida**

A revisão histórica ao conceito de emoção revela-nos que, depois de nos anos 50 as emoções terem sido entendidas como perturbações (mal-estar) e, dessa forma, com responsabilidades em dificuldades de adaptabilidade do organismo às situações (Frijda, 1999), nos anos noventa; consequência dos escritos revolucionários de Damásio (1994), passou-se a conferir funções adaptativas às emoções (bem-estar). Estas, tanto podem ser definidas como respostas a eventos significativos, constituídas por componentes do domínio da experiência subjectiva, do comportamento e da reacção fisiológica; como podem ser entendidas enquanto estados emocionais que envolvem valências positivas e negativas (Frijda, 1999), logo, integram uma componente afectiva que, por sua vez, é um dos ingredientes do bem-estar subjectivo. Em ciência normalmente não existe a

ou *só uma* definição para o mesmo conceito. Com o conceito de emoção, não é exceção, cuja definição varia consoante a sua interpretação funcional, pelo que é possível situar a emoção como uma dimensão emocional (vulgo afecto) do bem-estar subjectivo ou numa dimensão mais neuronal do afecto (vulgo emoção).

Existem diferentes formas de abordagem dos afectos. Enquanto uns tendem a seguir uma orientação de afecto específico, onde cada emoção tem um significado próprio e independente das outras emoções, outros procuram uma perspectiva dimensional dos afectos. Diversas linhas de investigação e um grande número de análises sugere que o modelo das duas dimensões de Watson & Tellegen (1985) é aquele que melhor explica a dimensão afectiva do bem-estar subjectivo, uma vez que as análises factoriais apontam de forma consistente para a presença de duas componentes independentes do afecto: os afectos positivos e os afectos negativos. No mesmo sentido, Costa & McCrae (1980) afirmam que o equilíbrio entre afectos positivos e negativos de uma pessoa, indica o índice de bem-estar subjectivo global alcançado por uma pessoa, pelo que, quer uns quer outros, contribuem de forma independente para o bem-estar subjectivo.

O modelo circular bidimensional de Watson & Tellegen (1985) está na base da criação de uma das escalas mais utilizadas e validadas no estudo da afectividade, a *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS). Segundo Watson *et al.* (1999), a afectividade positiva (PA) e a afectividade negativa (NA) representam as componentes subjectivas dos sistemas bio-comportamentais gerais (e.g., BIS – *behavioral inhibition system*, BFS – *behavioral facilitation system*). Em termos comportamentais, o propósito essencial do *sistema de inibição do comportamento* é o de inibir o comportamento que possa conduzir a situações adversas ou que representem dificuldades, isto é, os estados emocionais associados à componente NA promovem a vigilância e motivam os indivíduos a evitar os estímulos potencialmente ameaçadores ou que representem perigo. Pelo contrário, as emoções na PA reflectem a função do *sistema de facilitação do comportamento* que procura dirigir ou aproximar o organismo de situações e experiências que potencialmente possam proporcionar prazer e recompensa, pelo que é esperável que os indivíduos procurem as situações que promovam as emoções positivas.

Assim, a afectividade positiva (PA) é a medida que reflecte o entusiasmo com a vida, isto é, traduz-se na tendência para experimentar sentimentos e emoções agradáveis, tais como: alegria, entusiasmo, orgulho e felicidade, enquanto que a afectividade negativa (NA) é a medida que reflecte a indisposição ou perturbação, ou seja, exprime-se pela disposição para experimentar sentimentos e emoções desagradáveis, como: culpa,

vergonha, tristeza, ansiedade e depressão (Diener *et al.*, 1999).

A dimensão cognitiva é representada por um factor, a satisfação com a vida, que traduz a avaliação global que o sujeito faz da sua vida, em termos de desejo de mudança ou de contentamento com o que lhe acontece (no presente) e com a maneira como lhe tem decorrido a própria vida (satisfação com o passado). Embora haja um factor geral de satisfação com a vida, podem ser distinguidos vários domínios de satisfação, tais como: trabalho, família, lazer, saúde, finanças, etc. (Diener *et al.*, 1999). Estes princípios estiveram na base da construção do instrumento mais utilizado e validado para medir a satisfação com a vida, *Satisfaction With Life Scale* (SWLS; Diener *et al.*, 1985).

Simões (1992) descreve três aspectos principais para caracterizar a componente cognitiva ou avaliativa do BES: (1) trata-se de um juízo subjectivo sobre a qualidade da própria vida, segundo padrão estabelecido pelo próprio; (2) refere-se a aspectos positivos da própria vida, e não apenas à ausência de factores negativos, como acontece certos indicadores de saúde mental; e (3) implica uma avaliação global das várias facetas da vida do indivíduo, resultante do cruzamento de ponderações positivas e negativas a cada uma delas.

### **1.2. Medidas de bem-estar subjectivo e seus significados**

Não há um esquema conceptual único que una todo o campo da investigação sobre o BES, pelo que a medida das duas componentes cientificamente aceites como partes integrantes do BES (componente afectiva e componente cognitiva), é feita de diversas formas e com recurso a instrumentos bastante distintos. No entanto, as medidas mais utilizadas na avaliação do bem-estar subjectivo (e.g., PANAS e SWLS) estão sustentadas numa definição do constructo em três dimensões independentes: uma avaliação cognitiva que recorre a um conjunto de medidas que avaliam a qualidade de vida como um todo, como a felicidade ou a satisfação global; uma que avalia os afectos positivos e outra que avalia os afectos negativos que constituem a avaliação da afectividade. Um indivíduo com um elevado BES faz uma avaliação positiva da vida como um todo e apresenta um domínio de afectos positivos sobre os afectos negativos (Diener *et al.*, 1999).

O bem-estar subjectivo pode, então, ser determinado pela combinação das suas duas dimensões; a dimensão afectiva e a dimensão cognitiva. Por outras palavras, de um lado o balanço da afectividade positiva e a afectividade positiva, e por outro lado, a satisfação com a vida. Assim, o *balanço da afectividade* ou *equilíbrio afectivo* é representado pela formula: BAL ou

$PN=PA-NA$ , enquanto que o bem-estar subjectivo pode ser calculado através, dos valores  $z$  (standardizados) de cada uma das três componentes, representado pela seguinte formula:  $zBES=(zPA-zNA)+zSWLS$ .

A atribuição de significado científico que foi conferida ao termo felicidade tem proporcionado que o conceito, mais geral, de bem-estar tenha vindo a ser alargado. O assumir da concepção de bem-estar para além da ausência de mal-estar/doença, determinou o surgimento de outros constructos mais específicos. Por exemplo: *occupational well-being* (Warr, 1990); *spiritual well-being*, *religious well-being* e *existential well-being* (Paloutzian & Ellison, 1982); *psychological well-being* (Ryff, 1989); entre outros, aos quais se lhes tem vindo a associar a criação de instrumentos específicos.

Dos exemplos referidos, as ideias e fundamentos de Carol D. Ryff assumem um interesse particular pela importância teórica e empírica que está associada ao constructo de bem-estar psicológico. A autora procurou nas modernas correntes da Psicologia, ligadas ao desenvolvimento, à clínica e à saúde mental, os elementos cruciais para a elaboração de uma noção mais satisfatória do constructo, definindo-o em seis características de bem-estar psicológico: aceitação de si, relações positivas com os outros, autonomia, domínio do ambiente, sentido de vida e crescimento pessoal, e concebeu um modelo teórico que perspectiva o bem-estar subjectivo como um constructo multidimensional e positivo, designado de bem-estar psicológico (Ryff, 1989; Ryff & Keys, 1995).

As seis dimensões são operacionalizadas em outras tantas escalas, que constituem as *Scales of Psychological Well-Being* (SPWB; Ryff, 1989). Destas, duas delas suscitaram-nos um interesse especial para o presente trabalho, aceitação de si (*self-acceptance*) e relações positivas com os outros (*positive relations with others*). Ryff (1989) define a *aceitação de si* como uma característica central da saúde mental, bem como uma característica de auto-actualização, de funcionamento óptimo e de maturidade, uma vez que a “*aceitação de si*, enquanto aspecto essencial do funcionamento positivo, é tema comum a Maslow (a aceitação de si e dos outros faz parte do conceito de auto-actualização), a Rogers, que insiste em encarar o eu como pessoa de valor, a Allport, que a considera parte integrante da noção de maturidade, a Jahoda, que apresenta como critério de saúde mental as atitudes positivas para com o eu” (Ferreira & Simões, 1999, p. 113). Neste sentido, as atitudes positivas do indivíduo para consigo mesmo emergem como uma característica central do funcionamento psicológico.

Ryff (1989) verificou que a capacidade de amar, a empatia, a afiliação e as relações calorosas com os outros surgem como aspectos centrais da maturidade e do funcionamento psicológico, pelo que atribui uma dimensão

específica para este domínio. “As *relações positivas com os outros* são também sublinhadas por Maslow, para quem os interesses sociais, a capacidade de amor e de amizade são ingredientes necessários da auto-actualização. Por sua vez, a pessoa que funciona plenamente é, para Rogers, o indivíduo com uma confiança fundamental na natureza humana e, para Allport, o indivíduo capaz de estabelecer relações calorosas com os outros. Erikson define como estádios de desenvolvimento adulto a consecução de uma estrita união com os outros (intimidade) e a responsabilidade e orientação das outras gerações (generatividade). Enfim, entre os critérios de saúde mental, estabelecidos por Jahoda, figura a capacidade de amar e de estabelecer relações adequadas com as outras pessoas” (Ferreira & Simões, 1999, p. 113).

Apesar de literatura nos oferecer, por vezes, escritos dedicados ao bem-estar subjectivo com base na exclusiva aplicação das medidas de bem-estar psicológico, fazendo corresponder o mesmo significado aos dois constructos, partilhamos das ideias de quem é apologista que, apesar da proximidade inerente ao facto de os dois constructos estarem associados ao bem-estar, entendemos o bem-estar subjectivo enquanto constructo tridimensional e o bem-estar psicológico integrando seis dimensões relacionadas entre si mas distintas. Tanto mais, que a comparação entre as duas abordagens revela, que o estudo do bem-estar subjectivo enfatiza a informação subjectiva das três componentes (satisfação com a vida, afectividade positiva e afectividade negativa), sustentada numa visão a-teórica ou empírica, enquanto que o estudo do bem-estar psicológico realça a recolha objectiva do *significado* subjacente do bem-estar, enfatizando o funcionamento psicológico positivo em vez do bem-estar subjectivo (Robbins & Kliever, 2000).

## 2. ABORDAGENS TEÓRICAS DO BEM-ESTAR SUBJECTIVO

Diversas linhas de investigação têm contribuído para a história do estudo do bem-estar subjectivo (BES). Diener, Oishi, & Lucas (2003) identificam quatro grandes influências na investigação do BES. A primeira, e uma das principais influências, vem dos sociólogos e de investigadores dos factores de qualidade de vida, cujas pesquisas procuram determinar como é que as variáveis sociodemográficas, como o rendimento ou o estado civil, influenciam o BES. A segunda, vem dos investigadores que trabalham na área da saúde mental que, com o alargamento do conceito de saúde mental concebido para além da ausência de sintomas depressivos ou *distress*, incluem as expressões de felicidade e manifestação de satisfação com a vida como factores de saúde. A terceira, vem dos psicólogos da personalidade que têm procurado estudar os traços de personalidade das pessoas felizes

e infelizes. A quarta, e última, influência vem dos psicólogos sociais e cognitivistas que estudam como é que a adaptação e os padrões sociais actuam nos sentimentos de bem-estar das pessoas.

A variedade de domínios científicos presentes no estudo do bem-estar subjectivo trouxe consigo uma grande diversidade de princípios teóricos e, também, de metodologias, que contribuíram para que se tenha assistido a avanços assinaláveis, nas últimas duas décadas, na elaboração teórica e na sustentação empírica do BES. Dos diversos modelos, a abordagem do par constituído pela teoria “topo-base” e pela teoria “base-topo”, tem sido frequentemente referida como uma das mais significativas na fundamentação teórica do constructo.

“A *abordagem base-topo (bottom-up)* encara o bem-estar subjectivo como sendo o efeito cumulativo de experiências positivas (agradáveis), em vários domínios da existência (no trabalho, na família, no lazer)” (Simões *et al.*, 2000, p. 246) em que a satisfação global com a vida ou vida agradável é composta pelo acumular (somatório) dos momentos ou elementos considerados agradáveis. Esta teoria está relacionada com a filosofia atomística e reducionista de Locke, apologista de que tudo é moldado pela experiência e reflexo do exterior dado que a mente é tida como uma *tabula rasa* (Simões *et al.*, 2000). Nesta perspectiva enquadram-se as investigações centradas na avaliação das influências dos factores sociodemográficos e bio-sociais (e.g., sexo, idade, estado civil, nível socioeconómico), pelo que o BES é entendido como um efeito. Todavia, a avaliação afectiva e cognitiva que o indivíduo faz da sua vida não resulta, apenas, das mutações dos acontecimentos, pois a felicidade permanece moderadamente estável, apesar de alterações das circunstâncias do indivíduo ou de mudanças no ambiente (Diener *et al.*, 1999).

A *abordagem topo-base (top-down)* postula que existe uma inclinação global de todo o indivíduo para experienciar as coisas de maneira positiva, pelo que essa inclinação influencia as interacções entre indivíduos e o mundo, ou seja, a pessoa experimenta prazeres, porque é feliz, e não o contrário. “Portanto, a experiência não é em si mesmo, objectivamente, agradável ou desagradável, satisfatória ou insatisfatória: é a interpretação que dela faz o sujeito, que a torna tal” (Simões *et al.*, 2000, p. 246). Esta teoria está relacionada com uma filosofia de tipo kantiano, que considera o sujeito um ser activo e organizador da experiência e não um ser passivo. Daí que “não deverão ser as circunstâncias objectivas, mas as interpretações subjectivas das mesmas, as determinantes primárias do bem-estar subjectivo” (Simões *et al.*, 2000, p. 247). Então, a estabilidade do BES, não é um simples produto dos relatos da avaliação global do indivíduo, antes, os seus

próprios juízos reflectem mais do que uma mera respostas às circunstâncias momentâneas, mantendo uma certa consistência emocional (Diener & Lucas, 1999), que o caracteriza enquanto pessoa, com inclinação para experimentar e interpretar os acontecimentos e a vida em termos gerais, de uma maneira, mais positiva ou mais negativa. Nesta perspectiva enquadra-se o interesse atribuído ao papel preponderante da personalidade (traços ou outras características) enquanto elemento preditivo do BES, pelo que o bem-estar subjectivo pode ser entendido como uma causa e não um efeito.

Apesar daquilo que as distingue, as duas abordagens não são incompatíveis, antes, dois pontos de vista distintos acerca do mesmo constructo, conforme comprova a tentativa de validação das teorias sobre o bem-estar subjectivo de Feist *et al.* (1995), citada por Simões *et al.* (2000, p. 248), ao terem concluído que “tanto o modelo correspondente à abordagem topo-base, como a abordagem base-topo, constituíam bons ajustamentos aos dados, não apresentando um superioridade, relativamente ao outro. Quer dizer, os dados vão no sentido, por um lado, de corroborar a hipótese de que o BES é efeito daquelas variáveis e, por outro lado, de que ele próprio é causa das mesmas, [logo, evidencia] (...) o carácter bidireccional das relações entre bem-estar subjectivo e as influências situacionais e de personalidade”.

### **2.1. As variáveis sociodemográficas**

Apesar de serem vários os factores sociodemográficos que têm sido apontados como susceptíveis de influenciar o bem-estar subjectivo, com frequência, estes estudos, consideram as seguintes variáveis: a idade, o género, a saúde, o rendimento, o estado civil, o estado de saúde, a educação e a religião.

Por vezes, os estudos têm revelado resultados surpreendentes, na medida, em que os indivíduos apesar de afectados por factores que *a priori* são vistos como susceptíveis de conduzir à redução do BES, ou mesmo, à infelicidade, apresentam níveis semelhantes às outras pessoas, levando a que se fale do *paradoxo do bem-estar subjectivo* (Simões *et al.*, 2000). Por exemplo, em relação à idade a maioria dos estudos revela baixas correlações com o BES, uma vez que, apesar de ser expectável que com as perdas associadas ao avanço na idade (e.g., decréscimo dos recursos financeiros, viuvez, perda de amigos) os indivíduos manifestassem níveis mais baixos BES, a verdade é que as pessoas, em geral, e os idosos, em particular, não apresentam declínio no seu BES, pelo que deduz-se, em termos gerais, que o bem-estar subjectivo não se correlaciona com a idade (Simões *et al.*, 2000).

Quanto ao género, apesar das investigações apresentarem resultados contraditórios, em termos globais, podemos dizer que o sexo é outra variável

cujo poder preditivo sobre o BES é inexistente ou bastante modesto dada a magnitude do efeito média ser muito pequena (Simões *et al.*, 2000; 2003). Os domínios onde estas diferenças surgem, mais sistematicamente, são nos das emoções negativas, e favoráveis às mulheres. Uma explicação possível é apontada por Lucas & Gohm (2000), ao afirmarem que as diferenças observáveis dependem de que componente do BES está a ser avaliada e de que forma, pois habitualmente, as mulheres têm mais tendência para sentir a afectividade negativa de forma mais intensa e com maior frequência que os homens.

Os factores relacionados com a actividade profissional são avaliados, habitualmente, tendo em consideração a situação laboral (empregado *versus* desempregado) e o rendimento. Em relação a este último, os dados sugerem que o rendimento possui maior valor preditivo do BES quando os indivíduos em causa são pobres (Diener *et al.*, 1999; Diener & Biswas-Diener 2002), todavia, a desigualdade económica entre países ou entre pessoas da mesma nação não produz, necessariamente, efeitos negativos nos níveis de BES, uma vez que os estudos revelam que as pessoas pobres em países, igualmente, pobres manifestam índices normais de satisfação com a vida (Diener & Oishi, 2000). Segundo Lever (2004), uma vez satisfeitas as necessidades básicas, a condição financeira representa um recurso ou meio para alcançar certos objectivos emocionais e sociais importantes para o indivíduo, sem, contudo, poderem ser directamente traduzidos em recompensas que conduzirão à felicidade

Optamos por fazer referência aos factores que acabamos de mencionar, tendo em consideração que não é objectivo deste trabalho, explorar as relações entre factores sociodemográficos e bem-estar subjectivo. Tão só quisemos aludir aos principais aspectos das variáveis que consideraremos, directa ou indirectamente, na segunda parte deste capítulo. No entanto, ao concluirmos este tópico, gostaríamos de referir, a título de mera informação, uma vez que não trabalharemos esse factor neste texto, que a variável sociodemográfica que revela maior valor preditivo no BES é o estado civil, mais especificamente, o ser casado ou viver junto com outrém, pelo que a qualidade da relação conjugal assume um papel de relevo no bem-estar subjectivo.

## ***2.2. As variáveis de personalidade: traços e metas pessoais***

A década de noventa foi muito profícua em estudos sobre a relação entre a personalidade e as duas dimensões do bem-estar subjectivo. De acordo com a literatura sobre a correlação entre extroversão, neuroticismo e



bem-estar subjectivo, a extroversão parece ser referida como o preditor mais importante da felicidade ou bem-estar subjectivo (e.g., Headey & Wearing, 1989). Já Watson, Clark, & Tellegen (1988) tinham afirmado que os afectos positivos e os afectos negativos estavam associados aos factores de personalidade de extroversão e neuroticismo, respectivamente. Esta perspectiva, de que o BES depende, em primeiro lugar, da personalidade é defendida por Costa & McCrae (1980), e constitui o paradigma dos modelos da personalidade. No mesmo sentido, foram as conclusões da meta-análise de DeNeve & Cooper (1998), que confirma que a extroversão está correlacionada com a afectividade positiva e o neuroticismo com a afectividade negativa. Todavia, estes mesmos autores, alertam que considerar apenas a extroversão e o neuroticismo pode simplificar em demasia o complexo padrão de associações entre a personalidade e o bem-estar subjectivo, uma vez que existem consistentes correlações entre outros traços e o BES. Diversas pesquisas subsequentes confirmam estas relações (e.g., Chan & Joseph, 2000; Simões, 1992; Librán, 2006). No entanto os resultados obtidos não vão integralmente no mesmo sentido, ou seja, o poder explicativo da extroversão e do neuroticismo é variável. Para Librán (2006), a forte relação entre extroversão e bem-estar subjectivo, está baseada na consideração que os indivíduos extrovertidos são mais felizes porque eles, supostamente, terão mais capacidades sociais, são mais afirmativos e mais cooperativos.

O papel preditivo da personalidade no bem-estar subjectivo afigura-se indiscutível porém, porque habitualmente a personalidade não explica mais que 30% da variância dos resultados obtidos nas medidas que medem o BES (Chan & Joseph, 2000), a atenção dos investigadores dirigiu-se para outras características conotadas com a personalidade que não os de traços.

Segundo algumas das mais recentes linhas de investigação, as metas pessoais (*goals*) constituem um centro de grande interesse no estudo do BES. Para Diener & Lucas (1999) as metas podem ser situadas em três níveis: a um nível geral, que as associa aos valores do indivíduo; a um nível intermédio, que as associa às tarefas da vida da pessoa; e a um nível mais restrito, que as associa às preocupações do dia-a-dia do indivíduo. As metas enquanto estado final ou resultado do que desejamos, integra três componentes: uma componente cognitiva (representação da situação a atingir); uma afectiva (sentimentos e emoções ligados à situação) e uma comportamental (comportamentos para a atingir) Pöhlmann (2001).

As metas têm sido objecto de estudo enquanto, por exemplo, “metas pessoais” (*personal goals*) (Brunstein, 1993), “aspirações na vida” (*aspirations in life*) (Kasser & Ryan citados por Chan & Joseph, 2000), cujos resultados obtidos apontam no sentido de que os factores intrínsecos estão

mais associados ao bem-estar subjectivo do que os factores extrínsecos, ou ainda, como “empenhos pessoais” (*personal strivings*) por Emmons (1986), em que os dados obtidos demonstraram as implicações das metas pessoais no bem-estar emocional e cognitivo. Outras investigações demonstram que o modo como o indivíduo atinge os seus objectivos influencia o BES (e.g., Cantor & Sanderson, 1999; Higgins, Grant, & Shah, 1999) além de que, o agir em coerência com os traços de personalidade pode estar relacionado positivamente com o bem-estar (Diener, Oishi, & Lucas, 2003; Sheldon *et al.*, 1997).

Brunstein (1993) identifica como factores intervenientes na relação entre as metas e o BES, o empenhamento do indivíduo na concretização das mesmas, a sua acessibilidade ou recursos e oportunidades disponíveis para que a pessoa as possa concretizar e o progresso alcançado na sua consecução. A estas três dimensões das metas pessoais, estudos posteriores do mesmo autor, vieram juntar uma quarta característica, a congruência das metas com os motivos, tanto mais que o efeito dos primeiros três factores no BES só se revelava, quando as metas eram congruentes com a motivação dos indivíduos (Brunstein, Schultheis, & Grässmann, 1998).

Para Simões *et al.* (1999) a eficácia preditiva das metas depende das suas características, isto é, tem que ver com o facto de elas serem diferenciais, realistas e dinâmicas.

*Diferenciais* na medida em que associam harmoniosamente a dimensão individual e social, na promoção da autonomia pessoal, por um lado, e da integração a nível grupal, por outro lado. Assim, as metas pessoais devem traduzir um doseamento equilibrado das dimensões individual e social. Para além disso, as metas devem espelhar a posição em que a pessoa ocupa no contínuo de desenvolvimento, em particular, as relacionadas com a autonomia e o controlo do destino individual e colectivo das pessoas, pelo que, por exemplo, é possível constatar-mos um aspecto diferenciador das metas entre jovens e idosos.

*Realistas*, uma vez que a eficácia das metas na promoção do BES é permeável à “distância percebida”, isto é, quanto mais longo for percebido o distanciamento entre a situação presente e a meta a alcançar, menor satisfação com a vida se experimenta, mais baixo é o nível de afectividade positiva e mais alto o de afectividade negativa, assim como, distâncias muito curtas não suscitam iniciativa. “Para que possa verificar-se a sua influência sobre o BES, não se requer que as pessoas atinjam essas metas a longo prazo, mas apenas que delas se aproximem. Poderia afirmar-se, a este respeito, que a situação mais favorável seria a de uma aproximação moderada: nem muito pouco, que gerasse desânimo, nem demasiado, que

esfriasse o ânimo” (Simões *et al.*, 2003, p. 21).

*Dinâmicas* na medida em que ao serem congruentes com o “eu” do sujeito, isto é, quando elas reflectem os interesses, os valores e as necessidades do indivíduo, são susceptíveis de conduzir ao bem-estar subjectivo (Sheldon & Elliot, 1999). Assim, para os mesmos autores, as metas têm um duplo papel. Primeiro, a congruência das metas conduz a esforço persistente do indivíduo no sentido de alcançar as metas, e assim, aumentando as probabilidades de as atingir. Segundo, a consecução das metas leva a um aumento do bem-estar subjectivo, que será tanto maior quanto mais concordantes forem as metas do eu (com os factores motivacionais do indivíduo).

### 3. A RELAÇÃO PEDAGÓGICA ENQUANTO TERRITÓRIO AFECTO-COGNITIVO E MOTIVACIONAL DO PROFESSOR

A pessoa é um ser social por natureza, pelo que as relações interpessoais, a vida social e os sentimentos de apego são componentes essenciais da vida humana. Inclusive, o relacionamento interpessoal tem uma importância capital na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos, logo, apresenta-se como um dos factores de satisfação com a própria vida. Os estudos revelam que existe uma estreita associação entre as relações interpessoais e a felicidade, ao sugerirem que as pessoas mais felizes são pessoas que revelam maior facilidade de relacionamento com os outros, manifestando-se mais acessíveis, de fácil convívio, divertidas e mais direccionadas para o outro, enquanto que as pessoas infelizes tendem a manifestar, maior exclusão social, maior irritabilidade e muito viradas para si próprias (Myers, 1999). Assim, as pessoas mais sociáveis, com relações duradouras e estáveis, revelam, com maior probabilidade, um nível de BES mais elevado que as menos sociáveis. Os resultados do estudo de Cooper, Okamura, & Gurka (1992) demonstram que as relações interpessoais, envolvendo actividades sociais com os progenitores, família, amigos e grupo de pertença, são um forte preditivo do bem-estar subjectivo.

Uma das características mais peculiares da actividade profissional do professor consiste na relação educativa em sala de aula, na qual se cruzam diferentes valências, cujo ponto de intersecção é a relação interpessoal (Postic, 1984). De um lado, a componente científico-pedagógica associada à área do saber subjacente à disciplina que o professor lecciona, bem como às metodologias que utiliza na dinamização do processo de ensino-aprendizagem. De outro, as relações interpessoais que se promovem no contexto de formação, com um interesse particular para a relação professor-aluno, enquanto interacção nuclear no processo educativo e promotora

de um leque bastante rico de emoções para ambas as partes envolvidas. Para Sêco (1997), a dinamização da relação pedagógica envolve a activação de quatro níveis de qualidades do professor: qualidades operacionais, qualidades profissionais, qualidades relacionais e qualidades vocacionais. Diversos estudos salientam a importância da motivação do professor, quer enquanto ingrediente essencial para a satisfação do próprio professor, quer como factor impulsionador da motivação dos próprios alunos (e.g., Abreu & Jesus, 1993; Jesus, 2002; Jesus & Lens, 2005; Lens & Decruyenaere, 1991), pelo que, se desejamos alunos motivados, necessitamos de professores igualmente motivados e felizes. Ou seja, os autores referidos e diversa literatura, salientam a importância de factores vocacionais na satisfação de necessidades de realização pessoal e de bem-estar dos professores.

As relações causais entre trabalho e satisfação com a vida são pouco claras. Por exemplo, algumas investigações revelam que as pessoas felizes manifestam um melhor desempenho no trabalho (e.g., Warr, 1999), o que de poderá, numa primeira leitura, levar a crer que se está a contradizer o papel determinante do trabalho, há muito tempo assumido, na satisfação com a vida. Para Diener *et al.* (1999) a natureza correlacional destas pesquisas pode estar a esconder a importância das variáveis de personalidade como moderadoras na satisfação com a vida em geral e em domínios específicos.

A satisfação de necessidades de autonomia, competência e a intensidade e qualidade das relações humanas (*relatedness*), enquanto características da personalidade, têm assumido um papel de relevo no BES (Reis *et al.*, 2000). Segundo Sheldon, Ryan, & Reis (1996), diversos estudos têm demonstrado que a saúde psicológica está associada aos sentimentos de competência que, por sua vez, influenciam a auto-estima, a auto-confiança e a auto-eficácia do indivíduo. Por outro lado, a autonomia, também surge associada à saúde psicológica do indivíduo, na medida em que os sentimentos de que não somos “donos” da nossa vida favorece a expressão de sentimentos de frustração e de insatisfação. Por fim, os mesmos autores verificaram que a intensidade e qualidade das relações humanas apresenta, conforme esperado, uma correlação positiva maior com a afectividade positiva e menor com a afectividade negativa, uma vez que está fortemente associada às situações de interacção social.

Estas investigações foram desenvolvidas sob o referencial da teoria da auto-determinação de Ryan & Deci (2000), que focaliza os recursos internos humanos na auto-regulação da personalidade, do comportamento e do desenvolvimento do indivíduo. Assim, segundo este modelo teórico, as tendências de crescimento e as necessidades psicológicas são a base da motivação do próprio sujeito. Segundo a mesma teoria, a motivação intrín-

seca está associada à competência, autonomia e intensidade e qualidade das relações, e pode ser facilitada pelas circunstâncias do ambiente (motivação extrínseca). O estudo de Sheldon *et al.* (2004) revela que os motivos e os conteúdos contribuem para a variância do BES, tanto mais, que os indivíduos que apresentam um elevado BES são aqueles que prosseguem na consecução dos seus objectivos e motivos intrínsecos, enquanto que os que se orientam por motivos extrínsecos têm tendência para apresentarem níveis mais baixos de BES.

Outros estudos de Sheldon & Elliot (1999), baseados no modelo da auto-concordância, confirmam que há uma maior probabilidade de os indivíduos alcançarem as metas pessoais que sejam concordantes com os interesses, valores e necessidades do indivíduo, uma vez que nelas depositam maior esforço para a sua consecução, e subsequentemente, a sua concretização eleva o nível de BES. Por outro lado, quando as metas pessoais não representam os valores e interesses do indivíduo, não lhes dispensa tanto esforço reduzindo as hipóteses de concretização e não favorece a felicidade e a satisfação com a vida, pelo que a motivação.

Considerando que os dados sugerem que a competência, a autonomia, a intensidade e qualidade das relações humanas e a motivação, em especial, a motivação intrínseca assume um papel crucial no bem-estar subjectivo, na segunda parte deste texto apresentamos um estudo sobre a felicidade dos professores portugueses. Nesta investigação tentaremos testar as seguintes hipóteses:

1. Os professores dos 2º e 3º ciclos do ensino básico e do ensino secundário português manifestam razoáveis níveis de bem-estar subjectivo.
2. Os factores de saúde psicológica são preditores mais eficazes do bem-estar subjectivo do que os factores de metas pessoais.
3. Os factores de metas pessoais são melhores preditores do BES do que os factores sociodemográficos.
4. O factor motivação intrínseca tem um efeito significativo sobre o BES dos professores.

## 4. MÉTODO

### 4.1. Amostra

Consideramos uma amostra de 526 professores de ambos os sexos; 350 (66.5%) do sexo feminino e 176 (33.5%) do masculino, de diferentes áreas científicas, que exerciam a actividade docente em escolas, públicas ou privadas, distribuídos por duas grandes regiões; 231 (44%) do Algarve e

295 (56%) do Resto do País (55 do Norte, 66 do Centro, 70 de Lisboa, 56 do Alentejo, 26 dos Açores e 22 da Madeira), dos 2º e 3º ciclos do ensino básico e do ensino secundário, que leccionavam no ano lectivo de 2004/05; 261 (49,6%) em cursos gerais ou científico-humanísticos, 61 (11,6%) em cursos tecnológicos e 204 (38,8%) em cursos profissionais.

#### 4.2. Instrumentos e procedimento

*Bem-estar subjectivo.* Os dados foram recolhidos através da aplicação da *Escala de Afectividade Positiva e Negativa* (PANAS; Watson, Clark, & Tellegen, 1988; Simões, 1993) para medir a vertente afectiva do bem-estar subjectivo e da *Escala de Satisfação com a Vida* (SWLS; Diener *et al.*, 1985; Simões, 1992) para avaliar a componente cognitiva do BES. A análise dos resultados indicou um coeficiente de *alpha* de Cronbach de .87 na PA, de .84 na NA e de .83 na SWLS.

Schwarz & Strack (1999) sugere que o contexto no qual o bem-estar subjectivo é avaliado influencia as respostas, tanto mais que, de acordo com Robbins & Kliever (2000), os resultados obtidos num contexto permite que se coloque a questão se o BES é estável ou se é fortemente influenciado pelos eventos diários e pelos estados de humor do momento. Daí a nossa opção por fazermos associar os julgamentos das emoções ao contexto da relação pedagógica, através da utilização nas instruções da PANAS da seguinte referência temporal: “*durante as aulas da última semana*”. Refira-se, ainda, que a versão utilizada é constituída por 22 itens, onze para cada componente, uma vez que a inclusão de mais dois itens, em relação à versão original, tornou mais adequado o conteúdo da tradução, para além de Simões (1993) ter verificado que a sua inclusão melhorou os *alphas* e que os itens acrescentados revelaram boas correlações item/total.

*Metas pessoais.* Para a avaliação das metas pessoais do professor foram utilizadas quatro escalas do *Questionário para Avaliação da Motivação do Professor* (QAMP; Jesus, 1996): projecto profissional, motivação inicial para a profissão docente, empenhamento profissional e motivação intrínseca. O projecto profissional (PP) avalia em que medida os participantes desejam exercer a função docente durante toda a carreira profissional ou pretendem mudar de profissão. A motivação inicial (MI) avalia os factores que influenciaram a escolha da profissão docente. A escala de empenhamento profissional (EP) mede o grau de empenhamento, esforço e dedicação do professor relativamente à execução de tarefas inerentes à profissão. A motivação intrínseca (MI<sub>t</sub>) é avaliada, através do grau de acordo ou de desacordo com afirmações relacionadas com a realização, a satisfação, a auto-estima e o desenvolvimento pessoal dos professores em resultado do exercício profissional, logo, directamente associada aos contributos da pró-

pria profissão para a realização pessoal. A análise da consistência interna indica um coeficiente *alpha* de Cronbach de .82 no PP, de .73 na MI, de .85 no EP e de .84 na MI.

*Saúde Psicológica*. A *aceitação de si* ou *aceitação pessoal* (AP) e as *relações positivas com os outros* (RP) são duas das seis dimensões que constituem as *Scales of Psychological Well-Being* (SPWB; Ryff, 1989), traduzidas e validadas para a população portuguesa por Ferreira & Simões (1999) com a designação de *Escala de Bem-Estar Psicológico*. A análise dos resultados indicou um coeficiente de *alpha* de Cronbach de .85 na AP e de .82 na RP.

Ryff & Keyes (1995) define o significado dos escores em cada uma das dimensões. Resultados elevados na escala de aceitação de si significam que o indivíduo possui uma atitude positiva para consigo mesmo; reconhece e aceita os múltiplos aspectos do ego, inclusive, aquilo que sejam as suas qualidades e defeitos; e revela sentimentos positivos sobre o passado da sua vida. Valores baixos nesta dimensão significam que o indivíduo revela descontentamento com o seu ego; está desapontado com a vida passada e preocupação com algumas qualidades pessoais, deseja ser diferente daquilo que é. Resultados elevados na escala de relações positivas com os outros significa que o indivíduo é caloroso no contacto interpessoal, tem relações de confiança com os outros e preocupa-se com o bem-estar deles; é capaz de expressar forte empatia, afecto e intimidade quando estabelece relações interpessoais. Pelo contrário, resultados baixos nesta escala significam que o indivíduo estabelece poucas relações com os outros, é pouco caloroso e pouco aberto aos problemas dos outros; é isolado e frustrado nas relações interpessoais; e tem dificuldades em estabelecer compromissos que o vincule aos outros.

A bateria de instrumentos foi administrada aleatoriamente a professores de diversos níveis de ensino e de diferentes escolas, no ano de 2005, aos quais fora solicitado o preenchimento por resposta directa. Para o tratamento dos dados foi utilizado o programa estatístico SPSS 13.0 para *Windows*.

## 5. RESULTADOS

Na tabela 1, são apresentados a média e o desvio-padrão das variáveis contínuas consideradas. Da leitura da tabela, é de notar, em primeiro lugar, que se trata de uma amostra de sujeitos com uma média de idades de 36.75 anos e com uma experiência profissional média de 11.45 de docência. Em segundo lugar, tenha-se presente, que os resultados obtidos pelos participantes estão tendencialmente mais próximos do escore máximo, que era possível obter: 6 no projecto profissional, 25 na motivação inicial para

**Tabela 1** – Média, desvio-padrão e amplitude das variáveis em estudo (N=526).

	Idade	T. Serv.	PP	MI	EP	MIIt	AP	RP	PA	NA	SWLS
Média	36.75	11.45	4.79	21.10	62.66	22.43	66.93	67.47	37.81	17.16	18.64
DP	8.55	8.21	1.49	2.84	8.00	3.65	9.79	9.38	6.34	5.68	3.97
Amplitude	22 / 63	0 / 41	0 / 6	7 / 25	32 / 77	4 / 28	33 / 84	35 / 84	11 / 55	11 / 43	5 / 25

*Abreviaturas:* T. Serv. = tempo de serviço, PP = projecto profissional, MI = motivação inicial para a docência, EP = empenhamento profissional, MIIt = motivação intrínseca, AP = aceitação de si, RP = relações positivas com os outros, PA = afectividade positiva, NA = afectividade negativa e SWLS = satisfação com a vida.

a função docente, 77 no empenhamento profissional, 28 na motivação intrínseca, 84 na aceitação de si e nas relações positivas com os outros e 25 na satisfação com a vida. No que concerne à afectividade positiva (PA) e negativa (NA), os nossos sujeitos obtêm pontuações superiores na primeira comparativamente com a segunda, bem como as pontuações são, respectivamente, um pouco acima e ligeiramente abaixo do meio da escala dos valores possíveis (55 para cada uma das escalas).

Na tabela 2 apresentamos a matriz das intercorrelações das variáveis consideradas. Como se pode verificar, de um modo geral, as correlações vão no sentido esperado. De notar, em particular, que as variáveis PA e SWLS estão associadas de maneira positiva com todas as variáveis das metas pessoais e do funcionamento psicológico, enquanto que a variável NA está associada de maneira negativa com as mesmas variáveis. As correlações mais elevadas na escala de afectividade positiva surgem nas relações com a motivação intrínseca (.40), com o empenhamento profissional (.39) e com a motivação inicial para a docência (.32). A variável satisfação com a vida revela correlações mais elevadas com a aceitação de si (.59), com a motivação intrínseca (.30) e com as relações positivas com os outros (.30). A afectividade negativa apresenta relações mais elevadas, em sentido negativo, com a aceitação de si (-.34) e com as relações positivas com os outros (.28). Os dados sugerem, então, que a definição de metas pessoais, expressas através de projecto profissional, empenhamento e motivação, e nesta, em particular, a motivação intrínseca, assim como, o funcionamento psicológico positivo, contribuem para a manifestação de afectos positivos e para uma maior satisfação com a vida.

De notar, ainda, as associações significativas dentro de cada conjunto



**Tabela 2** Matriz das intercorrelações entre as variáveis.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Sexo	-	.10*	-.01	-.11**	-.08	-.08	-.07	-.01	-.03	.07	-.08	-.11*
Idade		-	.86**	.02	-.03	.01	-.08	-.10*	-.12**	-.09*	-.04	-.11*
T. Serv.			-	.09*	-.03	.01	-.09*	-.05	-.10*	-.10*	-.10*	-.05
PP				-	.36**	.18**	.48**	.21**	.12**	.23**	-.11*	.22**
MI					-	.38**	.39**	.24**	.22**	.32**	-.04	.25**
EP						-	.35**	.19**	.24**	.39**	-.13**	.14**
MIIt							-	.27**	.20**	.40**	-.12**	.30**
AP								-	.52**	.25**	-.34**	.59**
RP									-	.21**	-.28**	.30**
PA										-	-.10*	.26**
NA											-	-.23**
SWLS												-

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$

*Abreviaturas:* T. Serv. = tempo de serviço, PP = projecto profissional, MI = motivação inicial para a docência, EP = empenhamento profissional, MIIt = motivação intrínseca, AP = aceitação de si, RP = relações positivas com os outros, PA = afectividade positiva, NA = afectividade negativa e SWLS = satisfação com a vida.

de variáveis consideradas nas metas pessoais e na saúde psicológica. No que às metas diz respeito são de salientar, ainda, as relações positivas entre a motivação intrínseca com o projecto profissional (.48), com a motivação inicial para a docência (.39) e com o empenhamento profissional (.35). Por outro lado, como esperado, o projecto profissional está associado à motivação inicial (.36) e esta, por sua vez, estabelece uma forte relação com o empenhamento profissional (.38). Ao nível do funcionamento psicológico a aceitação de si está fortemente associada ao estabelecimento de relações positivas com os outros (.52).

Observa-se que a variável idade apresenta correlações negativas com as relações positivas com os outros, com a aceitação de si, com a afectividade positiva e com a satisfação com a vida. Os dados parecem indicar que quanto mais idade tiver o indivíduo menor é a sua aceitação daquilo que o caracteriza, mais dificuldades tem no relacionamento interpessoal, vivência com menor frequência emoções positivas e diminui a sua satisfação com a vida. Sublinhe-se, porém, que os valores das correlações são baixos

(próximas de .10). Como esperado, a experiência profissional apresenta correlações idênticas às observadas com a idade, à exceção das variáveis a aceitação de si e a satisfação com a vida, com as quais não apresenta relações significativas. Todavia, revela correlações negativas, mas igualmente baixas, com a afectividade negativa e com a motivação intrínseca, e positiva com o projecto profissional. Os dados sugerem que à medida que avança a experiência profissional aumenta a clarificação dos objectivos profissionais ligados à actividade docente, apesar de encontrarem menos razões intrínsecas às profissão que contribuam para a sua realização, e diminui a experiência de emoções negativas em contexto de aulas. Igualmente baixas, são as relações que se estabelecem com o sexo. No entanto, observamos correlações negativas entre o sexo com o projecto profissional e com a satisfação com a vida, sugerindo que as mulheres apresentam maior vocação para a docência e maior satisfação com a vida comparativamente aos sujeitos do sexo masculino.

No sentido de testarmos as nossas segunda a quarta hipóteses, elaborámos um modelo segundo o qual seriam as variáveis de saúde psicológica as que maior influência exerceriam no bem-estar subjectivo, seguido das variáveis das metas pessoais e, por último, as variáveis sociodemográficas. Submetemo-las a uma regressão múltipla hierárquica, em que fizemos entrar, num primeiro bloco, as variáveis aceitação de si e relacionamento positivo com os outros, num segundo bloco, as variáveis das metas pessoais (projecto profissional, motivação inicial para a docência, empenhamento profissional e motivação intrínseca) e, por último, as variáveis sociodemográficas (sexo, idade e tempo de serviço). A variável dependente, bem-estar subjectivo,

**Tabela 3** Síntese dos resultados da regressão hierárquica para a variável dependente zBES.

Modelo	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	F (Eqn)	Sig F	R <sup>2</sup> ch	F ch	Sig ch
1	.339	.337	134.304	.000	.339	134.304	.000
2	.423	.416	63.400	.000	.084	18.804	.000
3	.432	.422	43.612	.000	.009	2.753	.042

*Abreviaturas:* R<sup>2</sup> = Coeficiente de determinação; F(Eqn) = valor de F, correspondente a R<sup>2</sup> do bloco n; R<sup>2</sup>ch = valor do R<sup>2</sup> da mudança (change). Entraram no bloco 1 as variáveis: relações positivas com os outros (RP) e Aceitação de Si (AP); no bloco 2, as variáveis: projecto profissional (PP), motivação inicial para a profissão docente (MI), motivação intrínseca (Mit) e empenhamento profissional (EP); e no bloco 3, as variáveis sociodemográficas: sexo, idade e tempo de serviço. ZBES = bem-estar subjectivo (escores padronizados).

foi reduzida a uma medida compósita conforme procedimentos descritos anteriormente.

A tabela 3 sumaria os resultados da regressão hierárquica. Vê-se que as duas variáveis de saúde psicológica, o primeiro bloco, explicam a maior parte da variância no bem-estar subjectivo dos professores, mais precisamente 34%, e que as quatro variáveis das metas pessoais explicam pouco mais de 8% da variância, confirmando por conseguinte, a nossa segunda hipótese. Os três factores sociodemográficos considerados têm um efeito sobre o bem-estar subjectivo muito reduzido mas significativo, explicam apenas 1% da variância. O conjunto das três categorias de variáveis mostrou-se, portanto, responsável por 43% da variância na variável dependente (42,2% se tivermos em consideração os valores corrigidos, representados por  $R^2$  Ajustado).

Na tabela 4 são apresentados os respectivos coeficientes de regressão para cada uma das variáveis. A análise do poder preditivo das variáveis no bloco 1 revela que ambos os factores, por ordem decrescente, *aceitação de si* ( $\hat{\alpha}=.513$ ;  $t=12.316$ ;  $p<.000$ ) e *relações positivas com os outros* ( $\hat{\alpha}=.116$ ;  $t=2.783$ ;  $p=.006$ ) explicam a variância. Quando introduzimos o segundo bloco, o maior poder preditivo continua a estar atribuído à *aceitação de si* ( $\beta=.444$ ;  $t=11.059$ ;  $p<.000$ ) e as relações positivas com os outros deixa de exercer efeito preditivo. A segunda posição é, agora, ocupada pela *motivação intrínseca* ( $\beta=.186$ ;  $t=4.532$ ;  $p<.000$ ) seguindo do *empenhamento profissional* ( $\beta=.139$ ;  $t=3.707$ ;  $p<.000$ ). Os objectivos profissionais e a motivação inicial para a profissão docente não desempenham efeito preditivo sobre o BES.

Com a entrada de todas as variáveis na regressão (Bloco 3) mantêm-se as posições observadas no bloco anterior. Ou seja, a *aceitação de si* ( $\beta=.436$ ;  $t=10.865$ ;  $p<.000$ ), continuou a ocupar a posição cimeira como preditor, seguindo-se, por ordem decrescente, a *motivação intrínseca* ( $\beta=.194$ ;  $t=4.713$ ;  $p<.000$ ), o *empenhamento profissional* ( $\beta=.142$ ;  $t=3.808$ ;  $p<.000$ ), o *tempo de serviço* ( $\beta=.148$ ;  $t=2.202$ ;  $p=.028$ ), a *idade* ( $\beta=-.147$ ;  $t=-2.199$ ;  $p=.028$ ) com um poder preditivo equivalente mas em associação inversa e, por último, o *sexo* ( $\beta=.074$ ;  $t=2.155$ ;  $p=.032$ ). Por conseguinte, a nossa terceira hipótese é confirmada.

A aceitação de si revelou-se, desta forma, como o melhor preditor do bem-estar subjectivo, sendo as variáveis das metas pessoais; através da motivação intrínseca e do empenhamento profissional, igualmente importantes para a predição da felicidade. As variáveis sociodemográficas, apesar de ocuparem as últimas posições na função preditiva, não deixam de ter um papel significativo.

**Tabela 4** Coeficientes de regressão hierárquica para a variável dependente zBES

Modelo	Variáveis	B	$\beta$	t	Sig
1	<b>RP</b>	.025	.116	2.783	.006
	<b>AP</b>	.107	.513	12.316	.000
2	RP	.015	.069	1.747	.081
	AP	.093	.444	11.059	.000
	<b>PP</b>	.063	.046	1.178	.239
	<b>MI</b>	.022	.031	.787	.432
	<b>MIt</b>	.104	.186	4.532	.000
	<b>EP</b>	.035	.139	3.707	.000
3	RP	.015	.069	1.749	.081
	AP	.091	.436	10.865	.000
	PP	.055	.040	1.011	.313
	MI	.026	.036	.925	.355
	MIt	.109	.194	4.713	.000
	EP	.036	.142	3.808	.000
	<b>Sexo</b>	.319	.074	2.155	.032
	<b>Idade</b>	-.035	-.147	-2.199	.028
<b>Tempo de Serviço</b>	.037	.148	2.202	.028	

*Abreviaturas:* B = Coeficientes de regressão não estandardizados,  $\beta$  = Coeficientes de regressão estandardizados, PP = projecto profissional, MI = motivação inicial para a docência, EP = empenhamento profissional, MIIt = motivação intrínseca, AP = aceitação de si, RP = relações positivas com os outros, PA = afectividade positiva, NA = afectividade negativa, SWLS = satisfação com a vida e zBES = bem-estar subjectivo (escores padronizados).

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Da análise de dados efectuada, salienta-se o facto de todas as hipóteses consideradas terem sido confirmadas. À semelhança de outros estudos, os participantes da presente investigação revelam um nível positivo de bem-estar subjectivo, apresentando uma predominância da afectividade positiva sobre a afectividade negativa e mostram-se razoavelmente satisfeitos com a vida. Para além destes resultados sugerirem que os professores não apresentam níveis de bem-estar subjectivo distintos de outros sujeitos, nomeadamente, de outras áreas profissionais, também, vem corroborar as tendências mais recentes da investigação sobre o bem-estar, decorrentes da perspectiva positiva. Isto é, que o bem-estar subjectivo é um constructo específico distinto de outros conceitos, pelo que não deve ser entendido como mera ausência de mal-estar. Se assim não fosse, seria esperável que se tivesse verificado uma tendência para níveis de BES mais baixos que a média dos sujeitos, uma vez que diversos estudos dedicados à avaliação de disfunções psicológicas, assinalam a actividade docente como uma profissão de grande desgaste e um grupo profissional de risco, fortemente susceptível ao stress e a outras patologias. Os níveis de BES aqui registados, sugerem, à semelhança do que tem vindo a ser descrito na literatura, a independência e diferenciação dos conceitos de bem-estar subjectivo dos de mal-estar.

Os factores de funcionamento psicológico positivo, em especial, a variável de aceitação de si revelou-se o preditor mais eficaz do bem-estar subjectivo. Ao recordarmos que Ryff (1989), define-a como uma característica central na saúde mental, e também, uma característica de auto-actualização, de funcionamento óptimo e de maturidade, então, os resultados do nosso estudo sugerem que os factores internos ao sujeito de natureza psicológica, são condição central na expressão de felicidade. Estes dados confirmam a nossa segunda hipótese de que os factores psicológicos de funcionamento positivo são melhores preditores do que os factores das metas pessoais.

Relativamente a estas últimas, os resultados do nosso estudo apontam para que, em especial, a motivação intrínseca e o empenhamento profissional sejam preditores mais eficazes do bem-estar subjectivo dos professores, do que os factores sociodemográficos, nomeadamente, o sexo, a idade e a experiência profissional. A confirmação da nossa terceira hipótese, a da predominância das metas pessoais sobre as variáveis sociodemográficas na determinação do BES, leva-nos, ainda, a sublinhar dois aspectos. Primeiro, se recordarmos que a escala de motivação intrínseca avalia o contributo da própria profissão para a realização pessoal, a auto-estima, o desenvolvimento pessoal e a satisfação do professor então, podemos dizer que, os resultados sugerem que a realização pessoal e profissional dos professores contribui, de maneira muito significativa, para o seu bem-estar subjectivo. Segundo, considerando que o

empenhamento profissional mede o esforço e a dedicação despendida pelo professor na execução das tarefas inerentes à sua profissão, dentro e fora da sala de aula, então, os nossos resultados sugerem que quando as metas pessoais são congruentes com os interesses, necessidades e motivações dos professores, impulsiona um maior empenhamento profissional que, por sua vez, contribui para o bem-estar subjectivo dos professores.

No que respeita à influência das variáveis sociodemográficas consideradas (sexo, idade e tempo de serviço) sobre o BES, apesar de significativo, o seu peso é relativamente pequeno. Na verdade, já as correlações daquelas variáveis com os índices do BES não se traduziram em valores muito relevantes. Um facto curioso prende-se com a sentido preditivo da idade e do tempo de serviço. Ou seja, enquanto que a idade estabelece uma relação inversa, sugerindo uma diminuição dos níveis de BES à medida que os indivíduos avançam na idade, pelo contrário, a experiência profissional estabelece uma relação positiva, indicando um aumento dos níveis de BES à medida que o tempo de serviço também aumenta. No que se refere ao género, verifica-se que o nível de BES é beneficiado com o facto do professor ser do sexo masculino, no entanto com um peso preditivo relativamente fraco.

Os coeficientes de correlação observados entre as variáveis de bem-estar psicológico consideradas e as dimensões bem-estar subjectivo, bem como o valor preditivo das primeiras sobre as segundas, vão no sentido do que expusemos anteriormente, que apesar da proximidade que existe entre estes dois constructos, partilhamos a opinião dos defensores de que cada um deles tem um significado distinto.

Uma das limitações do estudo, reside no facto de termos seleccionado as nossas variáveis independentes, pelo que podemos ter excluído algumas que se mostrassem ser relevantes, por exemplo, o estado civil e traços de personalidade (e.g., extroversão e neuroticismo).

Sublinhe-se que os resultados do nosso estudo parecem confirmar o carácter bidireccional das relações entre o BES e as influências situacionais e da personalidade. Por um lado, confirmam o postulado da abordagem topo-base, de que a pessoa experimenta prazeres na vida porque é feliz, ou seja, que os indivíduos com maior inclinação para experimentar e interpretar os acontecimentos e a própria vida em geral de uma maneira positiva tendem a revelar índices mais elevados de bem-estar subjectivo, contudo, por outro lado, atribuem, ainda que com menor importância, uma função preditiva aos factores sociodemográficos, assim como, destacam o papel das experiências positivas vividas no contexto do trabalho na promoção do bem-estar subjectivo.

Em suma, somos felizes porque temos saúde psicológica, bem como saudáveis porque nutrimos felicidade.

## REFERÊNCIAS

- Abreu, M. V. & Jesus, S. N. (1993). Estudo da motivação dos professores para motivar os alunos segundo a teoria do comportamento planejado. *Psychologica*, 10, 29-37.
- Brunstein, J. C. (1993). Personal goals and subjective well-being: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(5), 1061-1070.
- Brunstein, J. C., Schultheiss, O. C., & Grässmann, R. (1988). Personal goals and emotional well-being: the moderating role of motive dispositions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(2), 494-508.
- Cantor, N. & Sanderson, C. A. (1999). Life task participation and well-being: The importance of taking part in daily life. In D. Kahneman, D. Diener & N. Schwarz, *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp.230-243). New York: Russell Sage Publications.
- Chan, R. & Joseph, S. (2000). Dimensions of personality, domains of aspiration, and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 28, 347-354.
- Cooper, H., Okamura, L., & Gurka, V. (1992). Social activity and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 13(5), 573-583.
- Costa, P. T. Jr., & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy. People. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678.
- Damásio, A. R. (1994). *O erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano*. Lisboa: Publicações Europa-América.
- DeNeve, K. M. & Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124(2), 197-229.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Diener, E. & Biswas-Diener, R. (2002). Will money increase subjective well-being? A literature review and guide to needed research. *Social Indicators Research*, 57, 119-169.
- Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (4), 653-663.
- Diener, E. & Emmons, R. A. (1995). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1105-1117.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E. & Lucas, R. E. (1999). Personality and subjective well-being. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: the foundations of Hedonic Psychology* (pp.213-229). New York: Russell Sage Foundation.
- Diener, E. & Oishi, S. (2000). Money and happiness: income and subjective well-being across nations. In E. Diener e E. M. Suh (Eds.), *Culture and subjective well-being* (pp. 185-218). Cambridge, MA: MIT Press.
- Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24, 25-41.
- Emmons, R. A. (1986). Personal strivings: An approach to personality and subjective well-being.

*Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1058-1068.

Ferreira, J. A. G. A. & Simões, A. (1999). Escalas de Bem-estar Psicológico (E. B. E. P). In M. R. Simões, M. M. Gonçalves e L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 111-121). Braga: APPORT/SHO.

Frijda, N. H. (1999). Emotions and hedonic experience. In D. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 190-211). New York: Russell Sage Foundation.

Headey, B. & Wearing, A. (1989). Personality, life events, and subjective well-being: toward a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(4), 731-739.

Higgins, E. T., Grant, H., & Shah, J. (1999). Self-regulation and quality of life: emotional and non-emotional life experiences. In D. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: the foundations of Hedonic Psychology* (pp. 244-266). New York: Russell Sage Foundation.

Inglehart, R. & Klingemann, H.-D. (2000). Genes, Culture, Democracy, and Happiness. In E. Diener & E. M. Suh (Eds.), *Culture and subjective well-being*. Cambridge, MA: MIT Press.

Jesus, S. N. (1996). *A motivação para a profissão docente*. Aveiro: Estante Editora.

Jesus, S. N. (2002). Do mal-estar ao bem-estar docente. *Psicologica*, 30, 217-227.

Jesus, S. N. & Lens, W. (2005). An integrated model for the study of teacher motivation. *Applied Psychology: An International Review*, 54(1), 119-134.

Kahneman, D. (1999). Objective Happiness. In D. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 3-25). New York: Russell Sage Foundation.

Lens, W. & Decruyenaere, M. (1991). Motivação e desmotivação no ensino secundário: as características dos alunos. *Psicologica*, 6, 13-31.

Lever, J. P. (2004). Poverty and subjective well-being in Mexico. *Social Indicators Research*, 68, 1-33.

Librán, E. C. (2006). Personality Dimensions and Subjective Well-Being. *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 38-44.

Lucas, R. E. & Gohm, C. L. (2000). Age and Sex differences in subjective well-being across cultures. In E. Diener & E. M. Suh (Eds.), *Culture and subjective well-being* (pp. 291-318). Cambridge, Massachusetts: MIT Press.

McCullough, G., Heubner, E. S., & Laughlin, J. (2000). Life events, self-concept, and adolescents' positive subjective well-being. *Psychology in the schools*, 37, 281-291.

Myers, D. G. (1999). Close relationships and quality of life. In D. Kahneman, D. Diener & N. Schwarz, *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 374-391). New York: Russell Sage Publications.

Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual well-being, and quality of life. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 224-237). New York: Wiley.

Pöhlman, K. (2001). Agency-and communion-orientation in life goals: impacts on goal pursuit strategies and psychological well-being. In P. Schmuck & K. M. Sheldon (Eds.), *Life goals and well-being: Towards a positive psychology of human striving* (pp.68-84). Seattle: Hogrefe and Huber Publishers.

Postic, M. (1984). *A relação pedagógica*. Coimbra: Coimbra Editora.

Reis, H. T., Sheldon, K. M., Gable, S. L., Roscoe, J., & Ryan, R. M. (2000). Daily well-being: The role of autonomy, competence, and relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(4), 419-435.

Robbins, S. B. & Kliever, W. L. (2000). Advances in theory and research on subjective well-being. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of Counseling Psychology* (3rd ed., pp. 310-345). New York: John Wiley & Sons.

Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.



- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Schwarz, N. & Strack, F. (1999). Reports of subjective well-being: Judgmental processes and their methodological implications. In D. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 61-84). New York: Russell Sage Foundations.
- Sêco, J. (1997). *Chamados pelo nome: da importância da afetividade na educação da adolescência*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Sheldon, K. L., Ryan, R. M., & Reis, H. T. (1996). What makes for a good day? Competence and autonomy in the day and in the person. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(12), 1270-1279.
- Sheldon, K. M. & Elliot, A. J. (1999). Goal striving, need satisfaction, and longitudinal well-being: The Self-Concordance Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(3), 482-497.
- Sheldon, K. M., Ryan, R. M., Deci, E. L., & Kasser, T. (2004). The independent effects of goals contents and motives on well-being: It's both what you pursue and why you pursue it. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(4), 475-486.
- Sheldon, K. M., Ryan, R. M., Rawsthorne, L. J., & Ilardi, B. (1997). Trait self and true self: Cross-role variation in the big-five Personality traits and its relations with psychological authenticity and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(6), 1380-1393.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Ano XXVI (n.º 3), 503-515.
- Simões, A. (1993). São os homens mais agressivos que as mulheres?. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Ano XXVII, n.º 3, 387-404.
- Simões, A., Ferreira, J. A. G. A., Lima, M. P., Pinheiro, M. d. R. M. M., Vieira, C. M. C., Matos, A. P. M., & Oliveira, A. L. (1999). Reflexões pedagógicas, em torno do bem-estar subjectivo: a importância da metas pessoais. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Ano XXXIII(N.º 2), 61-88.
- Simões, A., Ferreira, J. A. G. A., Lima, M. P., Pinheiro, M. d. R. M. M., Vieira, C. M. C., Matos, A. P. M. & Oliveira, A. L. (2000). O bem-estar subjectivo: estado actual dos conhecimentos. *Psicologia Educação e Cultura*, IV(2), 243-279.
- Simões, A., Ferreira, J. A. G. A., Lima, M. P., Pinheiro, M. d. R. M. M., Vieira, C. M. C., Matos, A. P. M. & Oliveira, A. L. (2003). O bem-estar subjectivo dos adultos: um estudo transversal. *Psicologica*, 37(1), 5-30.
- Wallis, C. (2005). The new science of happiness. *Time Mind & Body*, 65, 38-44.
- Warr, P. B. (1999). Well-being and workplace. In D. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 392-412). New York: Russell Sage Foundation.
- Warr, P. B. (1990). Decision job, job demands, and employee well-being. *Work and Stress*, 8, 84-97.
- Watson, D., Clark, L. A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measure of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Watson, D. & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.
- Watson, D., Wiese, D., Vaidya, J. & Tellegen, A. (1999). The two general activation systems of affect: structural findings, evolutionary considerations, and psychobiological evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(5), 820-838.

### BEM-ESTAR SUBJETIVO E BEM-ESTAR NO TRABALHO

MIRLENE MARIA MATIAS SIQUEIRA  
VALQUÍRIA APARECIDA ROSSI PADOVAM  
RAFAEL MARCUS CHIUZI  
*Universidade Metodista de São Paulo – Brasil*

Tradicionalmente, saúde tem sido concebida como a ausência de doenças, enfermidades ou moléstias (Bowling, 1997). Em decorrência, as avaliações do estado de saúde da população, de grupos ou de indivíduos tomaram como referência as enfermidades e as moléstias e procuraram identificar padrões saudáveis quando se observavam ausência desses estados maléficis. Uma concepção positiva de saúde, que não se apóie em doenças, ainda se encontra em construção.

Desde os anos 80 existem tentativas de conceber saúde sob um prisma positivo. Lamb, Brodie e Roberts (1988) sugeriram que saúde positiva poderia incluir habilidades para lidar com eventos estressores, para manter um sistema forte de suporte social e de integração com a comunidade, bem como elevados índices de moral, de satisfação com a vida, de bem-estar psicológico, condicionamento físico e saúde física.

Segundo Bowling (1997), as tentativas para definir saúde positiva fizeram afluir diversos conceitos, tais como saúde social, bem-estar social e qualidade de vida, postulados como facetas de uma visão multidimensional de saúde que se esquia da noção de doença. Corroborando com essa idéia, Ryff, Singer e Love (2004) argumentaram que conceber saúde sob um prisma positivo significava descobrir o sentido de florescer e, mais especificamente, identificar os substratos psicológicos presentes no processo de desenvolvimento humano. Segundo ainda esses autores, a hipótese central da saúde positiva consiste no pressuposto de que o estado de bem-estar contribui para o funcionamento adequado de sistemas biológicos múltiplos, os quais

permitem ao organismo não sucumbir diante de enfermidades e adversidades e, caso ocorram, auxiliará na recuperação.

Diante das idéias apresentadas, torna-se evidente que um dos conceitos que poderia representar saúde positiva seria o de bem-estar. O debate acerca de bem-estar tem levado pesquisadores a divergirem quanto às perspectivas em que se organizam os estudos sobre o tema dentro dos domínios da psicologia. A proposta apresentada por Waterman (1993), de se distinguir entre a concepção hedônica e a eudamônica de felicidade, trouxe novos horizontes para os pesquisadores vislumbrarem alternativas de sistematização do conhecimento na área. Seguindo essa trilha, Ryan e Deci (2001) propuseram uma organização para o campo de estudos psicológicos sobre bem-estar apontando duas perspectivas sob as quais, tradicionalmente, o tema tem sido estudado: uma abordagem foi denominada de hedônica, pois focaliza a felicidade e define bem-estar como busca do prazer e afastamento do sofrimento, e outra, nomeada pelos dois autores como eudamônica, a qual enfatiza o potencial humano e concebe bem-estar como a extensão em que uma pessoa consegue funcionar de forma completa. Na visão desses autores, a perspectiva hedônica de felicidade aproxima-se do conceito de bem-estar subjetivo proposto por Diener (1984), enquanto a perspectiva eudamônica reflete o conceito de bem-estar psicológico elaborado por Ryff (1989) e, posteriormente, revisado por Ryff e Keyes (1995).

Ao publicarem uma revisão sobre bem-estar e saúde no contexto de trabalho, Danna e Griffin (1999) reconheceram que a literatura é difusa em diferentes campos de conhecimento em que os dois temas são investigados. Na análise desses autores, tanto bem-estar quanto saúde no trabalho são temas discutidos sob perspectivas diversas, como emocional, psicológica, mental ou física, resultando em um largo leque não articulado de definições e significados atribuídos aos dois conceitos. A concepção de bem-estar defendida pelos autores contém duas vertentes: uma abrangendo satisfações/ insatisfações com aspectos da vida pessoal em suas dimensões social, familiar, de lazer e espiritualidade entre outras; a outra vertente engloba satisfações/insatisfações com aspectos do mundo do trabalho, tais como pagamento, oportunidade de promoção, colegas de trabalho, o próprio trabalho entre outros. Deve-se assinalar que as duas vertentes de bem-estar defendidas por Danna e Griffin, assentadas em satisfações/ insatisfações, refletem dois conceitos distintos que já estão instalados na literatura: satisfação geral com a vida e satisfação no trabalho. Cada um deles integra definições diferenciadas de bem-estar: enquanto satisfação geral com a vida constitui o componente cognitivo de bem-estar subjetivo (BES) ao lado de afetos positivos/negativos, seu componente emocional (Diener, Suh & Oishi, 1997), satisfação com o trabalho compõe o conceito multidimensional de bem-estar no trabalho (BET), ao lado de envolvimen-

to com o trabalho e comprometimento organizacional afetivo (Siqueira e Padovam, 2008).

Ao longo de décadas de investigação, os estudiosos que se interessaram pela temática saúde positiva no trabalho não dispunham de uma proposta teórica nem de perspectivas para estruturar as visões de bem-estar dos trabalhadores. As pesquisas nesse campo ora adotavam a visão hedônica de felicidade e concebiam bem-estar como afetos positivos/negativos – dando-se ênfase à dimensão emocional de BES – (Carlson, Charlin e Miller, 1988; Burke, Brief, George, Roberson & Webster, 1989; Agho, Price & Muller, 1992; Necowitz & Roznowski, 1994), ora concebiam bem-estar como um fenômeno que se assemelhava à concepção de saúde como ausência de doenças e analisavam as relações entre condições de trabalho e determinadas patologias dos trabalhadores, tais como *burnout* (Pereira, 2002; Tamayo & Tróccoli, 2002; Malasch, Shaufeli & Luter, 2001) e fadiga (Siqueira & Ottero, 2004). Enfaticamente, buscavam mapear os impactos que determinadas condições de trabalho tinham sobre doenças físicas e mentais dos trabalhadores (Keyes, Hysom & Lupo, 2000; Sparks, Faragher & Cooper, 2001; Possati & Dias, 2002).

O presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de investigar a interface bem-estar subjetivo (BES) e bem-estar no trabalho (BET), considerando-se que ambos representam dimensões da saúde positiva em dois domínios: enquanto BES cobre aspectos psicológicos positivos da vida pessoal, BET integra aspectos psicológicos positivos da vivência no contexto organizacional de trabalho. Evidências da capacidade preditiva de BES sobre BET serão descritas por meio de um estudo empírico.

### BEM-ESTAR SUBJETIVO

O interesse pela gênese da felicidade não é novo e registra-se que, no tempo de Aristóteles, já aconteciam discussões acerca desse tema, sinalizando que, desde o início da história intelectual, vêm ocorrendo debates sobre o que define uma experiência ótima e o que constitui uma boa vida (Ryan & Deci, 2001).

A noção de bem-estar subjetivo (BES), ou felicidade, vem intrigando vários pensadores no último milênio, mas somente na segunda metade do século XX tornou-se objeto de investigação científica. Bem-estar subjetivo refere-se a um campo de estudos no qual se observa a avaliação que as pessoas fazem de suas próprias vidas. A ênfase dessas pesquisas está na busca por fatores que diferenciam pessoas pouco felizes de pessoas moderadamente e/ou extremamente felizes (Diener et al., 1997).

Segundo Diener, Scollon e Lucas (2003), BES é um constructo multidimensional composto de quatro fatores descritos a seguir: a) avaliação global da vida: inclui satisfação com a vida, o sucesso, sensação de pre-

enchimento e significado da vida; b) satisfação em domínios específicos: inclui casamento, trabalho, saúde e lazer; c) afetos positivos: alegria, contentamento, amor entre outros; d) afetos negativos: tristeza, raiva, preocupação, estresse entre outros. Ainda segundo Diener et al. – (1997), três componentes primários – satisfação geral com a vida (ou com seus domínios específicos), afetos positivos e afetos negativos – formam um fator global de variáveis interrelacionadas, estruturando, assim, o conceito multidimensional de BES.

Consoante a natureza intrínseca e pessoal do construto, BES só pode ser mensurado a partir de relatos do respondente, respeitando-se a perspectiva individual do sujeito. Segundo Diener, Suh, Lucas & Smith (1999), o método mais usual para avaliar BES dá-se por meio de *surveys* com questionários de auto-aplicação, cujos respondentes julgam e relatam sua satisfação com a vida e as frequências com que já vivenciaram afetos positivos e negativos. Um nível elevado de BES pode ser observado quando o indivíduo revela alta satisfação com a vida (dimensão cognitiva de BES) e um balanço positivo entre afetos positivos e negativos (dimensão emocional de BES).

Para aferir a dimensão emocional de BES – afetos positivos e negativos – pode-se contar com um instrumento criado e validado por Watson, Clark e Tellegen (1988) denominado *Positive Affect and Negative Affect Schedule* (PANAS) medida composta de duas escalas com dez itens cada. Segundo os autores, as escalas PANAS mostraram-se consistentes internamente e estáveis. No Brasil, há a Escala de Ânimo Positivo e Negativo (EAPN), desenvolvida e validada por Siqueira, Martins e Moura (1999). A dimensão cognitiva de BES pode ser aferida no Brasil pela Escala de Satisfação Geral com a Vida (ESGV), (Siqueira, Gomide Jr. & Freire, 1996), constituindo-se em uma escala unidimensional com 31 frases cobrindo aspectos, como amigos, aparência física e nível de instrução. Outra medida brasileira, desenvolvida por Albuquerque e Tróccoli (2004), avalia três componentes de BES: satisfação com a vida, afetos positivos e afetos negativos. A medida, denominada Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES) contém 21 itens para avaliar afetos positivos, 26 para afetos negativos e 15 para aferir satisfação com a vida, os quais formaram três fatores oblíquos e juntos explicaram 44,1% da variância total do constructo BES.

Em três estudos com vistas a analisar a validade discriminante de medidas de bem-estar subjetivo e de outros conceitos que refletem bem-estar, tais como otimismo e auto-estima, Lucas, Diener e Suh (1996) apresentaram as seguintes evidências de validade discriminante entre as medidas avaliadas: de satisfação com a vida e afetos positivos e negativos; entre afetos positivos e negativos; entre satisfação com a vida, otimismo e autoestima e, finalmente, entre otimismo e afetos (positivos e negativos).

Há na literatura internacional, um volume considerável de estudos

relacionando BES a vários outros fatores, tais como personalidade (Emmons, 1986), idade (Horley & Lavery, 1995), diferenças de gênero (Fugita, Diener & Sandvik, 1991), divórcio (Kurdeck, 1991), cultura e identidade (Suh, 2002), comparação social (Diener & Fugita, 1997) e valência de eventos da vida (Seidlitz, Wyer & Diener, 1997).

Pesquisadores brasileiros também têm produzido conhecimento sobre BES ao relacioná-lo à qualidade de vida entre idosos (Freire e Rabelo, 2004), a otimismo entre universitários (Siqueira, Chiuzi, Padovam, Fonseca & Santos, 2006), à satisfação no trabalho (Tróccoli, Albuquerque, & Caetano, 2003) e a suportes ofertados no ambiente social e de trabalho (Siqueira & Padovam, 2004).

Os estudos sobre BES focalizam as avaliações que os indivíduos fazem sobre suas vidas (Diener et al., 2003). Nota-se que esse campo de pesquisas enfatiza a existência pessoal em sua totalidade e contribui para compreensão de estados positivos, que integram uma visão também positiva de saúde. Entretanto, o bem-estar no trabalho requer uma abordagem teórico-conceitual particular, especialmente porque, nesse contexto, os constructos que representam experiências prazerosas e os vínculos positivos que ali se estabelecem detêm literatura bastante desenvolvida a ser demonstrada a seguir.

### **BEM-ESTAR NO TRABALHO**

Siqueira e Padovam (2008) supõem que bem-estar no trabalho seja um constructo composto de três dimensões de cunho afetivo – satisfação no trabalho, envolvimento com o trabalho e comprometimento organizacional afetivo. Satisfação e envolvimento com o trabalho são vínculos afetivos do indivíduo em relação ao seu trabalho, enquanto comprometimento organizacional afetivo é um vínculo afetivo que o indivíduo estabelece com a organização para a qual trabalha.

Uma concepção de satisfação no trabalho largamente aceita por pesquisadores e que se tornou clássica na literatura foi oferecida por Locke (1976, p. 1300) como “...um estado emocional positivo ou de prazer resultante de um trabalho ou de experiências de trabalho”. Para Siqueira e Gomide Jr. (2004), satisfação no trabalho é um conceito de natureza afetiva com estrutura multidimensional, sendo composto de cinco dimensões: satisfação com os colegas, satisfação com a chefia, satisfação com o sistema de promoções, satisfação com o salário e satisfação com a natureza do trabalho. Nesse sentido, ter satisfação no trabalho significa manter estados emocionais positivos ou de prazer resultantes do convívio com as pessoas no ambiente laborativo (colegas e chefias), das oportunidades em que a empresa ofertou retornos vantajosos em forma de promoções e salários e, finalmente, das possibilidades de realizar atividades que vêm ao encontro das expectativas

profissionais dos trabalhadores.

Envolvimento com o trabalho, segunda dimensão de bem-estar no trabalho proposta por Siqueira e Padovam (2008), significa, na visão de Lodahl e Kejner (1965, p. 25), o "... grau em que o desempenho de uma pessoa no trabalho afeta sua auto-estima". Para Muchinsky (2004), envolvimento no trabalho é "...o grau de identificação psicológica da pessoa com seu trabalho e a importância do trabalho para a auto-imagem" (p. 305). As pessoas podem se sentir estimuladas e atraídas por seu trabalho. Um estado de envolvimento suscita um estado positivo e completo de engajamento do indivíduo para com seu trabalho (Brown, 1996).

A visão de que o trabalho executado é capaz de absorver e manter o trabalhador imerso na tarefa aproxima-se do processo de fluxo (*flow*) proposto por Csikszentmihalyi (1999, p. 21) e denominado como a "experiência subjetiva de pleno envolvimento com a vida", termo utilizado primeiramente para descrever as sensações provenientes de ações sem esforços. Ainda de acordo com o mesmo autor, uma boa vida deve possuir um padrão significativo, uma trajetória que proporcione ao indivíduo a possibilidade de desenvolvimento crescente de complexidades emocional, cognitiva e social.

Para que o fluxo possa ocorrer no trabalho é preciso que o trabalhador tenha um conjunto de metas claras, apresente respostas apropriadas, que seu trabalho lhe proporcione *feedback* interno, que ele mesmo conheça o resultado de sua atividade e desempenho e que possua habilidades para realizar tarefas no limite entre o domínio e o desafio. Outro importante fator a ser considerado e que contribui para que o trabalhador possa atingir o estado de fluxo é o domínio da função que realiza e estar satisfeito com a escolha profissional que fez. O domínio pleno da função é capaz de elevar seu nível de concentração, uma vez que ele não precisa se preocupar com os passos que deve obedecer para sua realização, pois já os conhece bem. A energia psíquica está toda voltada para a realização da tarefa, o que mantém o indivíduo completamente imerso e concentrado na sua prática (Csikszentmihalyi, 1999).

Alguns fatores são responsáveis por desencadear envolvimento com o trabalho – os chamados antecedentes. Siqueira e Gomide Jr. (2004) acreditam que os antecedentes pessoais também são responsáveis pelo envolvimento da pessoa com o trabalho. São eles: ênfase na virtude do trabalho, ou chamada de ética protestante; *locus* de controle interno, um atributo de pessoas capazes de traçar os rumos e metas de sua vida; elevada auto-estima e, finalmente, desejo de crescimento relacionado ao trabalho. Importante ressaltar que essas características sugerem um indivíduo com alto nível de maturidade e com suficiente conhecimento de si, do contexto social em que vive e de suas possibilidades e potencialidades. Acrescenta-se

a isso o nível de domínio que ele tem da tarefa (Csikszentmihalyi, 1999). Essas competências poderão nortear escolhas futuras, principalmente sobre o tipo de compromisso que manterá com a organização empregadora, que é o terceiro componente de bem-estar no trabalho, conforme proposição de Siqueira e Padovam (2008).

A palavra compromisso sugere o relacionamento de um indivíduo com outro ou com uma determinada entidade social. No âmbito organizacional, a palavra comprometimento pode ser usada referindo-se ao vínculo que o indivíduo mantém com a empresa em que trabalha.

O componente denominado comprometimento organizacional afetivo relaciona-se ao grau em que o trabalhador se sente emocionalmente ligado, identificado e envolvido com a organização. O indivíduo permanece na organização porque sente que quer permanecer e continuar trabalhando para ela (Allen & Meyer, 1996).

Para Mowday, Steers e Porter (1979) comprometimento organizacional afetivo implica uma forte relação entre um trabalhador e a organização. Essa relação, ainda segundo esses autores, pode ser caracterizada por três componentes: estar disposto a exercer um esforço considerável em benefício da organização, aceitação dos objetivos e valores da organização e desejo de permanecer como membro da organização.

Estudos mostraram que comprometimento organizacional afetivo se correlaciona à satisfação e ao envolvimento com o trabalho (Mathieu & Zajac; 1990; Siqueira, 2003), sinalizando que o pressuposto de Siqueira e Padovam (no prelo) de serem eles três dimensões de BET, um constructo de ordem mais elevada, possui evidências na literatura. Ademais, estudos que analisaram as relações entre as três dimensões de BET (Basilio, 2005; Chiuzi, 2006; Covacs, 2006; Meleiro & Siqueira, 2005; Padovam, 2005) revelaram que os vínculos positivos com o trabalho (satisfação e comprometimento) e o vínculo positivo com a organização (comprometimento organizacional afetivo) tiveram correlações positivas e significativas entre si.

## MÉTODOS

### *Participantes*

A amostra do estudo foi composta de 349 trabalhadores que atuavam em empresas situadas na Grande São Paulo, Brasil, com idade média de 27,18 anos (DP = 8,94), sendo 131 (37,6%) homens e 217 (62,4%) mulheres, a maioria solteira (68,2%) e cursando faculdade (59,6%).

### *Instrumentos e procedimentos*

Para a coleta de dados, aplicou-se um questionário contendo cinco escalas para aferir dimensões de bem-estar subjetivo e de bem-estar no trabalho, descritas a seguir.



**Medidas de bem-estar subjetivo:** para mensurar a dimensão emocional de BES, foi aplicada a Escala de Ânimo Positivo e Negativo (Siqueira et al., 1999), composta de 14 itens distribuídos em dois fatores – afetos positivos (seis itens,  $\alpha = 0,87$ ) e afetos negativos (oito itens,  $\alpha = 0,88$ ), respondida em uma escala de cinco pontos com âncoras variando de “nada” (1) a “extremamente” (5). A dimensão cognitiva de BES foi aferida pela Escala de Satisfação Geral com a Vida (Siqueira et al., 1996), composta de 31 itens ( $\alpha = 0,84$ ), com respostas dadas em uma escala de cinco pontos (1 = muito insatisfeito; 5 = muito satisfeito).

**Medidas de bem-estar no trabalho:** para cobrir as três dimensões do conceito de BET, propostas por Siqueira e Padovam (no prelo), três escalas foram aplicadas: Escala de Satisfação no Trabalho (Siqueira, 1995), com 15 itens, em sua forma reduzida, distribuídos em cinco fatores, com três itens em cada fator – satisfação com colegas de trabalho ( $\alpha = 0,81$ ), satisfação com o salário ( $\alpha = 0,90$ ), satisfação com a chefia ( $\alpha = 0,89$ ), satisfação com a natureza do trabalho ( $\alpha = 0,77$ ) e satisfação com promoções ( $\alpha = 0,81$ ), cujas respostas foram dadas em uma escala de sete pontos variando de “totalmente insatisfeito” (1) a “totalmente satisfeito” (7); Escala de Envolvimento com o Trabalho (Siqueira, 1995), composta de seis itens ( $\alpha = 0,78$ ), cujas respostas foram dadas em uma escala de sete pontos (1=discordo totalmente; 7= concordo totalmente); Escala de Comprometimento Organizacional Afetivo (Siqueira, 1995) em sua forma reduzida, com cinco itens ( $\alpha = 0,93$ ), com escala de respostas de cinco pontos variando de “nada” (1) a “extremamente” (5). Ao final do questionário foram levantados dados para caracterização da amostra (idade, sexo, estado civil e nível de escolaridade).

Os participantes do estudo completaram o questionário em dois ambientes: salas de aula, quando se tratava de trabalhadores universitários, ou em seus locais de trabalho. A folha de apresentação do questionário e as explicações verbais dadas pelos pesquisadores asseguravam que a participação era voluntária, que o estudo era de natureza estritamente acadêmica e sem nenhum vínculo com as empresas para as quais trabalhavam. Esses esclarecimentos, bem como o fato de serem os pesquisadores e não membros das empresas empregadoras que distribuíam e recolhiam os questionários, visavam a deixar os participantes mais tranquilos para dar suas respostas. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi impresso em folha separada do questionário da pesquisa e com instruções para ser preenchido e entregue antes de completar o questionário.

As análises dos dados foram realizadas utilizando-se o *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 14.0. Por meio de modelos de regressão múltipla pelo método *stepwise*, foi investigada a capacidade preditiva das

três dimensões de BES (afetos positivos, afetos negativos e satisfação geral com a vida) introduzidas nos modelos como variáveis independentes, sobre as três dimensões de BET (satisfação com o trabalho, envolvimento com o trabalho e comprometimento organizacional afetivo) posicionadas nos modelos como variáveis dependentes.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sete modelos de regressão linear múltipla, aplicando-se o método *stepwise*, demonstraram que as três dimensões de BES explicaram proporções significativas das três dimensões de BET (Tabela 1).

Nota-se que, nos sete modelos calculados, o componente emocional de BES, representado por afetos positivos, deteve índices ( $R^2$  parciais) superiores aos da variável satisfação geral com a vida em seis modelos, excluindo-se o modelo para satisfação com salário em que as explicações providas por satisfação com a vida superaram as de afetos positivos. Consoante tais resul-

Tabela 1 – Sete modelos de regressão linear múltipla (*stepwise*) sobre as dimensões de BET

Variáveis dependentes: dimensões de BET	Variáveis independentes: dimensões de BES	R <sup>2</sup> parciais	R <sup>2</sup> modelo	Betas padronizados
<b>Satisfação com o trabalho</b>				
• Tarefa	Afetos positivos	0,230**		0,300**
	Satisfação geral com a vida	0,065**	0,297**	0,267**
	Afetos negativos	0,008*		-0,114*
• Promoção	Afetos positivos	0,179**		0,216**
	Satisfação geral com a vida	0,042**	0,242**	0,200**
	Afetos negativos	0,027**		-0,208**
• Chefia	Afetos positivos	0,183**		0,278**
	Afetos negativos	-0,022**	0,211**	-0,166**
	Satisfação geral com a vida	0,012*		0,123*
• Salário	Satisfação geral com a vida	0,131**		0,257**
	Afetos positivos	0,052**	0,178**	0,250**
• Colegas	Afetos positivos	0,119**		0,270**
	Satisfação geral com a vida	0,027**	0,140**	0,179**
<b>Envolvimento com o trabalho</b>				
	Afetos positivos	0,092**		0,172**
	Satisfação geral com a vida	0,023**	0,125**	0,150**
	Afetos negativos	0,011*		-0,133*
<b>Comprometimento organizacional afetivo</b>				
	Afetos positivos	0,260**		0,438**
	Satisfação geral com a vida	0,024**	0,280 <sup>aa</sup>	0,172**

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

tados, as variáveis integrantes de BET seriam mais fortemente influenciadas por experiências emocionais que por satisfações com a vida. Os valores de explicação total dos modelos ( $R^2$  modelo) revelam que as dimensões de BES conseguem explicar os componentes de satisfação no trabalho em índices que variam de 29,7% a 14%, a explicar 12,5% da variância de envolvimento com o trabalho e 28% da variância de comprometimento organizacional afetivo. Afetos negativos foram retidos em somente quatro modelos, tendo participação em três deles inferior a afetos positivos e satisfação geral com a vida. Ressalta-se que afetos negativos produziram maiores índices de explicação como componente de BES apenas no modelo de satisfação com a chefia. Como os valores dos betas padronizados de afetos positivos e satisfação geral com a vida são todos positivos, pode-se reconhecer que experiências emocionais prazerosas e avaliação positiva da vida provocam, no ambiente organizacional, impactos positivos sobre o bem-estar no trabalho. Tais impactos parecem ser mais fortes sobre comprometimento organizacional afetivo, seguidos por aqueles que incidem sobre as cinco dimensões de satisfação no trabalho e, finalmente, sobre o envolvimento com o trabalho.

Entretanto, tais índices situam-se em escala inferior aos índices providos por outras variáveis em estudos que investigaram os antecedentes particulares de satisfação no trabalho, envolvimento com o trabalho e comprometimento organizacional afetivo. Por exemplo, Siqueira (2003), ao analisar um modelo para comportamentos de cidadania organizacional, verificou que três variáveis cognitivas presentes no contexto organizacional – percepção de suporte organizacional, comprometimento organizacional calculativo e percepções de reciprocidade organizacional – explicavam, em conjunto, 41,6% da variância de satisfação no trabalho, 34,2% de comprometimento organizacional afetivo e 24,9% de envolvimento com o trabalho, valores superiores aos providos por BES. Em outro estudo, em que Siqueira (2005) analisou as influências de um esquema mental de reciprocidade sobre afetividade no trabalho, os três componentes cognitivos do esquema – percepção de suporte organizacional, comprometimento organizacional normativo e comprometimento organizacional calculativo – conseguiram explicar 51,6% da variância de comprometimento afetivo e 45,8% da variância de satisfação no trabalho. Em outro estudo, em que os três conceitos – satisfação, envolvimento e comprometimento – já assumiam seus papéis de dimensões teóricas de BET e variáveis socioorganizacionais foram posicionadas como possíveis preditoras de BET, também se encontraram índices de predição superiores aos de BES obtidos nesse estudo. Meleiro e Siqueira (2005), por exemplo, verificaram por meio de modelos de regressão linear múltipla *stepwise* que percepção de suporte do supervisor e estilos de liderança explicavam, conjuntamente, 42,4%

da variância de comprometimento organizacional afetivo e entre 55,3% a 19,2% da variância das cinco dimensões de satisfação no trabalho.

### CONCLUSÃO

Os resultados apresentados nesse estudo evidenciam que BES tem capacidade de explicar a variância de BET, com maior incidência sobre o vínculo afetivo com a organização e menor sobre envolvimento com o trabalho.

O estudo também sugere que a satisfação com a vida impacta positivamente sobre o bem-estar no trabalho, mostrando que, nesse caso, há provável interface entre a vida pessoal e a profissional de cada pessoa. Não é possível, a partir dos dados colhidos, inferir que baixos índices de satisfação com a vida exerçam impactos relevantes sobre o BET.

Finalmente, o estudo demonstra que proporções significativas das três dimensões de BET podem ser explicadas pelas duas dimensões BES. Portanto, o bem-estar vivenciado no ambiente de trabalho depende parcialmente da possibilidade de experimentar um balanço emocional positivo, ou seja, de se ter vivenciado mais afetos positivos que negativos no percurso de vida, assim como ter satisfação geral com a vida.

As evidências aqui apresentadas sugerem que o bem-estar de trabalhadores, incluindo-se o BES e o BET, poderia ser dimensionado em duas grandes perspectivas interdependentes: a vida pessoal e a vida no trabalho. Assim, os estudos que procuram desvendar as dimensões de saúde positiva de trabalhadores poderiam incluir análises de fatores pessoais e do contexto organizacional de trabalho que exerceriam influências, tanto na dimensão pessoal quanto profissional do indivíduo.

### REFERÊNCIAS

- Agho, A. O., Price, J. L. & Muller, C. W. (1992). Discriminant validity of measures of job satisfaction, positive affectivity and negative affectivity. *Journal of Occupational Organizational Psychology*, 65: 185-196.
- Albuquerque, A. S. & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20: 153-164.
- Allen, N. J. & Meyer, J. P. (1996). Affective, continuance, and normative commitment to the organization: an examination of construct validity. *Journal of vocational behavior*, 49: 252-276.
- Basílio, M. A. (2005). *Relações entre programas organizacionais de promoção da saúde e bem-estar no trabalho*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo.
- Bowling, A. (1997). *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*. Buckingham: Open University Press.
- Brown, S.P. (1996). A meta-analysis and review of organizational research on job involvement. *Psychological Bulletin*, 120: 235-255.
- Burke, M. J., Brief, A. P., George, J. M., Roberson, L. & Webster, M. J. (1989). Measuring affect at work: confirmatory analyses of competing mood structures with conceptual linkage to cortical regulatory systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57: 1091-1102.

- Carlson, M., Charlin, V. & Miller, N. (1988). Positive mood and helping behavior: A test of six hypotheses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55: 211-229.
- Chiuzi, R. M. (2006). *As dimensões da organização positiva e seus impactos sobre o bem-estar dos trabalhadores*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo.
- Covacs, J. M. L. M. (2006). *Bem-estar no trabalho: o impacto dos valores organizacionais, percepção de suporte organizacional e percepção de justiça*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo.
- Csikszentmihalyi, M. (1999). *A descoberta do fluxo: a psicologia do envolvimento com a vida cotidiana*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Danna, K. & Griffin, R. W. (1999). Healthy and well being in the workplace: A review and synthesis of the literature. *Journal of Management*, may-june, 1999, disponível no site [www.findarticles.com](http://www.findarticles.com).
- Diener, E. & Fujita, F. (1997). Social comparisons and subjective well-being. In: B. Buunk & R. Gibbons (Eds.). *Health, Coping, and Social Comparison* (pp. 329-357). Mahwah: Erlbaum
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95: 542-575.
- Diener, E., Scollon, C. N. & Lucas, R. E. (2003). The evolving concept of subjective well-being: the multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, 15: 187-219.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R.E. & Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2): 276-302.
- Diener, E.; Suh, E. & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being *Indian Journal of Clinical Psychology*, Emmons, R.A. (1986). Personal strivings: an approach to personality and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51: 1058-1068.
- Freire, S. A. & Rabelo, D. F. (2004). Qualidade de vida e bem-estar subjetivo: um estudo em asilos. In J. L. Pais & I. Leal (eds.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: A Psicologia da Saúde num Mundo em Mudança* (pp. 397-403). Lisboa: ISPA Edições.
- Fujita, F., Diener, E. & Sandvik, E. (1991). Gender differences in negative affect and well-being: The case for emotional intensity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61: 427-434.
- Horley, J. & Lavery, J.J. (1995). Subjective well-being and age. *Social Indicators Research*, 34: 275-282.
- Keyes, C. L. M., Hyson, S. J. & Lupo, K. L. (2000). The positive organization: Leadership legitimacy, employee well-being, and the bottom line. *The Psychologist-Manager Journal*, 2: 143-153.
- Kurdek, L. A. (1991). The relations between reported well-being and divorce history, availability of a proximate adult, and gender. *Journal of Marriage and Family Relations*, 53: 71-78.
- Lamb, K. L., Brodie, D. A. & Roberts, K. (1988). Physical fitness and health-related fitness as indicators of a positive health state. *Health Promotion*, 3: 171-182.
- Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In: M. P. Dunnette (Org.), *Handbook of I/O Psychology*, (1ª ed., pp. 1294-1349), Chicago: Rand-McNally.
- Lodahl, T. M. & Kejner, M. (1965). The definition and measurement of job involvement. *Journal of Applied Psychology*, 49: 23-33.
- Lucas, R. E., Diener, E. & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71: 616-628.
- Malasch, C., Shaufeli, W. B. & Luter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, Annual 2001, disponível no site [www.findarticles.com](http://www.findarticles.com).
- Mathieu, J. E. & Zajac, D. M. (1990). A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organizational commitment. *Psychological Bulletin*, 108: 171-194.
- Meleiro, A. & Siqueira, M. M. M. (2005). Os impactos do suporte do supervisor e de estilos de liderança sobre bem-estar no trabalho. *Revista de Práticas Administrativas*, 2: 89-102.
- Mowday, R. T., Steers, R. M. & Porter, L. W. (1979). The measurement of organizational commitment.

## BEM-ESTAR SUBJETIVO E BEM-ESTAR NO TRABALHO

*Journal of Vocational Behavior*, 14: 224-247.

Muchinsky, P. M. (2004). *Psicologia organizacional*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Necowitz, L. B. & Roznowski, M. (1994). Negative affectivity and job satisfaction: cognitive processes underlying the relationship and effects on employee behaviors. *Journal of Vocational Behavior*, 45: 270-294.

Padovam, V. A. R. (2005) *Antecedentes de bem-estar no trabalho: percepções de justiça e de suportes*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo.

Pereira, A.M.T. (org.) (2002). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Possatti, I. C. & Dias, M. R. (2002). Multiplicidade de papéis da mulher e seus efeitos para o bem-estar psicológico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(2): 293-301.

Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudamonic well-being, *Annual Review of Psychology*; 52: 141-166.

Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69: 719-727.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57: 1069-1081.

Ryff, C. D., Singer, B.H. & Love, G. D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Phil. Trans. R. Soc. Land. B.*, 359: 1383-1394.

Seidnitz, L., Wyer, R. S. & Diener, E. (1997). Cognitive correlates of subjective well-being: The processing of valenced life events by happy and unhappy persons. *Journal of Research in Personality*, 55: 5-14.

Siqueira, M. M. M. & Ottero, J. C. (2004). Relações entre sintomas de fadiga e desempenho profissional: um estudo com profissionais de enfermagem [Resumo]. In: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde (org.), *5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Resumos* (p. 104). Lisboa: Autor.

Siqueira, M. M. M., Chiuzi, R. M., Padovam, V. A. R., Fonseca, F. L. S. & Santos, F. D. G. (2006). Bem-estar subjetivo e otimismo entre universitários. In: *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 37-41). Lisboa: ISPA Edições.

Siqueira, M. M. M.; Gomide Jr, S. & Freire, S. A. (1996). Construção e Validação de uma Escala de Otimismo (EOT). Relatório Técnico, Universidade Federal de Uberlândia.

Siqueira, M. M. M.; Martins, M. C. F. & Moura, O. I. (1999) Construção e validação fatorial da EAPN: Escala de Ânimo Positivo e Negativo. *Revista da Sociedade de Psicologia do Triângulo Mineiro*, 2(3): 34-40.

Siqueira, M. M. M. & Padovam, V. A. R. (2008) Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.24, 2, 201-209.

Siqueira, M. M. M. & Gomide Jr, S. (2004). Vínculos do indivíduo com o trabalho e com a organização. In: J. C. Zanelli, J. E. Borges-Andrade & A. V. B. Bastos (orgs.). *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil* (pp. 300-328). Porto Alegre: Artmed.

Siqueira, M. M. M. & Padovam, V. A. R. (2004). Influências de percepção de suporte no trabalho e de satisfação com o suporte social sobre bem-estar subjetivo de trabalhadores. In: J. L. Pais & I. Leal (eds.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: a psicologia da saúde num mundo em mudança* (pp.659-664). Lisboa: ISPA Edições.

Siqueira, M. M. M. (1995). *Antecedentes de comportamentos de cidadania organizacional: análise de um modelo pós-cognitivo*. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Brasília – DF

Siqueira, M. M. M. (2003). Proposição e análise de um modelo para comportamentos de cidadania organizacional. *Revista de Administração Contemporânea*, 7(especial), 165-185.

Sparks, K., Fargher, B. & Cooper, C. L. (2001). Well-being and occupational health in the 21<sup>st</sup> century workplace. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 74: 489-509.

- Suh, E. M. (2002). Culture, identity, consistency and subjective wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83: 1378-1391.
- Tamayo, M. R. & Tróccoli, B. T. (2002). Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de *coping* no trabalho. *Revista Estudos de Psicologia*, 7 (1): 37-42.
- Tróccoli, B. T., Albuquerque, A. S. & Caetano, P. F. (2003). Um estudo correlacional entre bem-estar subjetivo e satisfação no trabalho [Resumo]. In: Sociedade Brasileira de Psicologia (org.), XXXIII *Reunião Anual de Psicologia, Resumos* (p. 260). Ribeirão Preto: Autor.
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4): 678-691.
- Watson, D., Clark, E. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54: 1063-1070.

## CAPÍTULO 17

# ASSERTIVIDADE E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL NOS ENFERMEIROS: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

HUGO JOÃO FERNANDES AMARO

SAUL NEVES DE JESUS

*Universidade do Algarve – Portugal*

Investigações recentes no campo da enfermagem demonstram a existência de um mal-estar no seio da profissão no que respeita aos relacionamentos interpessoais. Este trabalho, tomando em conta essas investigações, possui como principal objectivo compreender a influência da adopção de comportamentos comunicacionais assertivos pelos profissionais de enfermagem sobre a sua satisfação profissional.

Foi elaborado um estudo exploratório e descritivo baseado numa metodologia do tipo quantitativa, em que se procedeu à validação de um instrumento de colheita de dados que pretende avaliar a frequência com que os profissionais de enfermagem adoptam comportamentos assertivos quer com os utentes, quer com a equipa multidisciplinar.

A amostra do estudo é constituída por 239 enfermeiros que desempenham funções em unidades de saúde públicas do Algarve. Foi utilizada a técnica de amostragem por *clusters*, seguida da aplicação da técnica de amostragem aleatória como método de amostragem.

Através da revisão bibliográfica efectuada e com base nos estudos anteriores existentes, foi definido um quadro conceptual que serviu de suporte teórico ao nosso estudo. Este quadro conceptual permitiu estabelecer as relações hipotéticas existentes entre os diferentes conceitos em estudo e definir as hipóteses de estudo.

Os resultados encontrados relacionam positivamente a adopção de comportamentos assertivos com a realização pessoal dos enfermeiros. A escolha do serviço relaciona-se positivamente com a satisfação profissional.



Por último, os enfermeiros que desempenham a sua actividade profissional por turnos apresentam níveis de despersonalização mais elevados.

## 1. INTRODUÇÃO

A profissão de enfermagem tem vindo a sofrer profundas alterações quer no seu modelo estrutural quer no seu domínio técnico científico. Tratando-se de uma profissão cada vez mais exigente, os seus profissionais necessitam de integrar competências e conhecimentos que lhes permitam dar resposta às novas exigências com que se deparam no seu quotidiano profissional.

A enfermagem enquadra-se no paradigma humanista e tem vindo progressivamente a desvalorizar o modelo biomédico, extremamente rotineiro e reducionista, face a um modelo emergente que pretende ser holístico e integrador dos cuidados de saúde em geral e dos de enfermagem em particular, em que o cuidar se assume como o principal fundamento do profissional de enfermagem. Nesta conjuntura, a pessoa humana deixa de ser objecto *dos* cuidados e passa a ser objecto *de* cuidados (Collière, 1999), cuidados estes que nada representam ou significam, se não for valorizado o contexto psicossocial do indivíduo.

A nova concepção do *cuidar* em enfermagem, coloca o ser Humano no centro dos cuidados e privilegia as relações interpessoais que se estabelecem entre a enfermeira e o utente. Cuidar passa a ser o cerne, o núcleo central da profissão de enfermagem, sendo fundamental para o sucesso do mesmo a existência de uma relação interpessoal eficaz para que o processo de cuidar seja efectivo (Watson, 2002; Bento, 1997).

A profissão de enfermagem vive, de facto, das relações que estabelece com o seu objecto de trabalho (o ser humano) de forma a poder prestar os cuidados necessários. Contudo, os profissionais de enfermagem, enquanto membros de uma equipa multidisciplinar, relacionam-se não só com o utente mas também com os técnicos de saúde membros dessa mesma equipa multidisciplinar. Consequentemente, o quotidiano dos enfermeiros depende da capacidade que estes profissionais possuem para estabelecerem relações interpessoais eficazes com os utentes, com a equipa de enfermagem e com os membros da equipa multidisciplinar.

Surge assim o interesse em compreender de que forma é que os profissionais de saúde, e no caso particular os enfermeiros, estabelecem as suas relações interpessoais no seu quotidiano profissional, pois as investigações realizadas (Queirós, 2003; Jesus, 2001) revelam a existência de um mal-estar no seio da profissão de enfermagem, no que concerne aos relacionamentos interpessoais que estabelecem.

Falamos dos tipos de comportamentos comunicacionais adoptados pelos enfermeiros nas suas relações interpessoais e da possível relação existente entre os mesmos e a sua satisfação profissional como indicam alguns quadros conceptuais existentes.

As investigações realizadas com enfermeiros são reduzidas, sobretudo no nosso país onde os comportamentos comunicacionais assertivos só agora começam a despertar o interesse dos investigadores. Contudo nos Estados Unidos e Inglaterra, países onde esta temática se encontra significativamente mais desenvolvida, os estudos desenvolvidos e os quadros conceptuais existentes revelam a existência de uma correlação positiva entre a adopção de comportamentos assertivos e a satisfação profissional dos enfermeiros.

Compreender se os profissionais de enfermagem adoptam comportamentos comunicacionais assertivos no seu quotidiano profissional quer com os utentes, quer com os restantes membros da equipa multidisciplinar e a relação existente entre a adopção desses comportamentos assertivos e a sua satisfação profissional constitui o objectivo principal do nosso estudo. Assim, pretende este estudo ajudar a compreender o fenómeno da satisfação profissional nos enfermeiros, assim como a influência de alguns aspectos determinantes na mesma, falamos da categoria profissional, tempo de serviço, horário de trabalho, adopção de comportamentos assertivos e *burnout*, entre outros aspectos, pretendendo fornecer algumas linhas orientadoras, no sentido de minimizar o mal-estar existente na profissão em relação aos relacionamentos interpessoais.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1. *Relações interpessoais em enfermagem*

Sendo a profissão de enfermagem uma profissão humanista, possui de forma inerente uma visível componente de relacionamento interpessoal. O relacionamento que se estabelece entre o enfermeiro e o utente é descrito como sendo uma relação interpessoal, relação terapêutica ou relação de ajuda (Kozier *et al.*, 1995; Lazure, 1994).

Grande parte do tempo do profissional de enfermagem, é ocupado com diferentes formas de interacção social, fazendo com que as competências pessoais nesta área, sejam particularmente importantes para o sucesso do processo cuidativo em si, pois todo o processo de cuidar inclui um grau variável de interacção.

Das escolas teóricas e dos modelos conceptuais desenvolvidos inerentes à profissão de enfermagem, salientamos a escola da Interacção,

que consiste numa corrente teórica que assume como pressuposto básico a interacção existente entre o profissional de enfermagem e a pessoa que é objecto de cuidados. Seguindo as concepções teóricas que caracterizam esta escola, salientam-se os modelos desenvolvidos por Hildegard Peplau (1952), Ida Orlando (1962) e Imogene King (1968). Dentro dos modelos teóricos referidos, a Teoria Psicodinâmica de Hildegard Peplau é aquela que melhor se enquadra nos pressupostos do nosso estudo.

Nesta perspectiva, a enfermagem é entendida como uma ciência humana, em que para poder prestar cuidados o enfermeiro tem inevitavelmente que estabelecer relações interpessoais. Este tipo de pressuposto exige que o enfermeiro seja capaz de compreender e moldar a sua própria conduta, de forma a poder ajudar os outros a identificar as suas necessidades, aplicando princípios das relações humanas na resolução dos problemas (Bento, 1997; Peplau, 1990).

O modelo conceptual proposto por Peplau consiste num processo terapêutico interpessoal, que se desenvolve de forma cooperativa, sendo para isso necessário que exista um contacto permanente com outros seres humanos. A enfermagem adopta uma vertente educativa e terapêutica, que pretende incentivar o desenvolvimento da personalidade, para o culminar de uma vida criativa, construtiva, pessoal e comunitária. Entre enfermeiro e paciente, estabelece-se uma relação que, segundo Peplau (1990), inclui quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução.

A teoria psicodinâmica desenvolvida por Peplau representa uma abordagem conceptual extremamente pertinente para a prestação de cuidados de enfermagem. Encontra-se inerente ao modelo psicodinâmico o estabelecer de um relacionamento interpessoal eficaz entre a pessoa que cuida e a pessoa que é cuidada. Da capacidade do profissional de enfermagem em estabelecer este tipo de relação depende directamente todo o processo de produção de cuidados. Todavia, para que o processo interpessoal se possa estabelecer e desenvolver, é importante que ambos os intervenientes deste processo e em especial o enfermeiro enquanto profissional de saúde, se consciencialize da importância que a comunicação assume para o cuidar em enfermagem. A comunicação é um elemento indispensável, é o veículo através do qual se estabelece e desenvolve o relacionamento humano. Assim sendo “a comunicação é o instrumento básico da interacção humana, que permite ao enfermeiro o contacto próximo com o utente” (Ferreira, 2001, 9), sem o qual todo o processo de relacionamento interpessoal não teria lugar.

## **2.2. Assertividade**

A palavra assertividade tem a sua origem no verbo “*asserere*”, que advém de uma corrente linguística de origem latina e que significa lite-

ralmente “chamar a si, reivindicar, reclamar, afirmar, dizer a verdade e defender”. A descrição e caracterização de comportamentos assertivos deve-se ao investigador Andrew Salter, que em 1949 utilizou o termo “expressividade” para caracterizar um tipo de comportamento que pretendia estimular uma interação entre indivíduos. Todavia, o primeiro registo histórico feito à palavra assertividade deve-se a Wolpe em 1958 (Azevedo, 1996; Almeida, 1992).

Podemos considerar a comunicação assertiva como a capacidade do indivíduo em expressar de forma sincera, através de palavras e gestos, as suas opiniões, sentimentos e convicções, respeitando simultaneamente os direitos dos outros. Significa dizer não quando realmente se pretende dizer não ou dizer sim quando realmente se pretende dizer sim, sem transportar sentimentos de culpa, permitindo aumentar a auto-estima e a satisfação pessoal e profissional (Riley, 2004; Leebov, 2003; Lloyd, 1993; Smith, 1992; Angel & Petronko, 1983).

Desde que Mandrino introduziu o conceito de assertividade na profissão de enfermagem em 1976, que este tipo de comportamento comunicacional tem vindo a assumir uma crescente importância no seio da profissão. A introdução de comportamentos assertivos na enfermagem deve-se a uma conjuntura social ocorrida nos anos 70 em que os profissionais de enfermagem (na sua esmagadora maioria constituída pela sexo feminino), considerando a sua actividade como uma profissão digna e legítima, reivindicaram uma recompensa salarial pelos serviços prestados, assim como o direito a regalias sociais (segurança social e sistema de saúde) e estabilidade profissional (Riley, 2004; Smith, 1992).

Os enfermeiros assertivos tomam decisões reflectidas e ponderadas, privilegiando os factos em detrimento das opiniões pessoais e suposições. Possuem o discernimento necessário para reconhecerem os seus próprios limites não assumindo responsabilidades ou compromissos profissionais que sabem não ser capazes de satisfazer, razão pela qual não colocam em causa a segurança e o bem-estar dos utentes. Consciencializam-se da necessidade de atingir determinados objectivos pessoais e colectivos, orientando toda a sua prática profissional para o cumprimento dos mesmos, contribuindo com ideias e opiniões, delineando estratégias (adoptam uma atitude activa e colaboradora) ao invés de se limitarem somente a seguir um caminho previamente delineado por outros (atitude meramente passiva). Possuem ainda a capacidade de gerir e organizar o seu tempo, o que lhes permite não só atingir os seus objectivos em tempo útil, mas também fazê-lo de forma tranquila, sem se sentirem emocionalmente esgotados (Riley, 2004; Clark, 2003; Smith, 1992; Angel & Petronko, 1983).

O comportamento comunicacional assertivo, é frequentemente desig-

nado por auto-afirmativo, na medida em que os indivíduos que adoptam este tipo de comportamento, possuem o discernimento necessário para poderem expressar as suas opiniões e sentimentos de forma livre e honesta, respeitando e promovendo simultaneamente a expressão dos direitos, sentimentos e valores dos outros.

O comportamento comunicacional assertivo possui como principais objectivos defender os interesses pessoais sem infringir os direitos dos outros e reduzir a ansiedade existente em contexto de comunicação interpessoal que frequentemente nos impede de adoptar uma atitude comunicacional assertiva, centralizando-nos por um lado numa atitude passiva em que os nossos direitos são negados, e, por outro, numa atitude agressiva em que são desrespeitados os direitos dos outros.

A assertividade promove as relações interpessoais, pois ao respeitar os direitos dos outros, faz com que se reduzam tensões e se promova a harmonia pessoal e profissional. O indivíduo assertivo é aquele que é autêntico, sendo para isso necessário que possua a capacidade de não fazer juízos de valor e que mantenha a coerência entre a sua comunicação verbal e não verbal.

A comunicação predominante assertiva, representa uma atitude comportamental que pretende valorizar não só os direitos dos indivíduos que a utilizam, como também os direitos dos outros indivíduos, através de um conjunto de comportamentos característicos, que facilitam e promovem as relações interpessoais. A adopção de comportamentos assertivos, implica que o indivíduo se disponha para ser assertivo, procurando inicialmente conhecer e posteriormente colocar em prática os conhecimentos adquiridos relativamente a comportamentos comunicacionais assertivos. No que concerne aos profissionais de enfermagem em particular, este tipo de comportamentos representam uma mais valia, na medida em que por necessitarem inevitavelmente de se relacionarem quer com os utentes quer com os outros membros da equipa multidisciplinar, o facto de dominarem técnicas de comunicação assertiva, possibilitam a melhoria das relações interpessoais que estabelecem no seu quotidiano profissional.

### ***2.3. Satisfação profissional***

As investigações que possuem por base o conceito de satisfação profissional têm-se multiplicado nos últimos anos nas mais diferentes áreas do saber. Para Seco, o crescimento exponencial das investigações relativas à satisfação deve-se sobretudo ao facto da satisfação poder ser “perspectivada como um fim em si própria, já que o bem-estar, em todas as esferas, é o objectivo primeiro da vida” (2000, p. 66). Assim, ao procurar a sua satisfação profissional, o indivíduo influencia outras áreas da sua vida pessoal,

desenvolvendo atitudes e sentimentos positivos que lhe permitem adoptar um estilo de vida de acordo com os seus objectivos pessoais promovendo o seu bem-estar psicológico.

Por outro lado, interessa estudar a satisfação profissional dos indivíduos, pois, como vimos anteriormente, apesar deste conceito se repercutir de forma significativa na vida dos indivíduos, a satisfação profissional influencia de igual forma, embora indirectamente, a sociedade e mais concretamente as diferentes organizações sociais e industriais. O estudo da satisfação profissional começou a assumir relevância no momento em que o modelo taylorista da organização do trabalho foi posto em causa, face à teoria Humanista de Elton Mayo (1930). Assim sendo, interessa compreender os diferentes fenómenos inerentes ao conceito de satisfação profissional, na medida em que as diferentes linhas investigativas têm estabelecido uma correlação entre este conceito e o absentismo, o stress profissional, o *burnout* e o *turnover* (abandono da profissão) (Santos, 2001; Seco, 2000; Chiavenato, 1997; 1987).

A teoria da Administração Científica de Taylor enquadra-se na escola físico-económica e teve lugar no início do século XX. Caracteriza-se sobretudo pela divisão do trabalho, atribuindo elevado significado ao tempo e método de trabalho utilizado nas diferentes instituições com o objectivo de maximizar a produção reduzindo ao mínimo as despesas ou encargos. De acordo com Taylor, era fundamental que se procedesse à implementação de determinadas medidas, no sentido de atingir os objectivos propostos, tais como, incentivar os trabalhadores com benefícios financeiros, pois o autor considerava que a satisfação profissional era directamente proporcional à remuneração que o trabalhador usufruía.

A principal crítica feita à escola físico-económica e à teoria de Taylor como sua principal representante, consiste no facto desta escola menosprezar a vertente humana existente em contexto de trabalho, partindo do princípio que esta vertente não influencia a satisfação profissional dos trabalhadores. Perante esta conjuntura, a insatisfação dos trabalhadores aumentou exponencialmente, na medida em que se verificou existir um grande número de trabalhadores não qualificados a desempenharem tarefas altamente especializadas. Este fenómeno social, fez com que a corrente investigativa relativa à satisfação profissional procura-se compreender cada vez mais os fenómenos relacionais existentes em contexto de trabalho, colocando o trabalhador no centro da investigação, em detrimento de uma escola que privilegiava a máquina. Surge assim a escola das relações humanas (Marquis & Huston, 1999; Francés, 1982).

A escola das relações humanas interessou-se pelos fenómenos interpes-

soais que ocorrem no meio profissional, fazendo com que emergissem teorias mais humanistas que ao procurarem explicar a satisfação do trabalhador valorizavam simultaneamente a sua individualidade e personalidade.

Elton Mayo é o principal representante da escola das relações humanas. Ciente da crescente insatisfação dos trabalhadores face a métodos de trabalho muito reducionistas e motivado pelo crescimento e valorização das ciências humanas (psicologia e sociologia), este investigador desenvolveu a teoria das relações humanas em 1930, que procurava sobretudo harmonizar os objectivos pessoais dos trabalhadores com os objectivos colectivos propostos pela empresa, valorizando as relações interpessoais existentes em contexto de trabalho. Para elaborar a sua teoria, Mayo desenvolveu inúmeros estudos na Western Electric Company, onde de acordo com Santos, o investigador concluiu que os trabalhadores que se encontram satisfeitos tendem a aumentar a sua capacidade produtiva “encontrando-se a satisfação dependente das boas relações com os colegas de trabalho, da sua identificação com o grupo e do sentimento de que os objectivos pessoais se encontram interrelacionados com os da organização” (2001, p. 90).

Desta forma, as relações interpessoais possuem elevado valor em contexto de trabalho e de relações laborais, sendo que os comportamentos comunicacionais tendencialmente assertivos representam, como referimos anteriormente, uma mais valia para os profissionais de enfermagem, que pela natureza da sua profissão, necessitam de estabelecer relações interpessoais quer com os utentes quer com os membros da equipa multidisciplinar. Nesta perspectiva, a forma e o tipo de relacionamento que estabelecem parece, de acordo com algumas investigações, influenciar directamente a sua satisfação profissional.

Neste contexto, Jesus (2001), ao investigar os factores de mal-estar no meio profissional dos enfermeiros, verificou que 100% dos inquiridos referiram as relações interpessoais inadequadas como fonte de mal-estar profissional. Este valor assume particular importância se considerarmos que no seu quotidiano estes profissionais de saúde necessitam inevitavelmente de estabelecer este tipo de relações de forma a poderem prestar cuidados de saúde.

Um estudo elaborado por Gerrard (1978) salienta a importância que as relações interpessoais assumem para os profissionais de saúde. Nesta medida, os utentes consideraram como profissionalmente competentes os profissionais de saúde que estabelecem relações interpessoais adequadas, face a profissionais que apesar de serem tecnicamente mais evoluídos, não demonstram capacidades relacionais tão desenvolvidas. Este estudo revela ainda que as relações interpessoais adequadas contribuem não só para que os utentes se sintam satisfeitos com os cuidados de saúde que lhes são prestados, como

também para a própria satisfação dos profissionais (*in* Smith, 1992).

É nesta conjuntura que surge o interesse pelo comportamento comunicacional assertivo, uma vez que para Fachada (2001) e Serra (1999), os indivíduos que adoptam este tipo de comportamento comunicacional conseguem estabelecer relações interpessoais mais eficazes e duradouras, diminuindo o conflito dentro da equipa de saúde, proporcionando um bom ambiente de trabalho e favorecendo conseqüentemente a satisfação profissional.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1. Amostra

A população de onde se extraiu a amostra foi constituída pelos enfermeiros que desempenham funções em unidades de saúde públicas do Algarve. Optou-se pelos enfermeiros que desempenham funções em unidades de saúde públicas, pelo facto de a grande maioria dos profissionais de enfermagem desempenharem funções neste tipo de unidades de saúde. Desta forma, a nossa amostra foi inicialmente constituída por 293 enfermeiros, sendo que ficou reduzida a 239 enfermeiros, por terem sido rejeitados 54 questionários que não se encontravam devidamente preenchidos.

Como método de amostragem, foi utilizada a técnica de amostragem por *clusters*, particularmente útil quando o Universo é grande e os casos se encontram agrupados em unidades ou *clusters* (Hill & Hill, 2002). Neste sentido, começámos por seleccionar a fracção de amostragem, ou seja, qual a percentagem de unidades de saúde a seleccionar para o nosso estudo. Optámos assim por utilizar uma fracção de amostragem equivalente a 40% das unidades de saúde públicas no Algarve. Posteriormente, de forma a seleccionarmos as unidades de saúde onde iria ser aplicado o instrumento de colheita de dados, foi utilizada a técnica de amostragem aleatória, tendo sido seleccionados os Centros de Saúde de Lagos, Silves, Lagoa, Faro e Tavira, bem como o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE.

O instrumento de colheita de dados foi distribuído durante o mês de Fevereiro de 2005 aos Enfermeiros Chefes de cada Centro de Saúde, bem como aos Enfermeiros Chefes de cada serviço da unidade hospitalar escolhida, que após ter sido devidamente explicado o objectivo do estudo e a forma correcta de preenchimento do instrumento, se comprometeram a distribuir o mesmo pelos seus subordinados.

A amostra do estudo foi constituída maioritariamente por sujeitos do género feminino 75,7%, enquanto que 24,3% eram do género masculino. As idades encontravam-se compreendidas entre os 22 e 62 anos, o que corresponde uma média de idades de 32,66 anos. A grande maioria dos participantes (75,7%) é de nacionalidade portuguesa, enquanto que



os restantes (24,3%) são de nacionalidade espanhola. No que concerne à categoria profissional, a maioria (50,2%) possui a categoria profissional de enfermeiro. Do total da nossa amostra 76,2% desempenha funções numa unidade hospitalar, enquanto que 23,8% fazem-no num centro de saúde. Relativamente ao trabalho por turnos, 61,9% desempenha a sua actividade profissional por turnos, enquanto que 38,1% dos participantes não trabalha por turnos. Quanto ao tipo de vínculo à instituição 54,8% encontram-se no quadro da função pública, 41,8% possui um contrato individual de trabalho e 3,3% dos participantes encontra-se a contrato administrativo de provimento.

### 3.2. Instrumentos de pesquisa

O instrumento de pesquisa utilizado neste estudo foi um questionário composto por duas partes, em que a primeira parte é constituída por doze questões de natureza sociodemográfica que pretendiam avaliar o género, idade, nacionalidade, habilitações académicas, categoria profissional, duplo emprego, horário de trabalho, trabalhar no serviço que escolheu, tipo de instituição em que exerce funções, trabalho por turnos, tempo de serviço e tipo de vínculo à instituição.

A segunda parte do questionário é constituída por três escalas do tipo Likert que pretendiam avaliar a adopção de comportamentos assertivos, a satisfação profissional e o *burnout* dos profissionais de enfermagem.

Para avaliar a adopção de comportamentos comunicacionais assertivos pelos profissionais de saúde foi utilizada a escala de avaliação de comportamentos assertivos de Amaro e Jesus (2005), constituída por duas sub-escalas designadamente adopção de comportamentos assertivos com os utentes, constituída por seis itens e com um valor *alpha* de Cronbach de 0.76 e adopção de comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar, constituída por 18 itens e com um valor *alpha* de Cronbach de 0.89. O total do instrumento de avaliação, ou seja a escala de avaliação dos comportamentos assertivos dos enfermeiros apresenta uma valor *alpha* de Cronbach de 0.89. Após colhidos os dados, o instrumento classifica a adopção de comportamentos assertivos em três níveis: adopta comportamentos assertivos com pouca frequência ([1-3]), adopta comportamentos assertivos com alguma frequência ([3-4]) e adopta comportamentos assertivos com muita frequência ([4-6]).

Para avaliar a satisfação profissional dos enfermeiros, foi utilizada uma escala que resulta de uma adaptação feita por Quintela e Santos (1996) de um instrumento desenvolvido e adaptado por Paula Stamps para avaliar o grau de satisfação dos enfermeiros norte-americanos.

O instrumento de avaliação da satisfação profissional, consiste numa escala de Likert com 7 opções de resposta, variando entre 1 (discordo for-

temente) e 7 (concordo fortemente), constituído por 42 itens distribuídos por 7 dimensões ou sub-escalas, respectivamente: condições de trabalho ( $\alpha = .667$ ), remuneração ( $\alpha = .656$ ), relação com os superiores ( $\alpha = .751$ ), clima emocional ( $\alpha = .835$ ), considerações profissionais ( $\alpha = .652$ ), posição sócio-profissional ( $\alpha = .642$ ) e realização profissional ( $\alpha = .767$ ), sendo que o total da escala possui um valor  $\alpha$  de .885.

No que diz respeito ao instrumento de avaliação do *burnout*, foi utilizado o MBI (Maslach Burnout Inventory) – *Human Services Survey*, desenvolvido pela investigadora Maslach e particularmente útil na avaliação do *burnout* em profissionais de ajuda ou de relação, como é o caso dos profissionais de enfermagem. Trata-se de um instrumento constituído por 22 itens distribuídos por três sub-escalas: exaustão emocional, com um valor  $\alpha$  de Cronbach de 0.90; despersonalização, com um valor  $\alpha$  de Cronbach de 0.79 e realização pessoal com um valor  $\alpha$  de Cronbach de 0.71.

Perante esta conjuntura e de acordo com Hill e Hill (2002) classificamos o nosso estudo em exploratório, descritivo e transversal, em que foi utilizada uma metodologia do tipo quantitativa.

### 3.3. Apresentação e discussão dos resultados

A análise estatística efectuada ao instrumento de avaliação dos comportamentos assertivos, permitiu-nos verificar que a maioria dos participantes do estudo adopta comportamentos assertivos com muita frequência, sendo que os valores médios encontrados entre as sub-escalas A e B e o

**Quadro 1** – Médias, desvios padrão e valores mínimos e máximos obtidos nas diversas medidas utilizadas para avaliar os comportamentos assertivos

MEDIDAS	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Sub-escala A: Assertividade com os utentes	5.048	.586	3.17	6.00
Sub-escala B: Assertividade com a equipa multidisciplinar	4.989	.579	3.28	6.00
Comportamentos assertivos	5.004	.533	3.38	6.00

total da escala são muito semelhantes (ver quadro 1). Os valores médios encontrados na nossa investigação referentes à adopção de comportamentos assertivos, são mais elevados na sub-escala A: adopção de comportamentos assertivos com os utentes e no total da escala de avaliação de comportamentos assertivos, face à sub-escala B: adopção de comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar.

No que concerne à satisfação profissional, os valores médios mais elevados encontrados são relativos às dimensões relação com os superiores, considerações profissionais, posição sócio-profissional e realização profissional, tendo-se verificado uma satisfação moderada nestas dimensões, por outro lado, nas dimensões condições de trabalho e remuneração verificou-se a existência de uma não satisfação fraca. No que diz respeito à satisfação global, o valor encontrado corresponde igualmente a um nível de satisfação fraco (ver quadro 2).

No que concerne ao *burnout*, os valores médios encontrados revelaram a existência de um *burnout* médio no total da escala, assim como um valor médio de *burnout* na dimensão exaustão emocional. Conforme se pode

**Quadro 2** – Valores médios obtidos na análise da variável satisfação profissional

MEDIDAS	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Condições de trabalho	3.898	1.036	1.50	6.83
Remuneração	3.287	.664	1.00	5.50
Relação com os superiores	5.188	1.108	1.83	7.00
Clima emocional	4.698	1.359	1.00	7.00
Considerações profissionais	5.065	.908	2.00	6.83
Posição sócio-profissional	5.079	.866	2.50	7.00
Realização profissional	5.667	1.040	1.50	7.00
Satisfação profissional	4.684	.695	2.60	6.05

**Quadro 3** – Médias, desvios padrão e valores mínimos e máximos obtidos nas diversas medidas utilizadas para avaliar o burnout

MEDIDAS	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Exaustão emocional	3.018	1.091	1.00	5.89
Despersonalização	2.088	.979	1.00	5.00
Realização pessoal	5.320	.678	3.13	6.88
<i>Burnout</i>	3.644	.536	1.82	5.18

observar no quadro 3, foi ainda possível verificar a existência de um valor de *burnout* baixo na dimensão despersonalização e um valor de *burnout* elevado na dimensão realização pessoal, sendo que esta dimensão deverá ser observada de forma invertida, o que na realidade corresponde a uma valor extremamente positivo, na medida em que a dimensão realização pessoal traduz sentimentos e atitudes positivas, comparativamente às demais.

Numa perspectiva exploratória, pretendemos avaliar as possíveis correlações existentes entre as variáveis de natureza psicológica. Neste sentido, foram efectuadas correlações entre as variáveis adopção de comportamentos assertivos, satisfação profissional e *burnout*, tendo-se verificado a existência de uma correlação estatisticamente significativa entre a adopção de comportamentos assertivos, quer com os utentes, quer com a equipa multidisciplinar e a dimensão realização pessoal do *burnout*. Verificou-se ainda a existência de uma relação negativa entre a adopção de comportamentos assertivos com os utentes, bem como com o total da escala e os níveis de despersonalização apresentados pelos enfermeiros, conforme se encontra representado no quadro 4.

Pela análise do quadro 4, verificamos que a adopção de comportamentos assertivos pelos enfermeiros, quer com os utentes, quer com a equipa multidisciplinar, quer no total do instrumento de avaliação, relaciona-se positivamente com a realização pessoal, o que significa que quando os enfermeiros adoptam comportamentos assertivos com maior frequência, a sua realização pessoal aumenta. Podemos também verificar que existe uma relação negativa entre a despersonalização e adopção de comportamentos assertivos com os utentes e no total da escala, o que nos indica que quando os profissionais de enfermagem adoptam comportamentos assertivos com maior frequência a despersonalização, ou seja a adopção de comportamentos impessoais e frios

**Quadro 4** – Resultados obtidos da análise da correlação entre a adoção de comportamentos assertivos e o burnout

DIMENSÕES	Exaustão emocional	Despersonalização	Realização pessoal	Burnout (total)
Comportamentos assertivos com os utentes	-0.082	<b>-.346*</b>	<b>.433*</b>	-.013
Comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar	-.006	-.265	<b>.507*</b>	.119
Comportamentos assertivos (total)	-.270	<b>-.311*</b>	<b>.532*</b>	.093

Coefficientes de correlação de Pearson (N= 239)

\* p < .01

para com as pessoas com quem se relacionam tende a diminuir.

Relativamente à análise das correlações efectuadas entre a satisfação profissional e o *burnout*, verificou-se a existência de algumas correlações negativas entre as variáveis psicológicas, conforme se descreve no quadro 5.

Como se pode constatar pela análise do quadro 5, existe uma correlação negativa entre as condições de trabalho e a exaustão emocional e o *burnout*, o que significa que quando as condições de trabalho melhoram a

**Quadro 5** – Resultados obtidos da análise da correlação entre a satisfação profissional e o burnout

DIMENSÕES	Exaustão emocional	Despersonalização	Realização pessoal	Burnout (total)
Condições de trabalho	<b>-.359*</b>	-.188	.036	<b>-.361*</b>
Posição sócio-profissional	-.262	<b>-.346*</b>	<b>.333*</b>	-.208
Realização profissional	<b>-.357*</b>	<b>-.310*</b>	.238	<b>-.316*</b>
Satisfação profissional (total)	<b>-.396*</b>	<b>-.295*</b>	.217	<b>-.353*</b>

Coefficientes de correlação de Pearson (N= 239)

\*p < .01

exaustão emocional e o *burnout* diminuem.

Relativamente à posição sócio-profissional, verifica-se existir uma correlação negativa entre esta dimensão e a despersonalização. Por outro lado, existe uma correlação positiva entre a posição sócio-profissional e a realização profissional. Este facto indica-nos que quando a posição sócio-profissional aumenta a despersonalização diminui, ocorrendo o inverso com a realização pessoal, ou seja, quando a posição sócio-profissional melhora a realização pessoal aumenta.

Na realização profissional, existe uma correlação negativa entre esta dimensão e a exaustão emocional, a despersonalização e o *burnout*, o que indica que quando a realização profissional aumenta, a exaustão emocional, a despersonalização e o *burnout* diminuem.

Por último, quanto à satisfação profissional, verifica-se que esta se relaciona negativamente com a exaustão emocional, com a despersonalização e com o *burnout*, o que nos indica que quando a satisfação profissional aumenta, a exaustão emocional, a despersonalização e o *burnout* diminuem.

Continuando numa perspectiva exploratória, foram efectuados testes estatísticos que pretendiam determinar a existência de possíveis relações estatísticas entre as variáveis de natureza psicológica e as variáveis de natureza sócio-demográfica. Assim sendo, a análise estatística efectuada à variável género permitiu determinar a existência de uma relação estatística significativa entre esta variável e a satisfação profissional e o *burnout*, sendo que pela análise das médias, verificou-se serem os sujeitos de estudo do género feminino aqueles que apresentam valores médios mais elevados relativamente à satisfação profissional. Nesta conjuntura e no que concerne ao *burnout*, são os sujeitos do género masculino aqueles que apresentam valores médios mais elevados, conforme se encontra representado no quadro 6.

No que diz respeito à variável nacionalidade os testes estatísticos efectuados, permitiram verificar a existência de uma correlação significativa

**Quadro 6:** Resultados obtidos da análise estatística efectuada entre a variável género e a satisfação profissional e o *burnout*

	Médias	F	t	df	Sig.
Satisfação profissional	M= 4.445 F= 4.760	2.163	-3.060	237	.002
<i>Burnout</i>	M= 3.825 F= 3.586	7.872	3.004	237	.003

entre esta variável de natureza sóciodemográfica e a satisfação profissional, sendo que com um valor médio mais elevado, são os indivíduos de nacionalidade portuguesa aqueles que apresentam maior satisfação profissional, comparativamente aos demais.

Em relação ao tipo de instituição em que exerce funções, a análise estatística efectuada permitiu verificar que são os sujeitos de estudo que desempenham funções numa unidade de saúde hospitalar aqueles que apresentam níveis médios de satisfação mais elevados comparativamente aos que desempenham funções num centro de saúde.

Os testes estatísticos efectuados entre a variável adopção de comportamentos assertivos e a categoria profissional, permitiu verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre ambas, na medida em que pela análise das médias verificou-se serem os enfermeiros chefes aqueles que adoptam comportamentos comunicacionais tendencialmente assertivos

*Quadro 7: Resultados obtidos no teste de Kruskal Wallis entre a categoria profissional e a adopção de comportamentos assertivos*

	Médias	Chi-Square	Sig.
Comportamentos assertivos	E= 108.49 EG= 127.60 EE= 126.70 EC= 168.08	10.407	.015

com maior frequência, conforme se descreve no quadro 7.

No que concerne à variável trabalho por turnos, verificou-se que esta não se relaciona com nenhuma das variáveis psicológicas em estudo, contudo existem diferenças estatisticamente significativas entre esta variável e as dimensões constituintes da instrumento de avaliação do *burnout*, na medida em que os testes estatísticos efectuados permitiram verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre esta variável e as dimensões despersonalização e realização pessoal do *burnout*, sendo que são os sujeitos de estudo que desempenham a sua actividade profissional por turnos aqueles que apresentam níveis de despersonalização mais elevados, enquanto que por outro lado, os sujeitos de estudo que não desempenham a sua actividade profissional por turnos apresentam níveis de realização pessoal mais elevados, conforme se pode observar no quadro 8.

Relativamente à variável escolha de serviço, os testes estatísticos efec-

**Quadro 8:** Resultados obtidos no teste t entre a variável trabalho por turnos e o burnout

	Médias	F	t	df	Sig.
Despersonalização	Sim= 2.300 Não= 1.743	17.169	4.437	237	.001
Realização pessoal	Sim= 5.250 Não= 5.434	1.794	-2.051	237	.041

tuados permitiram verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre esta variável e a satisfação profissional, na medida em que os sujeitos de estudo que puderam escolher o serviço no qual pretendiam desempenhar funções, apresentam níveis de satisfação profissional mais elevados, comparativamente aos demais, conforme se observa no quadro 9.

**Quadro 9:** Resultados obtidos no teste t entre a variável escolha do serviço e a satisfação profissional

	Médias	F	t	df	Sig.
Satisfação profissional	Sim= 4.779 Não= 4.483	4.924	3.131	237	.002

#### 4. CONCLUSÕES

A satisfação profissional é um tema relevante e que tem vindo a ser progressivamente valorizado, principalmente nas sociedades desenvolvidas ou em vias de desenvolvimento. No caso particular da satisfação na profissão de enfermagem, por se tratar de um conceito fundamental na avaliação dos cuidados de saúde prestados, assim como de todo o sistema organizacional, têm-se multiplicado nos últimos anos as investigações que possuem como principal intuito avaliar a satisfação profissional dos enfermeiros.

Neste sentido, foi nosso intuito, mediante uma perspectiva exploratória, procurar compreender a influência da assertividade na satisfação profissional dos enfermeiros. Assim, no capítulo metodológico, e uma vez que não existia nenhum instrumento no nosso país que se adapta-se aos objectivos do nosso estudo, procedemos à elaboração do instrumento de avaliação de comportamentos assertivos dos enfermeiros de Amaro e Jesus (2005), que surge para colmatar uma necessidade existente, do ponto de vista metodológico, na investigação em enfermagem.

Verificámos a existência de uma relação entre a adopção de compor-



tamentos assertivos e a realização pessoal, o que nos indica uma estratégia importante na promoção da realização pessoal dos profissionais de enfermagem, diminuindo conseqüentemente o *burnout* nesta profissão. Colocámos ainda em evidência a existência de uma relação negativa estatisticamente significativa entre satisfação profissional e *burnout*, assim como entre as condições de trabalho e o *burnout*. Pensamos que estes aspectos carecem de uma reflexão profunda pelas entidades competentes, na medida em que ao promoverem os aspectos inerentes à satisfação profissional, promovem também a saúde psicológica dos trabalhadores em geral e dos enfermeiros em particular, pois diminuem os níveis de *burnout* verificados.

Um outro aspecto importante que advém de uma variável introduzida pelo nosso estudo, diz respeito ao fenómeno social que se tem feito sentir nos últimos anos no seio da profissão de enfermagem, relativamente à imigração por parte de enfermeiros espanhóis. Assim, e por serem sobretudo estes enfermeiros que demonstram as médias de satisfação mais baixas, é necessário que se repense o processo de integração que tem sido realizado aos enfermeiros de nacionalidade espanhola, além do tipo de relação que os seus superiores hierárquicos adoptam com estes profissionais de saúde, na medida em que ao promovermos a sua satisfação profissional, estamos igualmente a promover a qualidade dos cuidados de saúde que estes profissionais prestam e, de certa forma, a representação social da profissão de enfermagem, além da qualidade dos serviços prestados pelo Serviço Nacional de Saúde.

Interessa também salientar, os valores que emergem do nosso estudo e que se referem ao facto dos enfermeiros que trabalham por turnos apresentarem níveis de despersonalização mais elevados. Assim, é pertinente que as instituições de saúde valorizem este facto, possibilitando aos profissionais que trabalham por turnos, neste caso os enfermeiros, momentos de pausa nos seus horários laborais para que estes possam recuperar física e psicologicamente do desgaste a que estão sujeitos, por exercerem este tipo de horário profissional.

Uma outra variável introduzida no nosso estudo e que assume particular pertinência, diz respeito à possibilidade do profissional de enfermagem escolher o serviço em que gostaria de desempenhar funções, pois a análise estatística efectuada demonstrou existir relação entre a satisfação profissional e a possibilidade de escolha do serviço em que gostaria de desempenhar funções. Este fenómeno é importante, na medida em que, pelo facto de se sentirem satisfeitos profissionalmente, estes enfermeiros tendem a exercer um esforço profissional superior, colaborando com ideias e propostas inovadoras que permitam promover a qualidade dos cuidados e, simultaneamente, a sua auto-estima profissional.

Verificámos, assim, que urge intervir eficazmente nalguns aspectos que

referimos no decurso deste estudo e que apesar de numa primeira análise parecerem de uma complexidade elevada, no fundo representam somente a mudança de algumas políticas administrativas que se encontram desfazidas face à realidade actual da profissão de enfermagem, devido principalmente ao aumento qualitativo de que esta profissão tem sido alvo nos últimos anos. Interessa ainda aperfeiçoar algumas estratégias de formação já existentes (relativas à formação base dos enfermeiros, complemento de formação e formação contínua), pois como vimos os enfermeiros assertivos são aqueles que apresentam maiores níveis de realização pessoal.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, F. N. (1992). *Comportamentos de Sucesso: psicologia aplicada à gestão*. Lisboa: McGraw-Hill, 130-145.
- Amaro, H. J. F. & Jesus, S. N. (2005). Comportamentos assertivos: um estudo exploratório. *Nursing*, 199, 24-28.
- Angel, G. & Petronko, D. K. (1983). *Developing the New Assertive Nurse*. New York: Springer Publishing Company, 1-31, 137-176.
- Azevedo, L. (1996). *Comunicar com Assertividade*. Lisboa: Instituto do Emprego e Formação Profissional.
- Bento, M. C. (1997). *Cuidados e Formação em Enfermagem, que Identidade?*. Lisboa: Fim de Século.
- Chiavenato, I. (1987). *Teoria Geral da Administração*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Chiavenato, I. (1997). *Administração de Recursos Humanos*. São Paulo: Editora Atlas.
- Clark, C. C. (2003). *Holistic Assertiveness Skills for Nurses*. New York: Springer Publishing Company.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a Vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Fachada, M. O. (2001). *Psicologia das Relações Interpessoais*. Lisboa: Edições Rumo.
- Ferreira, M. M. C. (2001). O Relacionamento Interpessoal – Um Instrumento Básico em Enfermagem. *Revista Servir*, 49 (1), 8-11.
- Francés, R. (1982). *Satisfação no Trabalho e no Emprego*. Porto: Rés Editora.
- Herzberg, F. (1982). *The Managerial Choice: to be efficient and to be human*. Salt Lake City: Olympus Publishing Company.
- Herzberg, F.; Mausner, B. & Snyderman, B. (1959). *The Motivation to Work*. New York: John Wiley and Sons.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Jesus, S. N. (2001). Factores de Mal e de Bem-Estar em Profissionais de Educação e de Saúde. In Universidade do Algarve. *Estudos de Homenagem ao Prof. Doutor Gomes Guerreiro*. Faro: Fundação para o Desenvolvimento da Universidade do Algarve, 199-206.
- Kozier, B; Erb, G.; Blais, K.; Wilkinson, J. (1995). *Fundamentals of Nursing: concepts, process and practice*. California: Addison-Wesley, 3-380.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.
- Leebov, W. (2003). *Assertiveness Skills for Professionals in Health Care*. Lincoln: iUniverse, 1-46.
- Lloyd, S. L. (1993). *Desenvolvimento em Assertividade: técnicas para o sucesso pessoal*. Lisboa: Monitor, 6-55.
- Marquis, B. L. & Huston, C. J. (1999). *Administração e Liderança em Enfermagem*. Porto Alegre: Artmed, 323 - 340.
- Peplau, H. E. (1990). *Relaciones Interpersonales en Enfermería: un marco de referència conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Salvat Editores SA.
- Queirós, P. J. (2003). O que causa mal-estar, stresse, em enfermeiros? *Revista de Investigação em Enfermagem*, 8, 3-7.

- Quintela, M. J. & Santos, P. (1996). Satisfação Profissional dos Enfermeiros do Hospital Distrital de Lamego. *Revista Servir*, 44, 22-31.
- Riley, J. B. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Santos, A. C. (2001). *Ideologias, Modelos e Práticas Institucionais em Saúde Mental e Psiquiatria*. Coimbra: Quarteto, 83-160.
- Seco, G. M. S. B. (2000). *A Satisfação na Actividade Docente*. Tese de Doutoramento não publicada. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, 53-275.
- Serra, A. V. (1999). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Adriano Vaz Serra, 665-692.
- Smith, S. (1992). *Communications in Nursing*. St. Louis: Mosby Year Book, 4-33, 55-115, 251-334.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

# ABSENTISMO LABORAL E BURNOUT NOS ENFERMEIROS: UM ESTUDO EMPÍRICO

NUNO ÁLVARO CANECA MURCHO  
SAUL NEVES DE JESUS  
*Universidade do Algarve – Portugal*

### INTRODUÇÃO

O absentismo laboral é um fenómeno que surge em todos os sectores produtivos, e que afecta diferentes grupos socioprofissionais. No caso do sector da saúde, e em particular no que respeita aos enfermeiros, o absentismo laboral acaba por ter repercussões quer no funcionamento dos próprios serviços de saúde, como na qualidade dos cuidados prestados aos seus utentes/clientes.

Conforme verificamos a partir da revisão bibliográfica efectuada, esta temática é mais abordada na perspectiva dos factores organizacionais e do ambiente de trabalho, que na perspectiva dos factores individuais. Destes últimos factores destacamos as características sociodemográficas; os factores de mal-estar (pessoal e profissional) relacionados com o absentismo laboral; e os problemas de saúde relacionados com o stresse.

Neste sentido, frequentemente observamos que numa mesma organização e ambiente de trabalho, existem pessoas que faltam ao mais pequeno problema enquanto que outras não, o que pode ser revelador da importância que os factores individuais têm no absentismo laboral.

Até mesmo porque se por um lado podemos encarar o trabalho como uma actividade de vida, *i.e.* como uma actividade que o Homem realiza, e que em conjunto com outras actividades (como a alimentação, a comunicação, a eliminação, a respiração, o sexo *etc.*) contribui para o complexo processo que é viver (Roper, Logan & Tierney, 1995), por outro lado, no que respeita aos enfermeiros, sabemos que a maior parte das situações de

absentismo laboral nestes profissionais são justificadas por doença (Silva & Marziale, 2000; Souza, Almeida, Silva & Neves, 2001; Nascimento, 2003; Reis *et al.*, 2003), o que nos leva a formular a seguinte questão de partida para este estudo: **quais são os factores que levam a que umas pessoas falem ao trabalho mais que outras?**

Sendo o *burnout* é um síndrome que resulta da exposição dos sujeitos ao stress laboral crónico, que afecta particularmente os profissionais de Enfermagem, e que está associado ao absentismo laboral (Queirós, 2005), e tendo em conta quer a questão de partida que formulada, como a literatura que consultamos, delimitamos então o problema de investigação deste estudo que é o seguinte: **a influência que o *burnout* tem a nível do absentismo laboral em profissionais de Enfermagem.**

De referir ainda que procuramos enquadrar esta pesquisa na perspectiva da Psicologia da Saúde, por pensarmos que esta disciplina científica também poderá ter um contributo importante no conhecimento do absentismo laboral, designadamente no que concerne à investigação dos aspectos individuais deste fenómeno, até porque: “(...) A investigação e a praxis em Psicologia da Saúde constituem um contributo de peso para a construção de ambientes de bem-estar individual e social” (Faria, 2003, pp. 98).

Assim, os objectivos que definimos para esta pesquisa são os seguintes: conhecer a influência que o *burnout* tem no absentismo laboral dos enfermeiros; e conhecer a relação existente nestes profissionais, entre o *burnout*, o absentismo laboral, os factores sociodemográficos, os objectivos profissionais, a motivação intrínseca, os factores de mal-estar relacionados com este tipo de absentismo, e os problemas de saúde relacionados com o stress.

## **BURNOUT E ABSENTISMO LABORAL NOS ENFERMEIROS: ALGUNS ASPECTOS TEÓRICOS**

### *Absentismo laboral*

Para Gradzinski (1998, *cit. in* Nascimento, 2003) o absentismo laboral pode ser definido como as ausências não previstas ao trabalho, e é uma situação que afecta negativamente as empresas – aqui entendidas como as organizações laborais (do sector público ou privado) que trabalham para atingir um determinado fim (Ecahudemaison, 2001) – provocando custos directos e indirectos elevados.

Trata-se então de um fenómeno de etiologia multifactorial (Otero, 1993, *cit. in* Silva & Marziale, 2000; Nunes & Vala, 2002), em que não parece existir uma relação precisa de causa e efeito, mas sim um conjunto

de variáveis que podem levar ao absentismo, podendo ser visto como um reflexo do fracasso da socialização por parte dos trabalhadores, enquanto membros da Empresas (Hellriegel *et al.*, 1993, *cit. in* Nunes & Vala, 2002), ou como um mecanismo de defesa face às pressões exercidas (Benavides & Benach, 2001; Robbins, 2002). De referir que essas variáveis podem ser agrupadas em três grupos de factores etiológicos distintos que são: factores organizacionais; factores individuais; e factores do ambiente de trabalho (Watts-Davies, 1993).

As outras causas do absentismo laboral estão relacionadas com factores como os seguintes: género; idade; estado civil; categoria; tempo de empresa; gravidez; escolaridade e qualificação; estatuto profissional; cultura étnica; distancia do local de trabalho; stresse e ansiedade laboral; sobrecarga e exaustão física; conflitos interpessoais; personalidade mais propensa às faltas; problemas de saúde; falta de valores e de expectativas dos trabalhadores; insatisfação laboral; baixa motivação; actividades de lazer interessantes; tratamento de familiares; processos disfuncionais de desequilíbrio trabalho-família; a maternidade e adopção de menores de 5 anos; falecimento de familiares; tipo de trabalho *per se*; condições e organização do trabalho; condições climáticas e epidemiológicas; conjuntura económica; *etc.* (McDonald e Shaver, 1981, e Meira, 1982, *cit. in* Nascimento, 2003; Kristensen, 1991, *cit. in* Moncada i Lluís, 2000; Rodríguez & Ortiz, 1999; Urbina e Urbina de Urbina, 2000; Kets de Vries, 2001, *cit. in* Rego & Couto, 2005; Peretti, 2001; Sekiou *et al.*, 2001; Pina e Cunha, Rego, Campos e Cunha & Cabral-Cardoso, 2003; Mallada, 2004).

Em Enfermagem o absentismo laboral:

“(...) é preocupante, pois desorganiza o serviço, gera insatisfação e sobrecarga entre os trabalhadores presentes e conseqüentemente diminui a qualidade da assistência prestada ao paciente” (Silva & Marziale, 2000, pp. 45).

### ***Burnout***

O *burnout* pode ser definido como sendo um estado de exaustão físico, emocional e mental que resulta dos efeitos do stresse ocupacional continuado e crónico em personalidades com alguma predisposição, e em ambientes de trabalho predisponentes, causado frequentemente por períodos prolongados de envolvimento em situações de emocionalmente exigentes, como sucede habitualmente com as profissões assistenciais ou de ajuda, como é o caso da profissão de Enfermagem, entre outras (Maslach & Jackson, 1986, *cit. in* Pueyo, 2000; Maslach & Leiter, 1997, 1999; Pines & Aronson, 1988, *cit. in* Parreira & Sousa, 2000; Ballone, 2002; Plana, Fabregat & Gassió,

2003; Jacques, 2003; Evangelista, Hortense & Sousa, 2004).

É também um síndrome uma vez que não existe uma clara distinção na manifestação das suas diferentes etapas, podendo ser caracterizado como uma má adaptação psicológica, psicofisiológica e com reacções comportamentais inadequadas, em que ao contrário do stresse não se relaciona com sentimentos positivos (Guido, 2003). De referir ainda que este síndrome também pode ser um sinónimo de mal-estar profissional e pessoal (Jesus, 2000), em que as suas manifestações podem ser físicas, comportamentais, sociais, de atitude, e/ou organizacionais (Scaufeli & Buunk, 1996), como é o caso dos problemas de saúde relacionados com o stresse, do absentismo laboral, etc. (Scaufeli & Buunk, 1996; Ballone, 2002; Flores, 1994, *cit. in* Martinez, 1997).

Para Maslach e Leiter (1997) este síndrome apresenta as seguintes dimensões: exaustão emocional (sentimento de esgotamento emocional e físico, com sensação de incapacidade e de impotência para actividades, cansaço vespertino, e perda de energia); despersonalização (atitude fria e distante em relação às pessoas no trabalho, em que há uma minimização do envolvimento no trabalho e perda dos ideais); e falta realização profissional (aumento do sentimento de inadequação, perda de confiança nas suas próprias capacidades e competências, e diminuição da auto-estima).

## ESTUDO DE CAMPO

### *Hipóteses*

Para este estudo, e tendo em conta quer os seus objectivos, como também todo o enquadramento teórico que efectuamos, formulamos onze hipóteses que são as seguintes:

- $H_1$  – O *burnout* tem influência no absentismo laboral (AL);
- $H_2$  – Existe influência das variáveis sociodemográficas (SD) sobre o AL;
- $H_3$  – As variáveis SD influenciam o *burnout*;
- $H_4$  – Os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral (FMERAL) têm influência no *burnout*;
- $H_5$  – Os FMERAL têm influência no AL;
- $H_6$  – O *burnout* influencia os problemas de saúde relacionados com o stresse (PSRS);
- $H_7$  – Os PSRS têm influência sobre o AL;
- $H_8$  – Os objectivos profissionais (OP) têm influência no *burnout*;
- $H_9$  – Os OP influenciam o AL;
- $H_{10}$  – A motivação intrínseca (MI) tem influência no *burnout*;

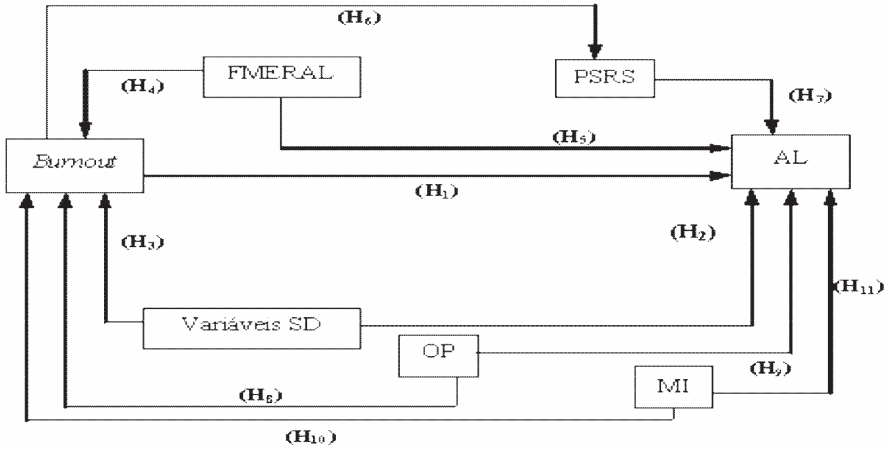


Figura 1 – Representação gráfica do modelo em estudo

Legenda: AL – absentismo laboral; variáveis SD – variáveis sociodemográficas; FMERAL – factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral; PSRS – problemas de saúde relacionados com o stress; OP – objectivos profissionais; MI – motivação intrínseca; H

– **H<sub>11</sub>** – A MI tem influência no AL.

O modo como as hipóteses formuladas concorrem para os objectivos deste estudo é melhor ilustrado com o modelo da figura 1, que seguidamente apresentamos:

### POPULAÇÃO E AMOSTRA

Neste estudo a população foi constituída pelos enfermeiros que trabalham nos serviços de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Psiquiatria, e Urgência Geral, do Hospital Distrital de Faro e do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (em Portimão), e nos Centros de Saúde de Faro e de Portimão, distribuídos por 14 unidades de saúde/serviços (N = 368), e a amostra (n) correspondeu aos sujeitos desta mesma população que responderam ao instrumento de colheita de dados (n = 194), tendo-se utilizado um método de amostragem de conveniência.

Podemos caracterizar os sujeitos desta amostra como tendo uma idade média (x) de x = 33 anos (variando entre 21 e 60 anos), sendo constituída maioritariamente por indivíduos de género feminino (75,4%), solteiros (49,2%), sem filhos (64,1%), que têm a licenciatura como grau de habilitações literárias (63,5%), residem e trabalham no mesmo concelho (66,1%), demoram menos de 30 minutos de casa ao trabalho (92,7%), sem familiares portadores de deficiência ou doença crónica grave a cargo (93,5%), em que a Enfermagem foi a sua primeira escolha profissional



(85,5%), escolheram o serviço onde exercem funções (76,7%), trabalham em serviços com valência de Medicina Interna (32,5%), são enfermeiros generalistas (90,2%), e não exercem nenhum cargo de responsabilidade acrescida no serviço (77,8%). Para além disso o seu tempo médio de exercício profissional é de  $x @ 10$  anos, e o tempo médio de permanência no serviço onde trabalham é de  $x @ 5$  anos.

### INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados que utilizamos foi um questionário auto-administrado de tipo misto (com perguntas fechadas e abertas de resposta rápida), constituído por 22 questões que correspondem a 112 itens que incluem quatro escalas tipo Lickert que são as seguintes: escala de factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral (EFAL) (Murcho & Jesus, 2006; Murcho, 2006); escala de avaliação da motivação intrínseca (Jesus, 1996); *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Maslach & Jackson, 1981, adaptada por Parreira & Sousa, 2000); escala de problemas de saúde relacionados com o stresse (EPSRS) (Pacheco, Murcho, A. Pacheco & A. Murcho, 2006).

Os níveis de consistência interna ( $\alpha$ ) das escalas utilizadas foram considerados adequados para medir as variáveis que pretendiam estudar ( $\alpha > 0,70$ , de acordo com Hill & A. Hill, 2002), apresentando os seguintes valores globais: EFAL –  $\alpha = 0,929$ ; escala de avaliação da motivação intrínseca –  $\alpha = 0,848$ ; MBI –  $\alpha = 0,743$ ; EPSRS –  $\alpha = 0,848$ .

A MBI apresenta três subescalas, que medem as dimensões do *burnout* consideradas (exaustão emocional, despersonalização, e realização pessoal) e da análise da consistência interna das subescalas desta escala, verificamos que os seus valores são os seguintes: exaustão emocional –  $\alpha = 0,866$ ; despersonalização –  $\alpha = 0,567$ ; realização pessoal –  $\alpha = 0,820$ .

De referir que o valor relativamente baixo da subescala de despersonalização é recorrente noutros estudos onde esta mesma escala foi utilizada, de que destacamos os trabalhos de Pinto, Lima e Silva (2003), e de Borges *et al.*, embora como estes últimos autores referem, relativamente a algumas das fragilidades desta escala: “Entretanto, o MBI é o questionário que melhor dá conta do carácter multidimensional do síndrome” (2002, 195).

Da análise factorial da EFAL concluímos que esta escala apresenta quatro factores que explicam 66,30% da variância total, e que são os seguintes (com os respectivos valores de consistência interna): F1 – F. interpessoais e do ambiente de trabalho ( $\alpha = 0,89$ ); F2 – F. psicossomáticos e de condições de trabalho ( $\alpha = 0,84$ ); F3 – F. administrativo-laborais ( $\alpha$

= 0,86); F4 – F. gestão do tempo e da carreira ( $\alpha = 0,78$ ).

De mencionarmos ainda que a EPSRS apresenta duas subescalas, que correspondem aos factores F1 – P. psicossomáticos, e F2 – P. somáticos, e cujos valores de consistência interna apurados neste estudo vêm de encontro a outros resultados já publicados, referentes a esta escala (Pacheco, Murcho, A. Pacheco & A. Murcho, 2006), e que são respectivamente para F1 –  $\alpha = 0,82$ , e para F2 –  $\alpha = 0,680$ , que consideramos como válidos uma vez que, e de acordo com Pais Ribeiro (1999) sejam aceitáveis valores superiores a 0,6.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

*Quadro 1 – Distribuição das respostas dos inquiridos relativamente ao seu absentismo laboral no último ano.*

DIAS DE FALTA NO ÚLTIMO ANO	F <sub>i</sub>	%
Nenhum dia	125	65,4
De 1 a 3 dias	34	17,8
De 4 a 7 dias	15	7,9
De 8 a 15 dias	5	2,6
De 16 a 30 dias	7	3,7
Mais de 30 dias	5	2,6
<b>Total</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>

### *Análise descritiva das variáveis*

No que respeita ao absentismo laboral, a maioria dos sujeitos desta amostra (83,2%) apresenta um nível de absentismo baixo (ou quase nulo), não faltando nenhum dia (65,4%) ou no máximo faltando três dias no último ano (17,8%), conforme podemos verificar no quadro 1.

Relativamente aos objectivos profissionais, a maioria dos enfermeiros estudados (95,3%) pretende manter a sua profissão, ou até o fim do seu percurso profissional, ou pelo menos durante parte deste mesmo percurso. Destes, 73,8% pretendem ser enfermeiros durante todo o seu percurso profissional, conforme podemos observar no quadro 2.

No que respeita aos factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral (medidos através da escala EFAL, com 19 itens e seis

Quadro 2 – Distribuição dos inquiridos relativamente aos objectivos profissionais.

OBJECTIVOS PROFISSIONAIS	FREQUÊNCIA	%
Se pudesse gostaria de exercer outra actividade profissional e não a de enfermeiro	9	4,7
Gostaria para já, de exercer a actividade profissional de enfermeiro, embora mais tarde possa vir a preferir outra profissão	41	21,5
Quero ser enfermeiro todo o meu percurso profissional	141	73,8
<b>Total</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>

pontos variando entre 1 = “Pouco”, e 6 = “Muito”), a média obtida é de  $x = 2,81$ , com um desvio padrão ( $dp$ ) = 0,949 que se situa em torno da média da escala ( $x = 3$ ), sendo o “cansaço” ( $x = 3,77$ ,  $dp = 1,436$ ), e o “stress e ansiedade” ( $x = 3,53$ ,  $dp = 1,319$ ), os itens que apresentaram as pontuações médias mais elevadas (ambas superiores à média da escala).

Relativamente à motivação intrínseca (medida através da escala de avaliação da motivação intrínseca, com quatro itens e sete pontos que variam entre 1 = “discordo totalmente” e 7 = “concordo inteiramente”), a média obtida é de  $x = 5,82$  ( $dp = 1,016$ ), pelo que podemos dizer que existe um nível elevado de motivação intrínseca, ressaltando a acentuada dispersão verificada.

Em relação ao *burnout* (medido através da MBI, com 22 itens e sete pontos que variam entre 0 = “Nunca” e 6 = “Sempre”), conforme podemos verificar no quadro 3, a maioria dos sujeitos da população estudada encontra-se distribuída no nível de classificação “baixa” para as dimensões exaustão emocional (57,2%) e despersonalização (61,3%), e no nível “alta” para a dimensão realização pessoal (41,2%), pelo que podemos dizer que nesta população, a maior parte dos enfermeiros estudados apresenta um nível geral baixo de *burnout*, conforme os critérios que utilizamos (Maslach

Quadro 3 – Classificação das diferentes dimensões do burnout de acordo com os valores apresentados

DIMENSÃO	CLASSIFICAÇÃO (em %)		
	BAIXA	MÉDIA	ALTA
Exaustão emocional	57,2	19,6	23,2
Despersonalização	61,3	14,9	23,8
Realização pessoal	30,4	28,4	41,2

& Jackson, 1997; Parreira & Sousa, 2000; Borges *et al.*, 2002).

De mencionarmos contudo, que o segundo grupo estatisticamente mais significativo, é o dos sujeitos que se distribuem pelos níveis de classificação “alta” de exaustão emocional (23,2%) e de despersonalização (23,8%) e nos níveis “baixa” para a realização pessoal (41,2%), donde podemos dizer que o segundo grupo mais relevante em termos estatísticos é dos enfermeiros que apresentam um nível geral de *burnout* elevado.

Por fim, no que concerne aos problemas de saúde relacionados com o stresse (medidos através da EPSRS, com 12 itens e sete pontos que variam entre 1 = “Nunca” e 7 = “Todos os dias”), a média obtida é de  $x = 2,47$  ( $dp = 1,053$ ), o que nos leva a considerar que em termos globais esta média é baixa, sendo ainda de referir que os itens que apresentam as médias mais elevadas, são respectivamente o “cansaço” ( $x = 3,96$ ,  $dp = 1,638$ ) e os “esquecimentos” ( $x = 3,22$ ,  $dp = 1,623$ ).

### Teste de hipóteses

De modo a verificarmos as hipóteses que formulamos para esta pesquisa, efectuamos o teste de hipóteses a partir de diversas análises tipo predictor-critério que realizamos através de equações de regressão simples, em que apresentamos os resultados que consideramos significativos ( $p < 0,05$ ).

Conforme podemos então observar no quadro 4, confirmamos as hipóteses  $H_1$  – O *burnout* tem influência no absentismo laboral, e  $H_2$  – Existe influência das variáveis sociodemográficas no absentismo laboral.

Quadro 4 – Coeficientes beta standardizados obtidos através de equações de regressão simples, efectuadas entre o *burnout* e as variáveis sociodemográficas (medidas) e o absentismo laboral.

VARIÁVEIS PREDITORAS		MEDIDAS
		ABSENTISMO LABORAL
<i>BURNOUT</i>	Exaustão emocional	0,149*
VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	Idade	0,166*
	Estado civil	0,254***
	Existência de filhos	- 0,303***
	Habilitações literárias	- 0,194**
	Tipo de serviço onde trabalha	0,192**
	Tempo de serviço na profissão	0,172*
	Tempo de serviço no actual serviço	0,218**

Legenda: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

Quadro 5 – Coeficientes beta estandardizados obtidos através de equações de regressão simples, efectuadas entre as variáveis sociodemográficas, os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral, os objectivos profissionais, e a motivação intrínseca (medidas) e o burnout

VARIÁVEIS PREDITORAS		MEDIDAS		
		EM	DP	RP
VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	Existência de filhos		- 0,154*	
	Número de filhos existente			0,286*
	Tempo de casa ao trabalho	0,155*		
	Tipo de cargo	0,435**		0,386**
FACTORES DE MAL-ESTAR RELACIONADOS COM O ABSENTISMO LABORAL		0,277***		
Factores interpessoais e do ambiente de trabalho		0,237**		
Factores psicossomáticos e de condições de trabalho		0,246**		
Factores administrativo-laborais		0,258***		
Factores de gestão do tempo e da carreira		0,164*		
OBJECTIVOS PROFISSIONAIS		- 0,217**		
MOTIVAÇÃO INTRÍNSECA		- 0,157*		

**Legenda:** \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ ;  
 EM – Exaustão emocional;  
 DP – Despersonalização;  
 RP – Realização pessoal.

Relativamente ao quadro 5, podemos dizer que confirmamos as hipóteses  $H_3$  – As variáveis sociodemográficas influenciam o burnout,  $H_4$  – Os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral têm influência no burnout,  $H_8$  – Os objectivos profissionais têm influência no burnout, e  $H_{10}$  – A motivação intrínseca tem influência no burnout.

Em relação ao quadro 6, podemos dizer que confirmamos a hipótese  $H_6$  – O burnout influencia os problemas de saúde relacionados com o stresse.

De referir ainda que não conseguimos confirmar as hipóteses  $H_5$  – Os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral têm influência no burnout,  $H_7$  – Os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral têm influência no burnout.

VARIÁVEIS PREDITORAS		MEDIDAS		
		PSRS	PPSM	PSM
BURNOUT	Exaustão emocional	0,447***	0,320***	0,502***

**Legenda:** \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ ;  
 PSRS – Problemas de saúde relacionados com o stresse;  
 PPSM – Problemas psicossomáticos; PSM – Problemas somáticos.

no absentismo laboral,  $H_7$  – Os problemas de saúde relacionados com o stress têm influência no absentismo laboral,  $H_9$  – Os objectivos profissionais influenciam o absentismo laboral, e  $H_{11}$  – A motivação intrínseca tem influência no *burnout*.

Esta situação de não termos confirmado as hipóteses anteriormente mencionadas, o que de alguma forma contraria alguns aspectos da literatura consultada, (Rodríguez & Ortiz, 1999; Silva & Marziale, 2000; Nascimento, 2003; Reis *et al.*, 2003), por outro também parece confirmar outros aspectos, como o facto de o absentismo laboral ser entendido como um mecanismo de defesa face às pressões exercidas (Benavides & Benach, 2001; Robbins, 2002), pode eventualmente ter relação com os seguintes factores que registamos nesta população: um absentismo baixo ou quase nulo; baixos níveis de *burnout* para a maioria dos inquiridos; os objectivos profissionais serem no sentido de manter a profissão de enfermeiro durante todo o percurso profissional; um nível relativamente elevado na motivação intrínseca; e um nível pouco elevado de frequência de problemas de saúde relacionados com o stress.

Assim sendo, os resultados obtidos relativamente às hipóteses que formulamos para este estudo, permitem-nos dizer que nesta população o absentismo laboral somente é influenciado pelo *burnout* e pelas variáveis sociodemográficas (as quais também influenciam o *burnout*), e que contrariamente ao que postulamos no início desta pesquisa, os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral, os problemas de saúde

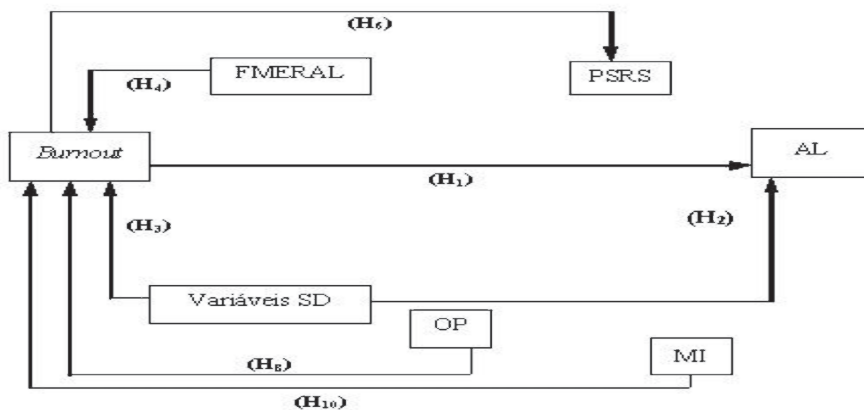


Figura 2 – Representação gráfica do modelo em estudo de acordo com os resultados significativos obtidos

Legenda: AL – absentismo laboral; variáveis SD – variáveis sociodemográficas; FMERAL – factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral; PSRS – problemas de saúde relacionados com o stress; OP – objectivos profissionais; MI – motivação intrínseca; H

relacionados com o stresse, a motivação intrínseca, e os objectivos profissionais, não influenciam o absentismo laboral, mas somente o *burnout*, à excepção dos problemas de saúde relacionados com o stresse que são influenciados por este síndrome.

Então, relativamente ao modelo de relação das variáveis em estudo que propusemos no início desta pesquisa, em função das hipóteses formuladas para a mesma, o modelo que finalmente verificamos é o seguinte (*vide* figura 2).

### OUTRAS RELAÇÕES SIGNIFICATIVAS ENTRE AS VARIÁVEIS

Para além dos resultados que apresentamos e analisamos relativamente aos objectivos formulados para esta pesquisa, também quisemos também saber quais eram as relações significativas que se estabeleciam com as restantes variáveis estudadas, pelas variáveis que apresentamos seguidamente: motivação intrínseca; objectivos profissionais; factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral (FMERAL); e os problemas de saúde relacionados com o stresse (PSRS). Desse modo fomos realizar sucessivas correlações de Pearson ( $r$ ) de modo a determinarmos quais as associações significativas ( $*p > 0,05$ ;  $**p > 0,01$ ;  $***p > 0,001$ ) que se estabeleciam entre as variáveis anteriormente mencionadas, assim como os respectivos sentido das tendências lineares, as quais apresentamos a seguir (indicando o valor mais elevado registado, nas escalas globais ou subescalas para os FMERAL e PSRS).

Desse modo, podemos dizer que os FMERAL apresentam relações significativas com: as variáveis sociodemográficas (SD) a nível do estado civil ( $-0,156^*$ ), existência de filhos ( $0,169^*$ ), as habilitações literárias ( $0,232^{**}$ ), o tipo de serviço onde trabalha ( $0,198^{**}$ ), o tempo de serviço na profissão ( $-0,144^*$ ), o tempo de serviço no actual serviço ( $-0,193^*$ ); com a motivação intrínseca ( $0,149^*$ ); e com os PSRS ( $0,214^{**}$ ). Os PSRS apresentam relações significativas com: as variáveis SD a nível da idade ( $-0,164^*$ ), do género ( $0,212^{**}$ ), do tempo de casa ao trabalho ( $0,175^*$ ), do tipo de serviço onde trabalha ( $-0,145^*$ ), do tempo de serviço na profissão ( $-0,182^*$ ) e no actual serviço ( $-0,229^{**}$ ); e dos FMERAL ( $0,214^{**}$ ). Finalmente, a motivação intrínseca apresenta relações significativas com os objectivos profissionais ( $0,220^{**}$ ); e com os FMERAL ( $0,149^*$ ).

Tendo em conta as associações significativas que encontramos entre estas variáveis, podemos então dizer que os FMERAL, os PSRS e as variáveis SD estabelecem relações significativas entre si, e que a motivação

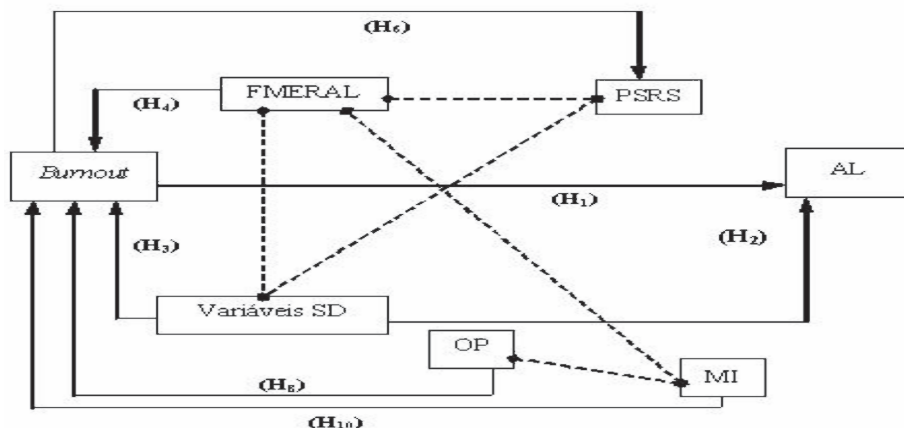


Figura 3 – Representação gráfica do modelo final proposto com as relações apuradas entre outras variáveis

Legenda: AL – absentismo laboral; variáveis SD – variáveis sociodemográficas; FMERAL – factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral; PSRS – problemas de saúde

intrínseca se relaciona significativamente com os objectivos profissionais, e com os factores de mal-estar anteriormente mencionados.

Deste modo, verificamos que este modelo se enquadra no modelo final que apuramos com o teste de hipóteses, conforme o esquema seguinte (*vide* figura 3):

## CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

Os resultados e conclusões obtidos neste estudo concordam com a literatura consultada na maioria dos seus aspectos, embora noutros estejam em desacordo, nomeadamente no que respeita às relações entre algumas variáveis sociodemográficas (*e.g.*, a idade, género sexual, existência e número de filhos), o absentismo laboral e o *burnout*, bem como entre a motivação intrínseca, os objectivos profissionais, e este tipo de absentismo. Pensamos então que provavelmente alguns destes resultados poderão ter ligação com algumas das características da população estudada, como sejam os baixos níveis de absentismo laboral e de *burnout*, e os níveis elevados que se registraram para a motivação intrínseca e para os objectivos profissionais.

Podemos então dizer que esta investigação nos abre caminho para outros estudos, designadamente em relação a alguns aspectos específicos da problemática considerada, como sejam as relações existentes entre o vínculo contratual, a parentalidade, o absentismo laboral e o *burnout*,



justificando-se desenvolver e alargar a sua pesquisa não somente em relação aos enfermeiros, como também a outros grupos socioprofissionais que trabalham na área da Saúde, de modo a aprofundar o nosso conhecimento deste tipo de absentismo nesta área de trabalho, e a contribuir para a sua prevenção.

## REFERÊNCIAS

- Ballone, G. J. (2002). *Síndrome de Burnout*. Consultado em 1 de Março de 2004, em PsiqWeb Psiquiatria Geral em: <http://www.psiqweb.med.br/cursos/stress4.html>.
- Benavides, F. G., & Benach, J. (2001). Working conditions and sickness absence: a complex relation. *J Epidemiol Community Health*, 55, 368.
- Borges et al. (2002). O síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicologia: reflexão e crítica* 15(1), 189-200.
- Echaudemaison, C. D. (Coord.). (2001). *Dicionário de Economia e Ciências Sociais*. Porto: Porto Editora.
- Evangelista, R. A., Hortense, P, & Sousa, F. A. E. F. (2004). Estimção de magnitude do estresse, pelos alunos de graduação, quanto ao cuidado de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*, 12(6), 913-917.
- Faria, M. C. C. S. (2003). Educação para a saúde no ensino superior – presentes no futuro. *Ler educação*, 2(3), 95-118.
- Guido, L. A. (2003). *Stress e coping entre enfermeiros de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica*. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. Consultado em SABER – Biblioteca Digital de Teses e Dissertações – Universidade de São Paulo em 2 de Fevereiro de 2005: [http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-22122003-160217/publico/Laura\\_tese.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-22122003-160217/publico/Laura_tese.pdf).
- Hill, M. M, & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário* (2ª. Ed.). Lisboa: Edições Silabo.
- Jacques, M. G. C. (2003). Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. *Psicologia & Sociedade*, 15(1), 97-116.
- Jesus, S. N. (1996). *A motivação para a profissão docente – contributo para a clarificação de situações de mal-estar e para a formação de estratégias de formação de professores*. Aveiro: Estante Editora.
- Jesus, S. N. (2000). *Motivação e formação de professores*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Mallada, J. R. (2004). *La gestión del ausentismo laboral en las empresas españolas*. Consultado em 27 de Julho de 2005, em Publumatic – Atenea: <http://www.publumatic.com/hacecuerpo.php?d=nuevosrumbos&numart=24644&numedi=2004-01-27&seccion=documentos>.
- Martinez, J. C. A. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome del burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*. 71(3), 293-303.
- Maslach, C. P., & Leiter, M. P. (1999). *Fonte de Prazer ou Desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa*. Campinas: Papirus.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1997). *MBI, inventario «burnout» de Maslach*. Madrid: TEA Ediciones.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: how organizations cause stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Moncada i Lluís, S. M. (2000). *Continguts del treball i incapacitat temporal: en la cohort “casa gran” de treballadors de l’ajuntament de Barcelona*. Tese de Doutorado, Universidade Autònoma de Barcelona, Barcelona. Consultado em 27 de Julho de 2005, em Servidor de Tesis Doctorals en Xarxa: [http://www.tdx.cesca.es/TESIS\\_UAB/AVAILABLE/TDX-0927102-141127/sml1de5.pdf](http://www.tdx.cesca.es/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-0927102-141127/sml1de5.pdf).
- Murcho, N. A. C. (2006). *Burnout e absentismo laboral em enfermeiros*. Tese de Mestrado, Departamento de Psicologia, Faculdade de Ciência Humanas e Sociais, Universidade do Algarve, Faro.
- Murcho, N. A. C., & Jesus, S. N. (2006). Escala de Factores de Absentismo Laboral (EFAL): Um estudo prévio. In Isabel Leal, J. L. Pais Ribeiro, & Saul N. de Jesus (Ed.). *6º. Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas* (pp. 805 – 810). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Nascimento, G. M. (2003). *Estudo do Absentismo de Trabalhadores de Enfermagem em uma unidade básica de saúde do Município de Ribeirão Preto - SP*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem

## A FELICIDADE NOS PROFESSORES COMO EXPRESSÃO DE SAÚDE

de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Consultado em 27 de Julho de 2005, em Biblioteca de Teses e Dissertações – Universidade de São Paulo: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-21052004-110529/publico/Dissertacao.pdf>.

Nunes, F., & Vala, J. (2002). *Cultura organizacional e gestão de Recursos Humanos*. In A. Caetano, & J. Vala (Org.). *Gestão de Recursos Humanos – Contextos, processos e técnicas* (2ª. ed., pp. 119-150). Lisboa: Editora RH.

Pacheco, J. E. P., Murcho, N., Pacheco, A. S., & Murcho, A. (2006). Escala de problemas de saúde relacionados com o stresse. In Isabel Leal, J. L. Pais Ribeiro, & Saul N. de Jesus (Ed.). 6ª. *Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas* (pp. 727 – 732). Faro: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Pais Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em Psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Parreira, P., & Sousa, F. (2000). Contacto com a morte e síndrome de burnout. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 1, 17-23.

Peretti, J. M. (2001). *Recursos Humanos* (3ª. ed.). Lisboa: Edições Silabo.

Pina e Cunha, M., Rego, A., Campos e Cunha, R., & Cabral-Cardoso, C. (2003). *Manual do comportamento organizacional e gestão*. Lisboa: Editora RH.

Pinto, A. M., Lima, M. L., & Silva, A. L. (2003). Stress profissional em professores portugueses: incidência, preditores e reacção de burnout. *Psychologica*, 33, 181-194.

Plana, A. P., Fabregat, A. A., & Gassió, J. B. (2003). Burnout syndrome and coping strategies: a structural relations model. *Psychology in Spain*, 7(1), 46-55.

Pueyo, R. C. (2000). El síndrome de burnout o de desgaste profesional. *JANO EMC*, 58(1334), 56-58. Consultado em 2 de Agosto de 2005, em Doyma: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=9224>.

Queirós, P. J. P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Edições Sinais Vitais.

Rego, A., & Couto, S. (2005). *Como os climas organizacionais autênticos explicam o absentismo, a produtividade e o stresse: um estudo luso-brasileiro*. Documentos de Trabalho em Gestão, Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial, Universidade de Aveiro, Aveiro. Consultado em 27 de Julho de 2005 em Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial – Universidade de Aveiro: [http://www.egi.ua.pt/wp\\_gestao/WP5\\_OA\\_stresse\\_prod\\_abse.pdf](http://www.egi.ua.pt/wp_gestao/WP5_OA_stresse_prod_abse.pdf).

Reis, R. J. et al. (2003). Fatores relacionados ao absentismo por doença em profissionais de Enfermagem. *Revista de saúde Pública*, 37(5), 616-623.

Robbins, S. P. (2002). *Comportamento organizacional* (2ª. ed.). S. Paulo: Prentice-Hall do Brasil.

Rodríguez, A., & Ortiz, Y. (1999). Absentismo laboral. *Salud y Seguridad*. 2(2). Consultado em 25 de Julho de 2005, em Servicio de Prevención de Riesgos Laborales/Gabinete de Prevención y Calidad Ambiental de la Universidad de Granada: <http://www.ugr.es/~gabpca/salud-2.htm>.

Roper, N., Logan, W.W., & Tierney, A. J. (1995). *Modelo de Enfermagem* (3ª ed.). Alfragide: Editora McGraw-Hill de Portugal.

Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (1996). Professional Burnout. In M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst & C. L. Cooper (Ed.). *Handbook of work and health psychology* (pp. 311-346). [s.l.]: John Wiley & Sons Ltd.

Sekiou, L., et al. (2001). *Gestion des ressources humaines* (2ª. ed.). Bruxelles: Éditions De Boek.

Silva, D. M. P. P., & Marziale, M. H. P. (2000). Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Revista latino-americana de Enfermagem*, 8(5), 44-51.

Souza, S. R. O. S., Almeida, J. F., Silva, M. J., & Neves, M. G. (2001). *Absenteísmo de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de Adulto*. Consultado em 24 de Outubro de 2005 em “Calass 2001 – XII Congrès l’Allass”: <http://www.alass.org/es/Actas/57-BR.doc>.

Urbina, J. E., & Urbina de Urbina, M. E. (2000). Absentismo Laboral - Circunstancias Somato-Psico-Sociales: Propuesta a una Clasificación. *Archivos Venezolanos de Psiquiatria y Neurología*, 46(95). Consultado em 8 de Março de 2004, em Infomedic online: <http://www.infomedonline.com.ve/psiquiatria/art46953.pdf>.

Watts-Davies, R. (1993). *Absentismo*. Lisboa : Gradiva.

## CAPÍTULO 19

# INTERFACES ENTRE FATORES SOCIOPSIKOSSOMÁTICOS E A CARDIOLOGIA, SOB O ENFOQUE DA PSICOLOGIA PSICANALÍTICA

ANA AUGUSTA MARIA PEREIRA

ADRIANA SANCHES PEDROLO

JOSÉ TOLENTINO ROSA

*Universidade Metodista de São Paulo – Brasil*

Fatores psicossociais têm sido relacionados a doenças arteriais coronárias, mas a maioria dos estudos anteriores foi feita principalmente com populações da América do Norte e da Europa. O objetivo do presente capítulo é apresentar resultados de pesquisas feitas no Brasil sobre fatores psicossociais, considerados os mais importantes em países do terceiro mundo.

As pesquisas apontam os fatores psicossociais como fortemente associados ao risco de infarto do miocárdio e a outras doenças cardíacas (Pedrolo, 2006; Rosengren et al., 2004). Ao investigar os fatores de risco na doença arterial coronária (DAC) associados a crises emocionais, Moraes concluiu que as situações de crise emocional representam uma ameaça para a instalação e evolução dessa doença, que a mudança de estilo de vida e a melhor administração dos conflitos e de sua expressividade emocional reduzem os fatores de risco (Moraes, 2005).

A aceitação do transplante cardíaco é estatisticamente menos frequente entre as mulheres, porém as fantasias inconscientes aparecem muito cedo, podendo ser detectadas em crianças de oito e nove anos de idade. Uma pesquisa de iniciação científica investigou as fantasias inconscientes de crianças com entrevistas em que deveriam completar histórias de animais que estavam doentes e necessitavam de transplante cardíaco (Nascimento & Rosa, 2004). A autora estudou o que pensam essas crianças sobre a doação de órgãos, explorando a respeito do transplante cardíaco, envolvendo o papel do doador e do receptor: sentimentos da família do paciente cardíaco, focalizando especialmente as diferenças entre as narrativas de meninas e

meninos a respeito do significado do novo órgão (Nascimento & Rosa, 2004). Três meninos e três meninas, com idades entre oito e nove anos, foram entrevistados, contaram histórias e responderam a questões sobre o desfecho, manifestando, dessa forma, suas fantasias sobre o transplante cardíaco. Os pais autorizaram a participação da criança. Após as narrativas, foram feitas perguntas para levantar as fantasias inconscientes – os desejos inconscientes, os medos e temores e os mecanismos de defesa. Os fatos psicológicos mostram semelhança do pensamento das crianças com as crenças de adultos, observadas na população de transplantados que estão relacionadas à baixa frequência de mulheres que aceitam o transplante cardíaco. Tal recusa associa-se à alta resistência psicológica das pacientes que têm fantasias e sonhos de que estão grávidas, mas desconhecem o pai da criança e apresentam fantasias persecutórias sobre o enxerto e o doador. A autora conclui que para os meninos era aceita a sugestão de transplante, tanto para bois quanto para vacas, mas as meninas recusavam o transplante para as vacas, dizendo que seria melhor que elas não fizessem o transplante cardíaco.

Há pesquisas sobre fatores sociopsicossomáticos influenciando na sobrevida do transplante cardíaco e sobre modalidades especiais de comunicação entre os pacientes e a equipe multidisciplinar de saúde. Os fatores psicossociais estão associados ao aumento do risco de enfarto agudo do miocárdio, e novos estudos devem incentivar programas de psicologia da saúde a fim de obter as condições psicológicas necessárias para diminuir o risco e os danos sociopsicossomáticos (Moraes, 2005; Pedrolo, 2006; Rosengren et al., 2004).

Em seguida, serão comentados os principais resultados de estudos realizados no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, Brasil, sobre os fatores psicológicos associados ao transplante cardíaco e que, atualmente, fornecem um modelo clínico de pesquisa e investigação em psicologia da saúde aplicada ao contexto hospitalar. O Instituto Dante Pazzanese produz e compartilha, historicamente, avanços tecnológicos e científicos da cardiologia no mundo. A inserção de psicólogos, no instituto, manteve-se atrelada à necessidade de pesquisas de cunho epidemiológico e clínico sobre os fatores psicopatogênicos potenciais, associados às diferentes patologias cardiovasculares; subsidiando a prática clínica na assistência a essa população.

### **TRANSPLANTE CARDÍACO – UM MODELO CLÍNICO DE PESQUISA E INTERVENÇÃO EM PSICOLOGIA HOSPITALAR**

Ao longo do tempo, dentro de uma perspectiva clínica, cujas práxis e investigação não se dissociam, esses profissionais têm contribuído com conhecimento, à luz da teoria psicanalítica, sobre a vivência emocional

de pacientes diante de certas situações de tratamento clínico/cirúrgico, orientando um atendimento psicoterápico especializado e eficaz no sentido de diminuir o sofrimento emocional pelo impacto da hospitalização e de procedimentos invasivos que demandam remanejamentos mentais importantes, tais como um transplante de coração.

Objetiva-se discorrer sobre a inserção de psicólogos junto à equipe de transplante cardíaco da instituição, sua atuação, considerações éticas e fornecer subsídios teóricos, a partir da teoria das relações objetais, sobre a forma de funcionamento mental de pacientes no processo desse transplante, delineando os aspectos emocionais que estão a serviço de sua sobrevivência ou que fomentam a desesperança em sua luta.

Esse tipo de intervenção cirúrgica está indicada ao paciente com maior risco de morte por doença cardíaca terminal, refratária aos tratamentos convencionais e com chances de um melhor resultado satisfatório. Trata-se, portanto, de um procedimento seletivo, não só pelo número insuficiente de doadores, mas por ser uma situação artificialmente criada e mantida às custas do tratamento imunossupressor, que deve excluir morbidades associadas e que exige do paciente uma adaptação psicológica para que ele possa suportar, emocionalmente, o impacto das mudanças em seu corpo e estilo de vida, bem como das exigências e intercorrências clínicas do protocolo clínico.

A Psiquiatria e a Psicologia Comportamental têm descrito critérios de morbidade mental e identificado fatores psicossociais, que podem influir na consecução e o resultado do transplante cardíaco. A tentativa é prever a ocorrência futura de distúrbios mentais adversos após a cirurgia, risco de abandono de tratamento e identificar quais fatores psicossociais interfeririam na sobrevida e na qualidade de vida desses transplantados (Brandwin & et al., 2000; Chacko & et al., 1996; Dew & et al., 1994; Grandi & et al., 2001; W. F. Kuhn et al., 1990; W.F. Kuhn et al., 1998; Levenson & Olbrisch, 1993; Maricle, Burt, & Hosenpud, 1991; R. A. Maricle et al., 1991; Olbrisch & Levenson, 1991; Phipps, 1997; Skotzko & et al., 1999).

Nenhuma dessas disciplinas leva em conta o impacto psicológico que a indicação de um transplante cardíaco provoca no paciente e o dilema que se estabelece entre o desejo de manter-se vivo, ao mesmo tempo em que é requisitado para uma situação de risco assistido, em uma cirurgia com uma simbologia particular, de morte e de renascimento.

Na prática clínica, no âmbito hospitalar, quando se muda o paradigma de observação dos fenômenos que emergem para o campo intersubjetivo, no qual paciente e psicólogo interagem, em um campo transferencial, e considera-se o caráter dinâmico, mutável e contraditório, a um só tempo, do funcionamento mental, à luz das concepções psicanalíticas, podemos obter diagnósticos operacionalizados, ajustados à situação de

sofrimento mental desses doentes crônicos, combalidos em várias áreas.

### **ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PSICOLÓGICO PARA TRANSPLANTE, A PARTIR DAS MODALIDADES DE VÍNCULO AO TRATAMENTO**

Nesse sentido, nosso primeiro desafio foi delimitar um fator diferencial para incluir pacientes no programa de transplante, tendo em vista a presença de antecedentes de abuso de bebida alcoólica, como um dado prevalente na população de candidatos ao transplante, com provável participação etiológica ou agravante na dilatação do músculo cardíaco. Nosso estudo demonstrou como a pronta exclusão de pacientes, com histórico de abuso de bebida alcoólica, antes do aparecimento da cardiopatia e da inclusão de pacientes abstinentes, por um período considerável, pode ser enganosa, quando o objetivo é avaliar o vínculo e a capacidade de preservação do tratamento (Pereira & Rosa, 1998).

Observou-se que os pacientes que não se engajavam na terapêutica ressaltavam o caráter inofensivo do abuso alcoólico, justificando-se no controle das doses ingeridas. Essa presunção, longe de qualquer benesse, revelava a recusa do paciente em aceitar qualquer posição de dependência, de falta ou carência. Esse padrão era deslocado para o tratamento, embora não recusassem a indicação de transplante; alegavam, enfaticamente, que, com um melhor controle sobre a adesão ao tratamento para a insuficiência cardíaca, descartariam a necessidade da cirurgia, ao mesmo tempo em que falhavam acintosamente, nesse aspecto, principalmente na ingestão de líquidos, que deve ser controlada.

Uma análise retrospectiva em prontuário psicológico de 221 candidatos ao transplante, no período de outubro de 1991 a março de 1999, das dificuldades psicológicas trazidas durante o atendimento e classificadas de acordo com a especificidade dos sentimentos, reações emocionais e atitudes frente ao transplante demonstraram modalidades de vínculo relacional-emocional ao tratamento que influenciam seu desfecho, com diferenças em nível de significância estatística (Pereira, 2000b; Pereira, Rosa, & Haddad, 2002a).

Aos dados obtidos nas entrevistas, que são norteadas pelos preceitos da psicologia breve de orientação psicodinâmica, foi aplicada a Escala Diagnóstica de Ryad Simon (1989). Os resultados obtidos são sinteticamente descritos a seguir.

#### ***Grupo 1 – Ambivalência (N = 11)***

Os pacientes desse grupo explicitavam suas dúvidas em realizar o procedimento. Eles reconheciam a necessidade do transplante e não negavam a gravidade de sua condição clínica. Entretanto, temiam que não pudessem

ser bem sucedidos na cirurgia ou ter uma melhor qualidade de vida após o procedimento. A inclusão do paciente no programa de transplante permanecia na dependência de ele tomar uma decisão.

### ***Grupo 2 – Autocrítica (N = 38)***

Nesse grupo, os pacientes demonstravam sentimentos de desvalia, estigma e fatalismo, que os levavam a se criticar intensamente; eles não se consideravam aptos ou adequados para receber o tratamento; queixas depressivas eram explícitas entre os componentes do grupo. Além disso, culpavam-se por condutas no passado (etilismo: abandono de lar e filhos; prejuízos materiais e danos a terceiros). Consideravam-se pessoas de “pouca sorte”, destinadas ao fracasso e ao sofrimento.

### ***Grupo 3 – Onipotência (N = 39)***

Esses pacientes negavam a gravidade da doença sem, contudo recusarem a indicação cirúrgica, submetendo-se aos exames laboratoriais preparatórios. Nos atendimentos psicológicos, revelavam que bastaria corrigir as dificuldades de adesão ao tratamento médico para recuperar a saúde novamente. O transplante cardíaco era tratado como assunto banal, cujos benefícios ou eram desvalorizados ou superestimados. Os pacientes desse terceiro grupo eram, comparativamente, aqueles que mais freqüentemente apresentavam histórico de dificuldades para seguir o tratamento prescrito e antecedente alcoólico.

### ***Grupo 4 – Desesperança (N = 39)***

Nesse grupo, os pacientes demonstravam estar desesperançados; duvidavam de sua capacidade de sobrevivência até à obtenção do órgão, permaneciam obsessivamente preocupados com o tempo de espera e insones. Apresentaram intensa queda da probabilidade acumulada de sobrevivência (inferior a seis meses) antes do transplante, diferenciando-se, em nível de significância estatística, quando comparados aos demais grupos de pacientes estudados.

Além de terem maior vulnerabilidade emocional na situação, apresentaram-se mais desadaptados no setor sociocultural (Edao), quando comparados aos demais grupos, em nível de significância estatística. Eram pacientes que se ressentiam da falta de convívio social pela presença da doença ou que buscavam na religiosidade, a única forma de vínculo significativo.

### ***Grupo 5 – Dependência (N = 23)***

Esses pacientes apresentavam como queixas as dificuldades para pensar sobre o transplante e ficavam confusos quando eram indagados sobre o que desejavam fazer para recuperar a saúde. Dificuldades para pensar e

falar sobre seus sentimentos eram muito comuns entre os pacientes desse grupo. Não tinham uma opinião própria; a aceitação da cirurgia dependeria somente da decisão médica, da opinião de algum familiar e de várias contingências externas, tais como o destino, a sorte e os desígnios de Deus.

### ***Grupo 6 – Recusa (N = 13)***

Esses pacientes recusaram prontamente o transplante cardíaco. Essa posição foi firmemente sustentada, e não manifestaram adesão em submeter-se aos exames preliminares. Eles alegaram motivos religiosos, idade avançada, não aceitação da cardiopatia, compromissos familiares, constrangimento com o fato de virem a possuir o coração de outra pessoa, não aceitação da doação de órgãos, desconfiança em relação à obtenção da medicação imunossupressora e “alto risco” de rejeição para justificarem sua decisão.

### ***Grupo 7 – Adaptação (N = 42)***

Observou-se, nesses pacientes, clara aceitação da piora da cardiopatia e do reconhecimento do insucesso do tratamento clínico convencional para insuficiência cardíaca. Eles desejavam que o transplante fosse realizado enquanto “estivessem bem”, ou seja, com as demais funções corporais estáveis. Comentavam que, quando “pensamentos ruins” vinham à mente (morrer, por exemplo), procuravam afastá-los, pensando nos benefícios que obteriam, realizando a cirurgia. Eles construíam planos para o futuro – pretendiam viver melhor após o transplante.

Além da posição favorável em relação à indicação de tratamento, os pacientes desse grupo apresentavam melhor eficácia adaptativa no setor afetivo-relacional (Edao) que os pacientes dos demais grupos ( $p < 0,001$ ), ou seja, apresentavam respostas adequadas para a solução de seus problemas no relacionamento com seus semelhantes e consigo mesmos, promotores de satisfação, auto-estima, sem provocar conflitos com os demais e com sua pessoa.

### ***Grupo 8 – Dissociação (N = 16)***

Esses pacientes aceitavam a indicação do transplante cardíaco, reconheciam a gravidade da cardiopatia, mas não acreditavam que fossem realizar a cirurgia. Mantinham essas duas atitudes dissociadas e, caso fossem indagados sobre a real motivação para o transplante, esforçavam-se para atestar a veracidade de suas intenções. Esses pacientes preocupavam-se em obter informações sobre as normas do programa e o que a equipe desejava deles. Quando indagados sobre sua vida pessoal, demonstravam um comportamento de esquiva. O depoimento de familiares (principalmente o cônjuge) desmentia a capacidade de autocuidado do paciente e a estabilidade alegada de suas



relações familiares, justificando a reação contratransferencial de desconfiança, despertada na equipe.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, em função da inclusão de seus integrantes na fila de espera para obtenção do órgão e da realização do transplante cardíaco ( $p < 0,001$ ), indicando que a modalidade de vínculo relacional-emocional ao transplante pode influir na organização e execução do tratamento. Somente no grupo 8 (Dissociação), constatou-se sua desistência durante o período de espera e a ocorrência de abandono de tratamento imunossupressor em um caso, após a cirurgia.

Foi possível depreender, ainda, que a ausculta dos sentimentos, das reações emocionais e atitudes nesses pacientes é difícil. Acentuados mecanismos de defesa, minimização ou omissão deliberada de dificuldades, deficiência na capacidade de simbolização, urgência de tempo para definição de condutas, resistência ao tratamento e a própria descatexia<sup>1</sup> do coração doente, para ceder lugar ao enxerto (coração doado) são obstáculos para a investigação e intervenção psicológica (Pereira, 2000a, 2000b).

Além disso, verificou-se que havia mobilidade dos pacientes nos grupos, portanto, a natureza do vínculo com o tratamento podia ser mudada, indicando ser possível, ao paciente, utilizar o atendimento prestado pela equipe multiprofissional para os ajustes necessários, o que ameniza o peso da decisão da equipe, quando ela esbarra em algum fator negativo.

Se nosso esforço terapêutico é bem sucedido, acreditamos que indivíduos sob risco psicológico para transplante cardíaco poderão ser beneficiados, possibilitando-se a elaboração de conflitos e o uso de defesas menos primitivas, deixando-se as contra-indicações para casos excepcionais. Somente sob a perspectiva de uma aliança terapêutica, é possível falar sobre o que *vai mal*, quando surgir um impasse no modo pelo qual os objetivos devem ser alcançados entre as partes (equipe e paciente).

Vieira (2000), em seu artigo sobre a evolução no pensamento psicanalítico após cem anos de psicanálise, restringe sua escrita à colaboração de autores, como Winnicott, Bion e André Green, ao aprofundamento da atitude interna do psicanalista frente aos casos chamados difíceis, de patologia severa e da chamada “clínica do negativo”. Aponta em comum as dificuldades emergentes do analista para lidar com situações como a

<sup>1</sup> Vieira (2000), em seu artigo sobre a evolução no pensamento psicanalítico após cem anos de psicanálise, restringe sua escrita à colaboração de autores, como Winnicott, Bion e André Green, ao aprofundamento da atitude interna do psicanalista frente aos casos chamados difíceis, de patologia severa e da chamada “clínica do negativo”. Aponta em comum as dificuldades emergentes do analista para lidar com situações como a depressão como uma descatexia radical, estados em branco e constantes ataques à dupla analítica, exigindo uma “escuta dissonante”, incluindo nessa evolução a capacidade de lidar com seus aspectos narcísicos e da parte psicótica do próprio psicanalista.

depressão como uma descatexia radical, estados em branco e constantes ataques à dupla analítica, exigindo uma “escuta dissonante”, incluindo nessa evolução a capacidade de lidar com seus aspectos narcísicos e da parte psicótica do próprio psicanalista.

Nessa posição, deixando de ser apenas objeto de avaliação e tornando-se sujeito participativo, o paciente pode ser comunicado a respeito de sua responsabilidade e de sua possível quebra de compromisso em relação à preservação do tratamento. Esta parece ser a postura ética mais aceitável, por parte da equipe: permitir a ele a liberdade de escolha, quer no sentido de utilizá-la, buscando as mudanças necessárias, quer no sentido de procurar outro centro transplantador (Pereira, Rosa, & Haddad, 2002b).

### **TRANSPLANTE CARDÍACO – UMA PERVERSÃO ROMÂNTICA DA REALIDADE DA MORTE?**

Considerando-se as características dos pacientes mais adaptados ao transplante, com bom curso evolutivo (grupo 7), chamou-nos a atenção a idéia de “sentirem-se bem” para realizá-lo. Por que nem todos os pacientes sentiam-se bem para realizar a cirurgia? Tratar-se-ia apenas de um mecanismo de negação ou um tipo de organização mental qualitativamente diferente para aceitar uma cirurgia que representa simbolicamente a morte e a ressurreição.

Ressaltamos que esses pacientes sentiam-se bem para realizar a intervenção. Outros, sob o simples predomínio do mecanismo de negação, apoiavam-se nessa mesma premissa, exatamente para não aceitarem a indicação de transplante.

A metáfora da Fênix, ave mítica que, ao final de seu ciclo, atea-se fogo para ressurgir das cinzas, pode ser empregada como alusão à atitude do candidato a transplante. Encontramos, no campo psicanalítico, um modelo explicativo (Steiner, 1997) desse funcionamento mental, na teoria dos refúgios psíquicos de John Steiner, o qual (1997) apóia-se no conceito freudiano de fetichismo como posição transitória, na qual o sujeito, diante da angústia excessiva (da castração e da diferença sexual), mantém duas versões contraditórias da realidade cindidas e coexistentes, a que nega e a que aceita, pelo horror que desperta. Essa posição de refúgio poderia servir como estratégia temporária de sobrevivência psíquica, para lidar com outras situações traumáticas, tais como a perspectiva da morte.

Empreendemos estudo (Pereira, 2006), no sentido de conhecer o funcionamento mental desses pacientes, a partir de suas relações objetais inconscientes, delimitar uma vivência emocional particular a essa vivência, também observar se a tese de que esses pacientes abrigar-se-iam nesse refúgio psíquico, é pertinente, a fim de proteger o ego contra o caos interno de ansiedades persecutórias e depressivas, diante da percepção do prognóstico

sombrio de sua sobrevivência.

Para tanto, aplicamos como procedimento a técnica de relações objetivas de H. Phillipson (Grassano, 1996; Phillipson, 1981), em 63 pessoas com cardiopatias de indicação para transplante, divididos em dois grupos (GA = não realizaram o transplante, GB = realizaram-no). O tempo de observação e coleta de dados abrangeu desde a indicação do transplante e encaminhamento à equipe de psicologia até seis meses após a realização da cirurgia.

As entrevistas psicológicas com os pacientes, além de estarem subordinadas ao pensamento clínico tradicional para apreensão da dinâmica intrapsíquica e delimitação de alguma possível dificuldade emocional, que pudesse tolher o ajustamento do paciente frente à situação, obedeceram às recomendações da psicologia clínica preventiva de Ryad Simon (1993, 1998) e da psicoterapia breve de orientação psicanalítica de Hector Fiorini (1978). À medida que o paciente trazia suas experiências pessoais e relacionais, embutidas no relato histórico de sua enfermidade cardíaca e tratamento médico, procurávamos delimitar um foco, unificando as questões atualizadas na situação de transplante às dificuldades emocionais prévias, prevenindo a repetição de condutas conflituosas ou estereotipadas, que podiam ser transferidas para o vínculo com o tratamento e com a equipe que assistia o paciente no programa de transplante cardíaco.

Em síntese, os resultados desse estudo demonstraram um perfil homogêneo entre os pacientes, em ambos os grupos. Eles não diferiam no que contavam e como contavam as histórias ao TRO. De modo geral, apresentavam indicadores de depressão, de acordo com a classificação de Elsa Grassano para o teste (Grassano, 1996). Dada a constatação de comprometimento psíquico nessa população, buscamos respostas para compreender quais diferenças levariam alguns pacientes ao êxito nesse tipo de cirurgia e tratamento clínico, enquanto outros fracassavam.

Encontramos, basicamente, três estilos de narrativas entre as 819 lâminas analisadas. Tomamos aqui a lâmina A1 como exemplo ilustrativo em três casos.

1.1. Estilo contemplativo – “Vejo um homem parado, braços cruzados, no meio de um redemoinho. Está parado, olhando ele passar. O que aconteceu? Estava observando algo e um redemoinho passou por ele. Final? O redemoinho passa. E o homem? Continua observando.”

1.2. Estilo religioso – “No claro, a imagem de Jesus. O outro, ajoelhado, também olhando. O que aconteceu? Estão no infinito, nas nuvens, contemplando a imagem, orando. Todos nas nuvens. No final? Meditam sobre o dia, como eu oro todo dia. O que pedem? Um dia melhor, um futuro melhor, se tiver fé, vão conseguir.”

1.3. Estilo trágico – “Um casal, numa fonte, olhando o chafariz. Vieram do

interior e foram passear num domingo. Futuro? Um dia eles vão morrer, é só isso.”

Sugerimos que os pacientes que optavam pelo estilo contemplativo e religioso encontravam-se abrigados nos refúgios psíquicos, a salvo, e dependentes de bons objetos, protegidos da realidade da perda, da saúde e dos anos de vida que poderiam não vir, ao mesmo tempo em que observavam a devastação ocorrendo como um espectador externo. A análise seqüencial desses casos mostrou que a estratégia foi benéfica para o alcance do transplante.

O mesmo não ocorria com os pacientes nos quais prevaleceu o estilo trágico, que fracassavam com mais freqüência, para engajarem-se no tratamento e sobreviver durante o período de espera pelo doador e após a cirurgia.

Uma vez que a depressão, ou a defesa contra ela, predominava no mundo mental desses pacientes, um outro fator diferencial revelou-se de importância clínica – o manejo da culpa. Sua negação pareceu ser adequada para que o paciente mantivesse a ilusão de proteção encontrada no refúgio de forma benigna.

Diferentemente desses casos, duas outras modalidades de manejo puderam ser observadas. Na primeira, a impossibilidade de pensar sobre a natureza de sua culpa transformava-se em ódio, arrogância, frieza e crueldade. Isso predominou nas narrativas de duas ocorrências que foram a óbito, após a cirurgia, depois de romperem a aliança terapêutica com a equipe por meio de falhas no autocuidado e de repúdio ao transplante realizado.

Na segunda, os aspectos cruéis e punitivos do superego levavam o paciente à crença de falta de merecimento. Ilustramos, a seguir, esses aspectos comentados.

**Lâmina B2 (predomínio da frieza e crueldade)** – “Vejo uma árvore, um castelo e duas pessoas à espera de alguém, embaixo da árvore. Quem vai chegar? As pessoas que moram na casa. E assim passou a noite, e a pessoa esperada não apareceu. Por quê? Aí descobriram que estavam dentro da casa. Tinham morrido envenenados, e, até hoje, ninguém sabe qual o fundamento.”

**Lâmina A1 (predomínio da crueldade do superego)** – “É um homem. Parece alguém sentado em volta. A que está sentada pede ajuda. Ele está decidindo se ajuda ou não. Ela fala algo para ele. Ele está pensando se vai ajudar ou não. No final? Acho que ele não vai ajudar. Por quê? Pela maneira que está de pé, não se curvou ou agachou para ouvir a pessoa. Ele está de braços cruzados.”

**Lâmina B3 (atenuação da culpa)** – “Nota-se um casal, conversando e sendo observado por uma terceira pessoa. Quase uma espreita, não está

definido o que faz. Observa os outros, quase numa escuta. Espreita? Uma conversa sigilosa, o casal conversa com tranquilidade. Pelo aspecto da terceira pessoa, escuta, revela uma maldade. O claro do casal revela que não tem nada a esconder.”

Outro fator norteador na análise do TRO dos candidatos ao transplante de coração foi encontrado na diferença estatisticamente significativa na *performance* dos pacientes frente às lâminas BG e C2, sendo que, no grupo A, aqueles que não realizaram a cirurgia, a produção estava mais comprometida, comparativamente ao outro grupo estudado. Todavia, não podemos afirmar que as dificuldades de ajuste perceptual fossem um fator de obstáculo ao procedimento, uma vez que também foram encontradas em casos transplantados e bem sucedidos após a cirurgia.

Frente à lâmina BG, os pacientes do grupo A omitiam, com mais frequência, o personagem que está só à porta ou o grupo que está no interior do ambiente, transformando uma situação grupal em uma de dois personagens. Nossa interpretação para essa omissão perceptual é de rejeição à indicação de transplante (não estão à porta para entrar), quer porque não se sentiam capazes de suportá-lo, quer porque projetavam sua agressão nesse continente, convertendo-o em perseguidor (apagamento perceptual do grupo).

A lâmina C2 evoca o futuro, e, diante dela, os pacientes do grupo A bloqueavam-se mais frequentemente. A resposta de bloqueio frente ao teste indica a paralisação do ego em relação à reparação e criatividade, expressão de desânimo e impotência. Sugere-se que, nesses casos, a perspectiva de sucesso no transplante já era dada como fracassada, a equipe nada podia fazer.

A idéia de Steiner, utilizando a concepção de refúgio psíquico para abordar a questão da morte, o denominará de uma perversão romântica da realidade do tempo, na medida em que se trata de um estado da mente que cria uma terceira realidade, que leva a um mundo de idealizações, em que as coisas boas continuam para sempre.

O transplante cardíaco coloca o paciente em uma dupla realidade – a da morte e do renascimento. Ao mesmo tempo em que apela à elaboração do luto, diante da perspectiva da própria morte, condição *sine qua non* para se aceitar um transplante, requisita um empreendimento para a vida e, portanto, está a serviço do encobrimento da verdade da morte.

Essa loucura transitória deverá ceder, depois da realização da cirurgia, e, de fato, isso tende a acontecer; as intercorrências médicas parecem favorecer a saída do refúgio após a intervenção cirúrgica. Aos poucos, o paciente vai integrando esta nova realidade, que possui seus aspectos bons e maus, e passa a aceitar que nem tudo está sob seu controle – ele continua sendo mortal; lidar com a perda é inevitável. Ele precisa aceitar

o fato de que sua sobrevivência depende de um objeto que não se originou dele – o enxerto, e que esse bom objeto não é perfeito, daí a necessidade do permanente acompanhamento médico.

A explicação de Gotzman estabelece a hipótese de que o paciente transplantado assimilaria o órgão e o doador como *objetos transicionais* (Gotzmann, 2004), à luz do pensamento winnicottiano (Winnicott, 1951/1993), quando, na realidade, o órgão não mais pertence ao doador (uma pessoa morta) e sim ao transplantado, tendo, portanto, de adquirir as características biológicas de seu novo dono. Completamos apenas que esse espaço de ilusão não está localizado apenas no pós-operatório, com a materialidade do enxerto, mas presente antes, para dar conta das duas realidades de que falamos na área de refúgio – a da morte (do doador e do receptor) e a do renascimento ou ressucitação apenas da pessoa que recebeu o órgão enxertado, um objeto parcial que poderá ser totalizado e integrado na nova unidade biológica à qual pertence.

Esperamos que futuros estudos possam comparar esses dados em outras situações médicas de gravidade, utilizando-se esses mesmos procedimentos, para averiguar se os refúgios psíquicos são, também, utilizados dessa forma benéfica ou se esse estado da mente só é possível com a indicação de um transplante de coração.

## REFERÊNCIAS

- Brandwin, M., & et al. (2000). Personality predictors of mortality in cardiac transplant candidates and recipients. *Journal of Psychosomatic Research*, 49: 141-147.
- Chacko, R. C., & et al. (1996). Psychiatric interview and psychometric predictors of cardiac transplant survival. *American Journal of Psychiatry*, 153: 1607-1612.
- Dew, M. A., & et al. (1994). Psychosocial predictors of vulnerability to distress in the year following heart transplantation. *Psychological Medicine*, 24: 929-945.
- Fiorini, H. J. (1978). *Teoria e técnicas de psicoterapia* (C. Sussekind, Trans. 2. ed.). Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Gotzmann, L. (2004). "Is it me, or isn't it?" – transplanted organs and their donors as transitional objects. *The American Journal of Psychiatry*, 64(3): 279-289.
- Grandi, S., & et al. (2001). Psychological evaluation after cardiac transplantation: the integration of different criteria. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 70: 176-183.
- Grassano, E. N. (1996). *Indicadores Psicopatológicos nas Técnicas Projetivas* (L. S. D. L. P. C. Tardivo, Trans.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kuhn, W. F., Brennan, A. F., Lacefield, P. K., Brohm, J., Skelton, V. D., & Gray, L. A. (1990). Psychiatric distress during stages of the heart transplant protocol. *J Heart Transplant*, 9(1): 25-29.
- Kuhn, W. F., Myers, B., Brennan, A. F., Davis, M. H., Lippmann, S. B., Gray Jr., L. A., et al. (1998). Psychopathology in heart transplant candidates. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 7(3):223-226.
- Levenson, J. L., & Olbrisch, M. E. (1993). Psychosocial evaluation of organ transplant candidates. A comparative survey of process, criteria, and outcomes in heart, liver, and kidney transplantation. *Psychosomatics*, 34(4): 314-323.

- Maricle, R. A., Burt, A. R., & Hosenpud, J. D. (1991). Correlations of cardiac function and SCL-90-R in heart transplantation candidates. *International Journal of Psychiatric Medicine*, 21: 127-134.
- Maricle, R. A., Hosenpud, J. D., Norman, D. J., Pantely, G. A., Cobanoglu, A. M., & Starr, A. (1991). The lack of predictive value of preoperative psychologic distress for postoperative medical outcome in heart transplant recipients. *J Heart Lung Transplant*, 10(6): 942-947.
- Moraes, S. (2005). *Clínica psicanalítica: fatores de risco em doença arterial coronária, rede social de apoio e crise emocional*. Unpublished. Dissertação (Mestrado) – Universidade Metodista, São Bernardo do Campo.
- Nascimento, F. T., & Rosa, J. T. (2004). *Psicologia da saúde e transplante cardíaco: fantasias inconscientes de crianças de 8 e 9 anos sobre doação de órgãos*. Paper presented at the 7<sup>o</sup>. Congresso de Produção Científica, 6<sup>o</sup> Seminário de Extensão, São Bernardo do Campo: Campus Planalto.
- Olbrisch, M. E., & Levenson, J. L. (1991). Psychosocial evaluation of heart transplant candidates: an international survey of process, criteria, and outcomes. *J Heart Lung Transplant*, 10(6): 948-955.
- Pedrolo, A. S. (2006). *Reações emocionais de pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM): um estudo sobre ansiedade e depressão*. Unpublished Dissertação de Mestrado, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo.
- Pereira, A. A. M. (2000a). *Configurações vinculares em candidatos a transplante cardíaco*. 2000. Unpublished. Dissertação (Mestrado) – USP, São Paulo.
- Pereira, A. A. M. (2000b). Considerações éticas sobre papel dos profissionais de saúde mental que atuam junto a centros de transplante cardíaco. *Mudanças – Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, 8(13): 59-71.
- Pereira, A. A. M. (2006). *Transplante cardíaco – o Ninho da Fênix. Um estudo sobre as relações objetais de pacientes em processo de transplante cardíaco*. Unpublished Tese (Doutorado) – USP, São Paulo.
- Pereira, A. A. M., & Rosa, J. T. (1998). Abuso de bebida alcoólica em cardíacos: fatores psicológicos para inclusão no programa de transplante cardíaco. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 8(Suplemento 6A), 1-9.
- Pereira, A. A. M., Rosa, J. T., & Haddad, N. (2002a). Adaptação psicológica, fatores de risco e probabilidade de sobrevida em transplante cardíaco. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 10(1): 41-61.
- Pereira, A. A. M., Rosa, J. T., & Haddad, N. (2002b). Dificuldades psicológicas para o processo de incorporação do coração transplantado: repercussões sobre a vinculação do paciente ao programa de transplante cardíaco. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 12(Suplemento 2A), 8-13.
- Phillipson, H. (1981). *Test de Relaciones Objetales*. Buenos Aires: Paidós.
- Phipps, L. (1997). Psychiatric evaluation and outcomes in candidates for heart transplantation. *Clinical Investigation of Medicine*, 20: 388-395.
- Rosengren, A., Hawken, S., Ounpuu, S., Sliwa, K., Zubaid, M., Almahmeed, W. A., et al. (2004). Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364(9438): 953-962.
- Simon, R. (1993). *Psicologia clínica preventiva: Novos fundamentos*. São Paulo: EPU.
- Simon, R. (1998). Proposta de redefinição da Escala Diagnóstica Operacionalizada. *Mudanças–Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, 6(10): 13-26.
- Skotzko, C. E., & et al. (1999). Psychiatric disorders and outcome following cardiac transplantation. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 18: 952-956.
- Steiner, J. (1997). *Refúgios Psíquicos - Organizações Patológicas em Pacientes Psicóticos, Neuróticos e Fronteiriços* (R. Quintana & M. L. Sette, Trans.). Rio de Janeiro: Imago.
- Vieira, C.A. (2000). Evoluções em psicanálise: a psicanálise contemporânea – será que existe? / Evolution in psychoanalysis: the contemporary psychoanalysis - Does it exist?. *Rev. bras. psicanál.*, vol. 34, n. 3, 441-50.

Winnicott, D. W. (1951-1993). Objetos transicionais e fenômeno transicional. In: D. W. Winnicott (ed.), *Textos Seleccionados – Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.



# STRESSE PARENTAL E SUPORTE SOCIAL EM MÃES DE CRIANÇAS COM DIABETES

GISELA GERALDES DA FONSECA

SAUL NEVES DE JESUS

*Universidade do Algarve – Portugal*

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a *diabetes mellitus tipo 1* é uma das mais importantes doenças crónicas da infância em esfera mundial (Zanetti & Mendes, 2001).

Martins, R. e Albuquerque, S. (2001), referem que a diabetes infantil é uma das doenças crónicas mais exigentes a nível psicológico, social e físico, obrigando a muitas adaptações por parte da criança diabética, dos seus pais, irmãos, e da família enquanto um todo.

Nesta doença as células  $\beta$  do pâncreas deixam de produzir insulina, uma vez que existe uma destruição maciça destas células. A etiologia da diabetes tipo 1 não é, ainda, totalmente conhecida. No entanto, sabe-se que é o próprio sistema imunitário do diabético que ataca e destrói as suas células  $\beta$ . Assim, estes necessitam de terapêutica com insulina para toda a vida, uma vez que o pâncreas deixa de a poder fabricar (Correia, L. *et al.* 2004).

Goldberg *et al.* (1990) referem que os pais de crianças com doença crónica experienciam consistentemente mais stresse do que os pais de crianças saudáveis.

O impacto da doença crónica na família e as características de funcionamento e ajustamento dos pais condicionam a sua resposta àquela situação de stresse e, conseqüentemente, interferem na sua capacidade para constituírem mediadores adequados junto da criança (Santos & Lara, 1996).

Nesta investigação pretende-se identificar os sistemas mãe/pai criança que experimentam stresse e avaliar a satisfação com o suporte social das mães das crianças diabéticas, no sentido de perceber quais as áreas prio-

ritárias para intervenção.

A escolha das mães deve-se ao facto, e de acordo com Santos, S. (2002), de estas estarem normalmente numa posição desvantajosa, uma vez que é habitualmente sobre elas que recai grande parte da responsabilidade pelos cuidados à criança, facto este comprovado nas Consultas do Núcleo de Diabetologia do Hospital de Faro, em que eram as mães, maioritariamente que acompanhavam os seus filhos às Consultas.

## MÉTODO

### *Amostra*

A amostra das mães de crianças diabéticas foi recolhida nas Consultas do Núcleo de Diabetologia do Hospital Distrital de Faro. Como critérios de inclusão, consideraram-se os seguintes aspectos relativamente às crianças: diagnóstico médico confirmado; não possuírem debilidade mental; para além da doença alvo, não serem portadoras de qualquer outra doença; estarem em regime de ambulatório e terem idades compreendidas entre os 5 e os 10 anos.

A amostra das mães do Grupo de Controlo (GC), foi recolhida em Jardins-de-infância e Escolas do 1º Ciclo das cidades de Albufeira, Quarteira, Faro e Olhão. Como critérios de inclusão das crianças, considerou-se o facto de não possuírem problemas físicos e/ou psicológicos identificados e pertencerem à mesma faixa etária das crianças diabéticas.

### *Procedimentos*

No dia da Consulta de Diabetologia, as crianças e suas respectivas mães foram contactadas, sendo-lhes explicado os objectivos, a metodologia da presente investigação e a sua utilidade.

Após consentimento foram encaminhadas para uma sala de Consulta (local propício para responderem com privacidade e com as condições favoráveis) onde primeiramente se realizou uma Entrevista semi-estruturada (recolha dos dados sociodemográficos, da informação relativa ao diagnóstico e evolução da doença), sendo de seguida aplicado o Índice de Stresse Parental (PSI) e por fim a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).

### *Instrumentos*

Para a recolha dos dados Sociodemográficos e da opinião acerca da saúde da criança, utilizou-se um *Questionário* no caso do Grupo de Controlo (aplicação colectiva). Relativamente às mães das crianças diabéticas os dados Sociodemográficos e algumas informações relativas ao diagnóstico,

percepção e evolução da doença foram recolhidos através de uma *Entrevista semi-estruturada*.

O **PSI** (Índice de Stress Parental) de Richard R. Abidin (adaptação portuguesa por Santos, S., 2003) é um instrumento que contém 132 itens e avalia dois domínios principais de fontes de stresse no sistema pais-criança: as características da criança e as características da figura parental. Em cada domínio estão integradas diversas subescalas, que vão permitir a identificação de fontes específicas de stresse.

No domínio da criança existem 6 subescalas, quatro delas relacionadas com o temperamento da criança: *Maleabilidade de adaptação*; *Exigência*; *Humor* e *Distracção/Hiperactividade*. As outras duas subescalas são de tipo interactivo: *Aceitação*; *Reforço aos Pais*.

Ainda neste domínio, e na adaptação portuguesa do PSI foi acrescentada uma nova subescala denominada *Autonomia*, que pelo facto de apresentar uma fraca consistência interna não foi incluída no âmbito da presente investigação.

No domínio parental encontram-se 7 subescalas. Três delas dão informação acerca de como a personalidade e a patologia parental estão relacionadas com o stresse vivido na relação com a criança: *Depressão*; *Sentido de Competência*; *Vinculação*. As outras quatro subescalas existentes são situacionais: *Relação com marido/mulher*; *Isolamento social*; *Saúde*; *Restrição do papel*.

O PSI integra uma *Escala de stresse de vida* que avalia a forma como os factores de stresse situacional vão influenciar o stresse no funcionamento parental.

Esta Escala possui um grau aceitável de consistência interna (0,94).

A **ESSS** (Escala de Satisfação com o Suporte Social) de José Luís Pais Ribeiro é uma medida de percepção de suporte social, na assunção que esta percepção é uma dimensão fundamental nos processos cognitivos e emocionais ligados ao bem-estar e à qualidade de vida.

A versão final da Escala contém 15 frases apresentadas para auto-preenchimento, como um conjunto de afirmações. O indivíduo deve assinalar o grau em que concorda com a afirmação (se ela se aplica), numa escala de *likert* com cinco posições, desde “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo na maior parte” a “discordo totalmente”.

Esta Escala possui quatro subescalas: “Satisfação com os amigos” (possui 5 itens com uma consistência interna de 0,83) que mede a satisfação com as amizades/amigos que tem; “Intimidade” (possui 4 itens e uma consistência interna de 0,74) que mede a percepção da existência

de suporte social íntimo; “Satisfação com a família” (tem 3 itens e uma consistência interna de 0,74) que mede a satisfação com o suporte social familiar existente; e “Actividades Sociais” (com 3 itens e uma consistência interna de 0,64) que mede a satisfação com as actividades sociais que realiza. A consistência interna da escala total é de 0,85.

Esta Escala possui validade para avaliar a percepção de suporte social em contextos de saúde (Ribeiro, J., 1999).

### Resultados

A amostra é constituída por 52 participantes. 26 mães de crianças diabéticas e 26 mães do GC. A amostra é homogénea relativamente à idade das mães ( $p=0,963$ ), ao estado civil ( $p=0,134$ ), à escolaridade ( $p=0,295$ ), à profissão ( $p=0,358$ ) e ao sexo das crianças ( $p=0,405$ ), diferenciando-se somente na idade das crianças ( $p=0,003$ , sendo a média das crianças diabéticas 8,35 e a média das crianças do GC de 6,69), e no número de irmãos ( $p=0,029$ , uma vez que as crianças diabéticas possuem maioritariamente um irmão (57,7%) ou não têm irmãos (38,5%), enquanto que no GC existe uma distribuição mais equitativa (sem irmãos (30,8%); com um irmão (34,6%); com dois irmãos (26,9%).

A consistência interna das Escalas utilizadas nesta investigação é suficientemente boa para poderem ser consideradas adequadas para avaliar as variáveis em estudo, sendo que o **PSI** apresenta um *alfa de Cronbach* de 0,877 e a **ESSS** possui um *alfa de Cronbach* de 0,864.

No sentido de verificar as diferenças existentes entre os grupos das mães das crianças diabéticas e as mães do GC relativamente ao stresse parental e ao suporte social, procedeu-se à comparação da distribuição obtida pelos grupos recorrendo ao *teste de Mann-Whitney*.

Após a análise dos resultados verificou-se que os grupos se diferenciam significativamente no total de stresse ( $U=146,5$ ;  $p=0,000$ ), no domínio da criança ( $U=162,5$ ;  $p=0,001$ ) e no domínio dos pais ( $U=142,5$ ;  $p=0,000$ ), sendo que as mães das crianças diabéticas revelam sempre resultados mais elevados.

No que diz respeito ao domínio da criança, os grupos distinguem-se de modo significativo nas subescalas *maleabilidade de adaptação* ( $U=177,5$ ;  $p=0,003$ ), *exigência* ( $U=128$ ;  $p=0,000$ ) e *aceitação* ( $U=185,5$ ;  $p=0,005$ ), revelando as mães das crianças diabéticas resultados mais elevados.

No domínio dos pais existem diferenças significativas entre os grupos nas subescalas *depressão* ( $U=146,5$ ;  $p=0,000$ ), *sentido de competência* ( $U=165,5$ ;  $p=0,002$ ), *vinculação* ( $U=230,0$ ;  $p=0,046$ ), *isolamento social* ( $U=167,5$ ;  $p=0,002$ ), *saúde* ( $U=101,0$ ;  $p=0,000$ ) e *restrição do papel* ( $U=185,5$ ;  $p=0,005$ ), sendo os resultados mais elevados para o grupo das

Tabela 1 – Comparação entre Grupos (PSI – padronizados)

	Grupo Diabéticos		Grupo Controlo	
<b>Stresse (total)</b>	59,12	34,72	25,92	23,31
	Média ± DP		Média ± DP	
<b>Domínio (Criança)</b>	59,46	34,48	29,54	22,84
	Média ± DP		Média ± DP	
<i>Distracção-Hiperactividade</i>	53,23	35,33	40,81	24,21
	Média ± DP		Média ± DP	
<i>Reforço Pais</i>	48,00	33,18	29,65	33,35
	Média ± DP		Média ± DP	
<i>Humor</i>	48,54	36,18	29,23	21,15
	Média ± DP		Média ± DP	
<i>Aceitação</i>	46,35	32,85	21,50	21,50
	Média ± DP		Média ± DP	
<i>Maleabilidade</i>	59,12	32,28	34,27	26,28
	Média ± DP		Média ± DP	
<i>Exigência</i>	73,31	25,95	39,31	28,80
	Média ± DP		Média ± DP	
<b>Domínio (Pais)</b>	57,54	32,30	25,96	25,68
	Média ± DP		Média ± DP	
<i>Sentido Competência</i>	48,96	30,13	24,69	23,15
	Média ± DP		Média ± DP	
<i>Vinculação</i>	45,77	30,85	29,69	28,23
	Média ± DP		Média ± DP	
<i>Restrição Papel</i>	59,77	34,49	33,73	28,35
	Média ± DP		Média ± DP	
<i>Depressão</i>	51,15	31,09	21,46	22,89
	Média ± DP		Média ± DP	
<i>Relação Marido / Mulher</i>	49,23	32,34	32,77	29,31
	Média ± DP		Média ± DP	
<i>Isolamento Social</i>	58,96	31,84	30,73	26,29
	Média ± DP		Média ± DP	
<i>Saúde</i>	71,19	26,08	33,02	24,46
	Média ± DP		Média ± DP	
<b>Stresse de Vida</b>	65,65	25,60	51,31	35,37
	Média ± DP		Média ± DP	

mães das crianças diabéticas.

No que se refere à percepção da satisfação com o suporte social, conclui-se que existem diferenças significativas ( $U=99,5$ ;  $p=0,000$ ), apresentando o grupo das mães das crianças diabéticas uma menor satisfação com o suporte social. Mais especificamente, as diferenças são significativas na satisfação com o *suporte social dos amigos* ( $U=156,0$ ;  $p=0,001$ ), com as *actividades sociais* ( $U=155,0$ ;  $p=0,001$ ), e com a existência de *suporte social íntimo* ( $U=70,5$ ;  $p=0,000$ ). Os grupos não se distinguem na satisfação com o suporte familiar existente.

## CONCLUSÕES

As mães das crianças diabéticas estão de um modo global, sob maior stresse advindo este quer do facto das crianças apresentarem qualidades que dificultam o desempenho do papel parental, quer da dificuldade em responder adequadamente às tarefas e exigências associadas com o papel parental.

Desta forma, estas mães sentem mais dificuldade no desempenho do papel parental devido à incapacidade da criança em lidar com a mudança e com as transições, associando-se este facto ao controlo rigoroso da diabetes no que se refere ao equilíbrio entre dieta, exercício e insulina. Estas mães sentem que a criança coloca demasiadas exigências relacionadas com o ajustamento à doença. Deste modo, e devido ao que foi referido, os pais percebem a criança como possuindo características que não são *Tabela 2 – Comparação entre Grupos (ESSS)*

	<b>Grupo Diabéticos</b>		<b>Grupo Controlo</b>	
<b>Satisfação Amigos</b>	3,42	1,01	4,28	0,60
	Média	± DP	Média	± DP
<b>Intimidade</b>	3,07	0,82	4,40	0,61
	Média	± DP	Média	± DP
<b>Satisfação Família</b>	3,96	0,90	4,15	0,84
	Média	± DP	Média	± DP
<b>Actividades Sociais</b>	2,79	1,14	3,85	0,78
	Média	± DP	Média	± DP
<b>Total</b>	49,65	10,22	63,04	7,49
	Média	± DP	Média	± DP

concordantes com as expectativas que tinham face a ela.

Depreende-se que estas mães possam manifestar um comprometimento das energias física e emocional devido possivelmente, em grande parte, ao desgaste do acompanhamento contínuo necessário ao controlo da diabetes. O receio de erros no controlo metabólico da doença, os medos face às hipoglicemias ou hiperglicemias, o rigor exigido pela dieta e exercício e pelas doses adequadas de insulina pode levar as mães a duvidarem das suas competências em relação ao seu papel de mãe cuidadora. Assim, estas mães têm receio de serem incapazes de compreender e satisfazer da melhor forma, as necessidades da criança.

A disponibilidade para se sociabilizarem com outros está também comprometida, uma vez que estas mães não disponibilizam de muito tempo livre, devido às exigências da doença que as levam a dedicar a maior parte do tempo aos cuidados à criança. Isto causa um desgaste físico e emocional que faz com que as mães se sintam, ao longo do tempo, progressivamente mais debilitadas.

Relativamente à restrição do papel, estas mães costumam abdicar de outras actividades, muitas vezes prazerosas, para estarem com a criança diabética e desta forma, proporcionarem-lhe todos os cuidados.

No que se refere aos resultados da Satisfação com o Suporte Social existente, conclui-se que a exigência relativa aos cuidados à criança, com a inerente necessidade de um controlo rigoroso das suas actividades, tem como consequências menos tempo e disponibilidade para os pais despendem noutras actividades, provocando uma menor satisfação com o suporte social dos amigos (relacionado com a subescala isolamento social) e nas actividades sociais (relacionada com a subescala restrição do papel).

A menor satisfação com o suporte social íntimo poderá estar relacionada com o facto da não existência de tempo para actividades recreativas. Esperando-se que, se a frustração e o conflito se tornarem notórios, os casais possam estar menos motivados para passarem tempo juntos.

Alguns estudos referem que problemas de tratamento, tais como um pobre controlo metabólico, a hipoglicemia e o medo das injeções tendem a estar especialmente associadas a altos níveis de distresse parental (Boman *et al.*, 2004).

Após tudo o que foi referido é fundamental que existam equipas multidisciplinares de apoio e programas de intervenção não só com as crianças, mas também com a família nuclear e com a Escola. As mães destas crianças necessitam de ajuda para se sentirem seguras na prestação dos cuidados necessários à criança. Com o envolvimento de todos, estará facilitada a adaptação e o ajustamento à diabetes, promovendo-se a qualidade de vida da criança.

## REFERÊNCIAS

- Abidin, R.(2003). *PSI – Índice de Stresse Parental*. Lisboa: CEGOC.
- Boman, K. *et al.*(2004).Serious illness in childhood: The different threats of Cancer and Diabetes from a parent perspective. *The Journal of Pediatrics*, 373-379.
- Correia, L. *et al.* (2004). *Viver com a Diabetes* (2. edição). Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. Lisboa: Climepsi Editores.
- Goldberg, S. *et al.*(1990).Chronic Illness in Infancy and Parenting Stress: A Comparison of Three Groups of Parents. *Journal of Pediatric Psychology*, vol. 15(3): 347-358.
- Martins, R.; Albuquerque, S. (2001).Comportamento Parental e Diabetes.*Diabetes – Viver em equilíbrio*, 21. Lisboa: APDP
- Ribeiro, J.(1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (XVII): 547-558.
- Santos, S.(2002). Características do stress parental em mães de crianças com síndrome nefrótico. *Análise Psicológica*, 2 (XX): 233-241.
- Santos, S. & Lara, E. (1996). Stress parental e doença crónica na criança. *Psychologica*, 15, 147-157.
- Zanetti, M.; Mendes, I. (2001). Análise das dificuldades relacionadas às actividades diárias de crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1: Depoimento de mães.*Revista latino-am Enfermagem*: 9(6): 25-30.



## AUTORES

- **Adriana Sanches Pedrolo** – licenciada em enfermagem. Mestre em Psicologia da Saúde. Professora do Curso de Enfermagem em Emergências do Centro Universitário São Camilo, Brasil  
e-mail: [aspedrolo@ig.com.br](mailto:aspedrolo@ig.com.br)
- **Ana Augusta Maria Pereira** – graduada em Psicologia. Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo. Pesquisadora científica do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, Brasil.  
e-mail: [ana\\_aug@ig.com.br](mailto:ana_aug@ig.com.br)
- **Camila Bernardes de Souza** – graduada em Psicologia. Doutora em Psicologia. Professora titular do Mestrado em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo, Brasil.  
e-mail: [cbso@terra.com.br](mailto:cbso@terra.com.br)
- **Cláudia Carmo** – licenciada em Psicologia. Doutoranda em Psicologia Clínica. Assistente do Departamento de Psicologia da FCHS da Universidade do Algarve, Portugal.  
e-mail: [cgcarmo@ualg.pt](mailto:cgcarmo@ualg.pt)

- **Cristina Nunes** – licenciada em Psicologia. Doutora em Psicologia do desenvolvimento e da educação. Professora auxiliar do Departamento de Psicologia da FCHS da Universidade do Algarve, Portugal  
e-mail: csnunes@ualg.pt
- **Eda Marconi Custódio** – graduada em Psicologia. Doutora em Psicologia escolar e do desenvolvimento humano. Professora titular da Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia da Universidade Metodista de São Paulo, Brasil.  
e-mail: edamc@cebnet.com.br
- **Filipe Nave** – licenciado em enfermagem. Doutorando em Psicologia da Saúde. Professor adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve, Portugal.  
e-mail: fnave@netcabo.pt
- **Gisela Geraldês de Fonseca** – licenciada em Psicologia. Mestre em Psicologia da Saúde. Psicóloga Escolar.  
e-mail: giselafons@gmail.com
- **Hugo João Fernandes Amaro** – licenciado em enfermagem. Mestre em Psicologia da Educação. Doutorando em Psicologia da Saúde na Universidade do Algarve.  
e-mail: hugojoao@clix.pt
- **Joana Santos** – licenciada em Psicologia. Doutoranda em Psicologia das organizações. Assistente do Departamento de Psicologia da FCHS da Universidade do Algarve, Portugal.  
e-mail: jcsantos@ualg.pt

- **José Eusébio Palma Pacheco** – licenciado em enfermagem. Doutor em Psicologia da Saúde. Professor adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve, Portugal.  
e-mail: jpacheco@ualg.pt
- **José Pestana Cruz** – doutor em Psicologia Clínica. Professor auxiliar do Departamento de Psicologia da FCHS da Universidade do Algarve, Portugal.  
e-mail: jcruz@ualg.pt
- **José Tolentino Rosa** – graduado em Psicologia. Doutor em Psicologia escolar e do desenvolvimento humano. Professor titular do Mestrado em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo, Brasil.  
e-mail:jose.tolentino@metodista.br
- **Luis Sérgio Vieira** – licenciado em Psicologia. Doutorando em Psicologia da Educação. Assistente do Departamento de Psicologia da FCHS da Universidade do Algarve, Portugal.  
e-mail: lsvieira@ualg.pt
- **Manuel Morgado Rezende** – graduado em Psicologia. Doutor em saúde mental. Professor titular do Mestrado em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo, Brasil.  
e-mail: manuel.rezende@uol.com.br
- **Maria Geralda Viana Heleno** – graduada em Psicologia. Doutora em Psicologia. Professora titular do Mestrado em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo, Brasil.  
e-mail: geraldaviana@superig.com.br
- **Maria Helena Martins** – licenciada em Psicologia, Doutora em

Psicologia da Educação. Professora auxiliar do Departamento de Psicologia da FCHS da Universidade do Algarve, Portugal.

e-mail: mhmartin@ualg.pt

- **Marília Martins Vizzotto** – graduada em Psicologia. Doutora em Saúde Mental. Professora titular do Mestrado em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo, Brasil.  
e-mail: mmvizzotto@uol.com.br
- **Mirlene Maria Matias Siqueira** – graduada em Psicologia. Doutora em Psicologia. Bolsista de Produtividade de Pesquisa pelo CNPq. Professora titular do Mestrado em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo, Brasil.  
e-mail: mirlenesiqueira @uol.com.br
- **Nuno Álvaro Caneca Murcho** – licenciado em enfermagem. Doutorando em Psicologia da Saúde. Assistente da Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve, Portugal.  
e-mail: nunoalvaro@sapo.pt
- **Rafael Marcus Chiuzi** – graduado em Psicologia. Mestre em Psicologia da Saúde. Professor da Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia da Universidade Metodista de São Paulo, Brasil  
e-mail: rafaelchiuzi@yahoo.com.br
- **Renato Teodoro Ramos** – graduado em medicina. Doutor em Medicina (Psiquiatria). Pós-Doutorado em Psiquiatria pela University of Pittsburg. Livre Docente pela Universidade de São Paulo. Professor titular do Mestrado em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo, Brasil.

e-mail: rramost@dglnet.com.br

- **Saul Neves de Jesus** – licenciado em Psicologia. Doutor em Psicologia da Educação. Professor catedrático do Departamento de Psicologia da FCHS da Universidade do Algarve, Portugal  
e-mail: snjesus@ualg.pt
- **Tania Elena Bonfim** – graduada em Psicologia. Doutoranda em Psicologia. Professora da Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia da Universidade Metodista de São Paulo, Brasil.  
e-mail: taniabonfim@ig.com.br
- **Valquiria Aparecida Rossi Padovam** – graduada em Psicologia. Mestre em Psicologia da Saúde. Professora da Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia da Universidade Metodista de São Paulo, Brasil.  
e-mail: valquiria\_rossi@yahoo.com.br
- **Vera Barros de Oliveira** – Graduada em Psicologia. Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano. Livre Docente pela Universidade de São Paulo. Professora titular da Universidade Metodista de São Paulo, Brasil.  
e-mail: vera.barros.oliveira@terra.com.br