

saúde, persistem ainda posições reducionistas que enfatizam, a meu ver inadequada e exclusivamente, os modelos clínicos e da saúde mental. No entanto, há sinais de que em vários centros de investigação, instituições universitárias, sociedades científicas, serviços de saúde e de reabilitação vão aparecendo cada vez mais trabalhos e cada vez mais investigadores e profissionais que se vão aproximando dos padrões internacionalmente aceites para o desenvolvimento da investigação e da intervenção psicológicas relacionadas com saúde e reabilitação.

É neste contexto, até aqui sumariamente abordado, que se insere este número temático de **Análise Psicológica** sobre «Saúde e Reabilitação» que agora se publica. Não é ainda o número temático sobre saúde e reabilitação que idealmente gostaria de ter organizado, nem o que inicialmente tinha planeado, mas é já um conjunto muito valioso e diversificado de artigos, notas de investigação e didácticas que dão conta da pujança das actividades desenvolvidas nas áreas da saúde e reabilitação de crianças e adultos, que certamente interessará em primeira mão aos psicólogos mas que, inevitavelmente, tem também interesse para outros técnicos, designadamente os que desenvolvem a sua actividade nos campos da saúde, da reabilitação e da educação.

Ao longo deste número são apresentados trabalhos e resultados de investigações sobre múltiplos aspectos, entre os quais se destacam a conceptualização de saúde nas perspectivas do desenvolvimento e da adaptação, a mudança de comportamentos e a reabilitação psicossocial de sujeitos com enfarte do miocárdio, a aquisição de hábitos de saúde dentária, estudos de cognições de saúde, doença e adesão na saúde e doença das crianças, stress de pais de crianças com doença crónica, representações sociais da SIDA entre os médicos e questões específicas das Mulheres em relação à SIDA, modelos de colaboração em equipa multiprofissional de saúde e questões associadas aos processos de comunicação nos serviços de saúde, integração escolar e social de crianças com necessidades educativas especiais, suporte social e saúde mental, desenvolvimento de sistemas de suporte comunitário para sujeitos com doença mental de evolução prolongada, projectos de vida nos idosos, reabilitação e sistema judicial, e desenvolvimento de competências sociais em sujeitos com deficiência visual, entre outros.

Dando continuidade ao já concretizado em publicações anteriores procurou-se reunir neste número temático de **Análise Psicológica** trabalhos de investigadores do país vizinho com investigadores nacionais ligados às mais diversas instituições. Assim, são publicados trabalhos de Jesús-Gil Roales-Nieto (Univ. de Almeria), Miguel Angel Simón & M. J. Lara (Univ. de la Coruña), Miguel Angel Verdugo & Cristina Caballo (Univ. de Salamanca), Ana M^a Bueno (Univ. de la Coruña), J. L. Pais Ribeiro (FPCE da Univ. do Porto/ISPA), Manuel Geda (FPCE da Univ. de Lisboa), Luísa Barros (FPCE de Univ. de Lisboa), José Ornelas (ISPA), Salomé Vieira Santos (FPCE da Univ. de Lisboa), José A. Carvalho Teixeira (ISPA), Clara Matos Silva (Instituto de Reinserção Social), Manuela Guerreiro & A. Castro-Caldas (Centro de Estudos Egas Moniz), Arménio Sequeira (Centro Nacional de Reabilitação/ISPA) e Graça Pereira (Universidade do Minho), entre outros autores. Finalmente, aproveitou-se a oportunidade para divulgar alguns trabalhos realizados no âmbito do Núcleo de Investigação em Psicologia da Saúde do Centro de Investigação do ISPA.

JOSÉ A. CARVALHO TEIXEIRA

Saúde e desenvolvimento

JOSÉ LUÍS PAIS RIBEIRO (*)

1. INTRODUÇÃO

Neste artigo propomo-nos discutir a Saúde, tomada no sentido comum – abrangendo tanto saúde como doenças –, enquanto constructo susceptível de ser considerado um constructo desenvolvimental. Mais especificamente, discutir o conceito como objecto de uma psicologia clínica do desenvolvimento como para usar a expressão de Bibace e Walsh (1979).

Stanley Hall com a publicação dos dois volumes sobre a teoria da adolescência é considerado um dos pais da Psicologia do Desenvolvimento embora, desde muito antes da existência da Psicologia como ciência, houvesse teorias filosóficas, teológicas, educacionais, que contribuíram para a compreensão da natureza do desenvolvimento humano (Muuss, 1975).

Platão (427-347 AC) fez uma clara distinção entre dois aspectos da natureza humana: alma e corpo. Explicava que o corpo e a alma eram substâncias diferentes e que embora houvesse interacção entre elas, a alma era uma entidade por si, capaz de abandonar o corpo sem perder a identidade. Podia perceber mais claramente, e alcançar realidades de nível superior, quando liberta do corpo; *soma sema* (o corpo é a sepultura da alma). O corpo e a sensualidade são os grilhões que impedem a alma de atingir essas realidades elevadas, dizia. Na idade média, o ponto de vista teológico, que considerava o Homem

produto da criação instantânea, assume uma posição préformista: acreditava-se que a criança vinha ao mundo como uma miniatura do adulto. A diferença entre a criança e o adulto seria meramente quantitativa, e não qualitativa. De acordo com este ponto de vista a criança não se «desenvolvia» apenas aumentava de tamanho.

Em meados do século passado emergiu uma nova maneira de pensar acerca do desenvolvimento, com a publicação das obras de Darwin e a divulgação da sua ideia de evolução – crescimento e desenvolvimento da vida orgânica, de uma forma simples para uma forma mais complexa. Esta evolução do modo de pensar acerca da vida orgânica influenciou os estudos da Psicologia. Após a publicação dos trabalhos de Stanley Hall os estudos sobre o desenvolvimento humano multiplicaram-se, podendo, hoje, ser agrupados em inúmeros modelos e teorias (Reese & Overton, 1979).

As primeiras fases da investigação visavam o estudo do desenvolvimento humano até ao final da adolescência, com excepções importantes como o foram as teorias de Charlotte Bühler, Jung e Eric Erickson (Kimmel, 1974) que se debruçaram sobre o desenvolvimento humano até à velhice. É na segunda metade do século XX que aumenta o interesse pelo desenvolvimento qualitativo do adulto. As razões para este interesse são múltiplas, entre outras, a própria adopção do conceito de Desenvolvimento no Ciclo de Vida, que implicava a aceitação de que o desenvolvimento ocorria entre a concepção e a morte. Mais importante, talvez, o estudo e a compreensão dessas mudanças, permitia a criação e imple-

(*) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. ISPA.

mentação de programas de melhoria da Qualidade de Vida ou de Promoção da Saúde das populações na última fase do ciclo de vida. Ora, os indivíduos com mais de 65 anos são, exactamente, o grupo etário que, nos países desenvolvidos, mais cresce em proporção. Neste grupo etário, predominam as doenças crónicas e, por isso, é um grupo dispendioso para o sistema de cuidados de saúde. Em Portugal a expectativa de vida à nascença, para o quinquénio 1991-1995 era de 72 anos para os homens e 79 para as mulheres, e o grupo etário com mais de 65 anos representava 13,6% da população (Rosa, 1996). Nos USA, em 1900, 4% da população tinha mais de 65 anos enquanto em 1980 representava 11%, estimando-se que em 2025, representará 25% (Rodin, 1986).

As mudanças demográficas referidas no último parágrafo, a par de outras, influenciaram os modelos de concepção de saúde e doença, e deram origem à modificação dos sistemas de saúde. Deste modo torna-se importante conceptualizar a saúde ao longo do ciclo de vida.

Saúde e desenvolvimento

Na discussão adopta-se a perspectiva da Psicologia do Desenvolvimento no Ciclo de Vida. Esta procura compreender o indivíduo em desenvolvimento, ao longo da sua vida, no seio de um contexto sociocultural e ecológico em mudança. Salienta o reconhecimento de que a plasticidade do comportamento se prolonga durante toda a vida e, por isso, ao longo do Ciclo de Vida existe potencial para alterar as características pessoais (Schaie & Willis, 1982). Como acontecimento não normativo (Baltes, Reese, & Lipsit, 1980), a saúde tornou-se um factor decisivo, e um domínio fundamental, no desenvolvimento humano. Com efeito, a saúde: a) acompanha o desenvolvimento humano do nascimento até à morte; b) é, quer variável dependente do desenvolvimento pessoal, quer variável independente; c) está estreitamente relacionada com o comportamento humano; d) as principais causas de mortalidade e morbidade, a partir da metade do século são, essencialmente, de etiologia comportamental. Investigações como as de Campbell, Converse e Rogers (1976), mostraram que a saúde é o domínio mais importante para a Qualidade de Vida das pessoas.

Convém, no entanto, clarificar a distinção entre Saúde e doenças. Até aos meados do século, as medidas do estado de saúde da população baseavam-se exclusivamente em estatísticas de mortalidade e morbidade (Goldberg & Dab, 1987; Moryama, 1968). Como defendiam Belloc, Breslow e Hochstim (1971) nem a morbidade nem a mortalidade eram indicadores adequados de um constructo denominado Saúde. Foi então necessário começar a exploração de novos modos de avaliar a Saúde concebida como uma medida independente das doenças, como aliás é expresso com clareza na definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1948). Esta posição não era nova. Já na tradição hipocrática doença (*Panacea*) e saúde (*Hygeia*), eram entidades separadas. Esta fonte inspiradora da ciência médica ocidental consistia num sistema de pensamento e prática médicas que floresceu na Grécia antiga, cerca de 400 AC. Os seguidores dos deuses da Medicina associavam a arte da cura não apenas com o deus *Aesculapius* mas também com as suas duas filhas, *Panacea* e *Hygeia*. Enquanto *Panacea* estava envolvida com a medicação da doença, a sua irmã *Hygeia* preocupava-se com o bem-estar e a preservação da saúde. Etimologicamente o grego antigo tem duas palavras significando saúde: *Hygeia* e *Euexia*. *Higeya*, a fonte da palavra higiene, aparentemente, baseia-se na palavra indo-europeia *suswives* a qual significa «viver bem», ou mais precisamente «boa maneira de viver». *Euexia* significa, literalmente, «bons hábitos do corpo». São termos dinâmicos que salientam funcionalidade e actividade, enquanto o termo doença sugerindo um estado (ao invés de um processo), tem um sentido estático. Salienta-se que na sua origem etimológica – em grego, em germânico, latino, judaico – Saúde e Doença não apresentam qualquer relação de sentido.

De acordo com o sistema de pensamento antigo, cuja expressão antecede a medicina chinesa, o bem estar e a saúde resultavam do equilíbrio entre aspectos ambientais, tais como, o vento, a água, a temperatura, a terra e os alimentos, e a maneira de viver do indivíduo como por exemplo, os hábitos alimentares, de bebida, o sexo, o trabalho e a recreação. A prática médica de então implicava a compreensão da natureza do ecossistema humano (Noack, 1987): o próprio médico era mais do que um técnico, era também

filósofo, professor e sacerdote, o que facilitava a compreensão holística da relação Doença-Saúde (Gatchel, Baum, Krantz, 1989). As críticas ao Modelo Biomédico levaram a uma nova maneira de conceber a Saúde e a Doença, retornando a uma visão ecológica desta problemática (Engel, 1977), englobando, agora, os conhecimentos, valores, modos de pensar próprios da nossa época.

Neste artigo propomo-nos explorar, numa perspectiva desenvolvimental vários domínios da Saúde, de três modos diferentes. Assim, iremos:

- a) Discutir como as doenças evoluem no ciclo de vida do homem, quer como variáveis dependentes quer como variáveis independentes;
- b) Explicar como as doenças são entendidas pelos indivíduos ao longo do ciclo de vida, ou seja, como variável dependente do desenvolvimento cognitivo;
- c) Analisar o desenvolvimento do próprio conceito de saúde como a promoção da saúde pode ser concebida numa perspectiva de desenvolvimento.

2. COMO AS DOENÇAS EVOLUEM NO CICLO DE VIDA DO HOMEM

Outro aspecto que deve ser analisado quanto ao padrão de mudanças que sofre ao longo do ciclo de vida, são as doenças. Com efeito, como decorre do senso comum, as doenças que afectam as crianças não são do mesmo tipo que as que afectam os idosos. Realmente, a) a saúde e as doenças dos indivíduos desenvolvem-se ao longo do ciclo de vida, acompanhando as tarefas os papéis e os contextos sociais de desenvolvimento e b) a saúde e as doenças dos indivíduos influenciam e são influenciadas pelo seu comportamento.

No Quadro 1, a título meramente ilustrativo, apresentamos a taxa de mortalidade por grupo etário e por sexo verificada no Canadá em 1971, tal como é apresentada no relatório Lalonde (1974). O quadro apresenta um padrão de evolução de mortalidade típico dos países desenvolvidos (Ewbank, 1986; Last, 1986), embora os valores da taxa de mortalidade entre idades e de país para país, possam apresentar variações entre si. Uma das características comuns é que 50% do total de mortes/ano só é atingido no grupo etário dos 70-79 anos.

QUADRO 1

Gr. Idade	Mas#	Fem#
0-4	4,7	3,6
5-9	0,5	0,4
10-14	0,5	0,3
15-19	1,3	0,6
20-24	1,8	0,6
25-29	1,5	0,6
30-34	1,6	0,9
35-39	2,2	1,3
40-44	3,6	2,1
45-49	5,7	3
50-54	9,3	4,6
55-59	14,6	7,2
60-64	22,9	11
65-69	34,7	17,4
70-79	62,9	36,8
80 e +	150,1	115,8

– número de mortes por 1000

Que é que observamos neste Quadro? O mais importante, em termos de desenvolvimento do padrão da taxa de mortalidade, é o pico que se observa na passagem do grupo etário 10-14 para o de 15-19 e depois para o seguinte, 20-24, principalmente no sexo masculino. Em segundo lugar verifica-se uma discrepância manifesta entre sexos. A taxa masculina ronda sempre valores próximos do dobro da das mulheres. Este padrão de mortalidade influencia o ratio homens-mulheres que acima dos 80 anos é de 0,696 enquanto no grupo etário 5-9 anos era de 1,046.

A primeira idade em que se podem analisar as causas de morte é no período pré-natal. As perdas fetais começam cedo. As que ocorrem mais cedo são, normalmente, indetectáveis e aparentam ser um período menstrual normal. A percentagem de perdas fetais é desconhecida, mas a investigação estima valores entre os 30 e 50% (Morris, 1982a). As principais causas das perdas são anomalias cromosómicas e desenvolvimento anormal do embrião, infecções da mãe, irradiação, e trauma físico e químico. Os problemas maternos que não resultam em perda fetal podem provocar danos no feto e causar problemas congénitos.

O grupo seguinte é o infantil. A mortalidade infantil define-se como a morte de um nado vivo antes da idade de um ano. Os países desenvol-

vidos partilham uma taxa de mortalidade infantil similar. Ela divide-se em mortalidade neonatal, que é a que sucede até aos 28 dias de idade, e mortalidade pós-neonatal, entre os 28 dias e um ano (Morris, 1982a). Este tem sido um dos indicadores principais para qualificar a saúde de um país, e as percentagens de mortalidade infantil estão abaixo dos 10/1000 nos países desenvolvidos. Dois terços da mortalidade infantil ocorre no período neonatal e, destes, cerca de 50%, nas primeiras 24 horas. As causas de mortalidade infantil incluem problemas relacionados com imaturidade, defeitos congénitos, problemas associados ao nascimento, pneumonia e gripe, e síndrome de morte súbita. (Morris, 1982a). Vários factores psicológicos, comportamentais e não comportamentais, (entre outros) estão associados à mortalidade e morbidade do recém nascido. Morris refere: estilo de vida da mãe tal como nutrição, tabagismo, consumo de álcool e de medicamentos, utilização de recursos de saúde, e competência ou habilidade maternal. Factores não comportamentais tais como inteligência e ansiedade da mãe, estão, igualmente associados à mortalidade infantil.

A mortalidade entre o primeiro ano de vida e os quatro anos tem como causas principais, acidentes, defeitos congénitos e cancro (Morris, 1982b). Os primeiros, incluem acidentes de automóvel, ingestão de substâncias tóxicas, quedas, incêndio e afogamento. A morbidade neste grupo etário inclui baixo desenvolvimento intelectual, distúrbios comportamentais, abuso ou abandono, doenças infecciosas e envenenamento. Entre os factores psicológicos, comportamentais e não-comportamentais, que influenciam a mortalidade e morbidade neste grupo etário, incluem-se: alimentação, estimulação educativa por parte dos pais, segurança e, utilização dos serviços de saúde.

A principal causa de morte entre os 5 e os 14 anos são os acidentes, que constituem cerca de 50% das causas de morte. A seguir surgem o cancro, e os defeitos congénitos (Morris, 1982c). Outras causas de morte importantes são homicídio, gripe e pneumonia, doenças do coração, doenças cerebrovasculares e suicídio. O suicídio aumenta entre os 10 e 14 anos surgindo entre as 10 principais causas de morte neste subgrupo etário, embora já surjam casos entre os 5 e os 9 anos. As principais causas de morbidade são as

infecções respiratórias e as doenças típicas da infância, em franca redução devido à vacinação. Vêm depois os problemas de visão e de audição, problemas de fala, acidentes, problemas de crescimento e desenvolvimento, problemas comportamentais, maus tratos, problemas com os dentes. Os factores psicológicos que predispõem para aquelas causas são: desenvolvimento psicológico da criança, tal como problemas de comunicação com os pais, brincadeiras em que se envolve, estilo de vida da família. É no grupo etário dos 10-14 anos que o comportamento do indivíduo começa a afectar, decisivamente a sua própria vida. É, também, no período em que a adolescência, normalmente se manifesta que aumenta a diferenciação entre sexos na frequência de mortalidade.

No grupo etário 15-19 a taxa de mortalidade quase triplica para os rapazes e duplica para as raparigas, sendo a principal causa de morte os acidentes.

No grupo 20-24 anos a principal causa de morte continua a ser os acidentes, e continua a aumentar (Morris, 1982d). Dos acidentes, os de viação são os principais, representando, nos países desenvolvidos, mais de metade das causas de morte (WHO, 1986). Os comportamentos associados às causas destes acidentes são, numa grande percentagem, o excesso de álcool, o uso de drogas, o excesso de velocidade, a não utilização de cinto de segurança. Grandes causas de morte são, ainda, os homicídios, o suicídio e o cancro. As causas de morte devido a causas externas, representam, no grupo etário entre os 10 e os 24 anos, e nos países desenvolvidos, cerca de 70% de todas as causas de morte (WHO, 1986). A morbidade é baixa neste grupo, sendo as principais, ainda, acidentes, doenças infantis, rubéola, pressão arterial elevada, má nutrição, problemas dentários, acne, comportamento descontrolado, problemas de aprendizagem, consumo de drogas (álcool, tabaco, drogas ilegais), doenças de transmissão sexual, gravidez indesejada. Os aspectos psicológicos, comportamentais e não comportamentais, envolvidos na mortalidade e morbidade são, factores emocionais, associados ou não ao desenvolvimento psicológico, a percepção das mudanças corporais, a reacção social às mudanças e a reacção dos adolescentes à reacção social.

Um aspecto importante a considerar nos gru-

pos etários adultos, é que as causas de mortalidade estão associadas a comportamentos que se adoptaram nas idades mais novas (tabagismo, inactividade física, padrões alimentares inadequados, stress, etc.). Os seja, se, como mostram Mechanic (1979) e Matarazzo, (1984), os comportamentos de prejuízo de saúde estão correlacionados, os jovens, ou morrem imediatamente por causa dos comportamentos de prejuízo de saúde que adoptam, ou morrem mais tarde por causa dos comportamentos que adoptaram enquanto jovens.

No grupo etário seguinte a taxa de mortalidade diminui significativamente, marcando a entrada na idade adulta, iniciando depois uma subida constante e progressiva até às idades mais avançadas. Entretanto, as causas de mortalidade e morbidade alteraram-se radicalmente. No Quadro 2 comparam-se as principais causas de morte nos grupos etários 20-24 e 40-44: segundo Hettler (1982).

QUADRO 2

CAUSAS DE MORTE 20-24 ANOS	TAXA #	% &
acidentes motorizados	40,7	31,0
todos os outros acidentes	21,6	16,5
homicídio	16,6	12,6
suicídio	16,4	12,5
cancro	7,3	5,6
doenças do coração	3,3	2,5
outras causas	3,1	2,4

CAUSAS DE MORTE 40-44 ANOS	TAXA #	% &
doenças do coração	72,8	23,2
cancro	68,9	22,0
cirrose do fígado	22,1	7,1
todos os outros acidentes	19,8	6,3
acidentes motorizados	18,3	5,8
suicídio	16,7	5,3
doenças cerebrovasculares	15,0	4,8

- mortes por 100 000

& - percentagem do total de mortes deste grupo etário

Verifica-se, por exemplo que, enquanto no espaço de 20 anos a taxa de suicídios se mantém semelhante as mortes por doenças do coração aumentam 22 (de 3,3 para 72,8/ 100 000); os acidentes motorizados caem para metade; as doenças cerebrovasculares multiplicam por 10 (de 1,5 para 15/100 000), o cancro, igualmente multiplica por 9 (de 7,3 para 68,9/100 000). Embora a causa de morte varie entre os dois grupos etários, há algo que é constante: as causas de mortalidade estão associadas ao Estilo de Vida.

Nos grupos etários seguintes o aumento do ratio da mortalidade cresce de um modo constante e tem sido estudado no âmbito do que é conhecido por processo de senescência. Este é um processo complexo que tem sido desprezado com base no pressuposto implícito de que os mais velhos só têm de esperar, com mais ou menos paciência, a morte. Ora o processo é muito mais complexo.

A relação entre senescência e doença tem sido estudada pela biologia. Kohn (1985) propõe uma taxonomia aplicável às doenças:

1 - Com a idade surgem doenças que são universais, progressivas, e irreversíveis. A aterosclerose, uma doença crónica do sistema vascular, é considerada uma destas doenças. É universal na medida em que se manifesta em todas as populações, e sinais de depósitos ateroscleróticos podem ser encontrados em idades muito jovens

2 - Há doenças que são comuns ao processo de senescência mas não são universais nem inevitáveis. O cancro estaria nesta categoria

3 - Uma terceira classe de doenças inclui as que não estão necessariamente relacionadas com a idade mas podem ter um impacte mais negativo nos mais idosos.

O processo de envelhecimento engloba, então, processos normais e processos não normais. Kohn propõe um conjunto de critérios para se considerar um processo normal de envelhecimento de um sistema: o processo deve ser universal, progressivo e irreversível. Ele não pode ser secundário a qualquer outro processo ou reversível ou modificável quando esse processo muda.

Finch (1988) adoptou os termos patogénico (*pathogenic*) e eugénico (*eugenic*) com a intenção de distinguir os fenómenos relacionados com a idade (eugénicos) daqueles que são secundários a fenómenos patológicos (patogénicos).

Bee e Mitchell (1984) lista exaustivamente os domínios que mais se exprimem no processo de senescência. A aceitação da senescência como um processo decremental imparável varia segundo as teorias adoptadas. Bee e Mitchell referem três das inúmeras existentes: teoria do envelhecimento celular que responsabiliza a lentificação da reprodução celular como causa do envelhecimento; teoria do envelhecimento dos órgãos que responsabiliza o envelhecimento pela diminuição da funcionalidade dos diversos sistemas, teoria sistémica do envelhecimento que salienta o papel dos processos homeostáticos e heterostáticos. De qualquer modo, como se mostrou no penúltimo quadro, com o aumento da idade a mortalidade aumenta de modo consistente. Em termos de morbilidade nos mais velhos as doenças agudas tendem a ser substituídas pelas doenças crónicas (Kimmel, 1974). Finalmente e numa perspectiva desenvolvimental pode-se intervir, promovendo a Saúde e atenuando a influência dos processos eugénicos.

3. DESENVOLVIMENTO COGNITIVO, A SAÚDE E AS DOENÇAS

O desenvolvimento cognitivo está estreitamente ligado ao desenvolvimento da saúde. Esta perspectiva será discutida de três maneiras distintas: 1) o desenvolvimento cognitivo (numa perspectiva qualitativa) condiciona a compreensão do que é a saúde; 2) o desenvolvimento cognitivo influencia a acção do indivíduo na promoção da sua saúde, nomeadamente porque um nível de desenvolvimento cognitivo mais elevado permite ao indivíduo assumir a responsabilidade pelas suas acções; 3) finalmente, defende-se que o desenvolvimento cognitivo tomado numa perspectiva quantitativa, ou seja, um nível de escolaridade mais elevado, está associado a mais saúde.

3.1. *O desenvolvimento cognitivo (numa perspectiva qualitativa) condiciona a compreensão do que é a saúde*

Nagy (1948) estudou, numa perspectiva genética o modo como a criança entre os três e os 10 anos de idade concebe a morte, sendo uma das primeiras investigadoras a interessar-se, com

preocupações desenvolvimentais, por este problema. Utilizando o método clínico de Piaget, identifica três estádios no desenvolvimento da compreensão do que é a morte: antes dos 5 anos, entre os 5 e os 9 anos e após os 9 anos. Apenas aos 9 anos a criança começa a conceptualizar a morte tal como ela é, como um processo que faz parte da vida (no sentido em que é a cessação da vida corporal), é universal e ocorre dentro de nós. A doença não é vista em relação com a vida e com a morte a não ser neste último estádio. No primeiro a própria morte não existe, e no segundo vê a morte, como alguém mau que vive algures, vem buscar as pessoas que estão doentes (ou velhas), ou fá-las doentes. Esta perspectiva está de acordo com a teoria piagetiana do desenvolvimento da causalidade. Neuhauser et al. (1978), estudando a concepção de saúde de crianças entre os 3 e 13 anos, adoptando a perspectiva teórica de Warner e Piaget, verificaram que a compreensão dos sujeitos, e a explicação sobre a doença, era consistente com a existência de uma estrutura desenvolvimental cognitiva. Identificaram três estádios (pré-operacional, operacional concreto e operacional formal) com 2 sub-estádios em cada estádio. Natappoff (1978) verificou igualmente que, entre as crianças de 6 e 12 anos, a definição de saúde evolui com a idade, que os comentários se tornam mais complexos e mais longos, e que a concepção de saúde inclui mais aspectos. Gochman (1972) verifica que a percepção de vulnerabilidade à doença aumenta significativamente com a idade, numa população entre os 8 e os 17 anos. É na adolescência que a saúde começa a ser um tema de preocupação, mantendo-se, essa preocupação invariável entre os 12 e os 18 anos (Radius et al., 1980).

A concepção de saúde e de doença varia, portanto, com a idade, e apenas no início da adolescência parece ser possível compreender a ligação entre a vida e a morte. No início da adolescência a definição de saúde é uma definição concreta e dependente de indicadores externos enquanto que nos mais velhos os indicadores são mais internos. Os mais novos têm, igualmente, menos capacidade para incorporar na definição de saúde dimensões afectivas e psicossociais (Campbell, 1975; Millstein, Adler & Irwin, 1981; Millstein & Irwin, 1987).

3.2. *O estilo cognitivo influencia a acção do indivíduo na promoção da sua saúde, nomeadamente porque um nível de desenvolvimento cognitivo mais elevado permite ao indivíduo assumir a responsabilidade pelas suas acções*

O estilo cognitivo tem sido associado a resultados de saúde. O estilo cognitivo associa-se à saúde devido a determinados estilos implicarem maior capacidade para assumir o controlo, ou a responsabilidade individual, pelo seu comportamento e esta maior capacidade tem sido associada a melhor saúde (Rodin, 1986). É o caso da Auto-eficácia (Alexy, 1991; Kelly, Zyzanski, & Alemagno, 1991; O'Leary, 1985; Sherer, et al., 1982), e do Locus de Controlo (Walltson & Waltson, 1978; Walltson et al., 1976). O desenvolvimento cognitivo está, também, associado a capacidade para assumir a responsabilidade. O texto clássico de White (1959) apresenta o controlo como uma característica inata para predizer e controlar o meio ambiente e conduzem ao que o autor chama «Sentimento de Eficácia». No estudo do desenvolvimento moral (Piaget, 1932; Kohlberg, 1968) constata-se que nos níveis de desenvolvimento mais elevados, os indivíduos são mais capazes de assumir a responsabilidade pessoal pelas suas acções, enquanto nos níveis mais baixos a responsabilidade é sempre externa ao próprio indivíduo.

Sabemos, no entanto, que a maior parte dos indivíduos não raciocina predominantemente nos níveis de desenvolvimento moral ou cognitivo mais elevados. Os níveis cognitivos, segundo a classificação de Piaget, nos quais os indivíduos funcionam predominantemente é, o estádio operatório concreto; ao nível do raciocínio moral é o convencional (McKinnon & Renner, 1971; Karplus e Karplus, 1972). O Sistema Conceptual é uma teoria de desenvolvimento que fornece bases para compreender como o indivíduo se relaciona com os acontecimentos que ocorrem a sua volta (Harvey, Hunt & Shroeder, 1961). É uma característica pessoal, indexando, simultaneamente, complexidade cognitiva (diferenciação, discriminação e integração) e maturidade inter-pessoal (aumento da auto-responsabilidade). Uma pessoa que funciona num nível conceptual mais elevado possui uma estrutura mais complexa, é mais capaz de tomar acções

responsáveis e é mais capaz de se adaptar a meios em mudança, do que os indivíduos que funcionam em níveis mais baixos (Hunt, 1975). São, também, mais tolerantes ao stress e conflito (McKibbin, & Joyce, 1981; Walters & Strivers, 1977; Witherrell & Erickson, 1978). A capacidade para assumir a responsabilidade reflecte-se, igualmente nos processos de aderência ao tratamento. A aderência ou empenhamento, consoante a complexidade das teorias que explicam este processo confirmam que o nível de desenvolvimento cognitivo facilita o processo (Clyner, Baum & Krantz, 1984; DiNicola & Dimatteu, 1984; Janis, 1984; Kristeller & Rodin, 1984).

Os modelos que quer Antonovsky (1984) – Senso de Coerência –, quer Kobasa (1979) – Robustez – tornam o indivíduo mais apto a lidar com as características do meio ambiente e, por isso, a possuírem uma melhor saúde. Características cognitivas do tipo das descritas nos últimos parágrafos são componentes destes modelos..

No entanto e de uma maneira geral, podíamos afirmar que o desenvolvimento cognitivo é mais importante para a promoção da saúde do que para a prevenção das doenças, na medida em que aquela é, por definição, um processo da responsabilidade, predominantemente individual, enquanto o segundo é um processo de responsabilidade predominantemente social.

3.3. *Desenvolvimento cognitivo tomado numa perspectiva quantitativa, reflectido num nível de escolaridade mais elevado, está associado a uma mais saúde*

O desenvolvimento cognitivo está associado à escolaridade, quer seja visto do ponto de vista qualitativo, quer quantitativo. No primeiro caso a investigação tem demonstrado que a percentagem de indivíduos que utilizam predominantemente os níveis mais elevados de competência cognitiva aumenta com os níveis de escolaridade (Hunt et al., 1978; Karplus & Karplus, 1972; McKinnon & Renner, 1971; Renner et al., 1976; Sequeira, 1981). A escolaridade tem sido sempre associada a melhor saúde (Clark, 1990; Doornbos & Kromhout, 1990; Grosse & Auffrey, 1989; Perrin, 1989). Por exemplo, Leigh (1985) ao analisar a influência de 20 factores, incluindo a escolaridade, verificou que, os anos de escolaridade persistem como predictores de boa saúde,

sejam quais forem as variáveis que entrem na equação ou a maneira de medir a saúde. Um relatório do Banco Mundial afirma, igualmente, que a escolaridade é a variável associada a mortalidade mais importante, mesmo mais do que rendimento económico ou a alimentação ingerida (Cochrane, O'Hara, & Leslie, 1980).

4. O DESENVOLVIMENTO DO CONCEITO DE SAÚDE E A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Após a segunda guerra mundial, a Organização Mundial de Saúde propôs uma definição de saúde revolucionária: definiu-a como um «estado de bem estar físico, mental e social, completo, e não apenas ausência de doença» (WHO, 1948). A definição pressupõe os seguintes aspectos:

1 - A saúde é um estado de bem-estar;

2 - A saúde inclui as dimensões física, social e mental;

3 - A saúde não é apenas ausência de doença;

4 - As dimensões físicas, sociais e mentais não são realidades distintas, são aspectos da mesma realidade, constituindo uma teia que só existe enquanto conjunto;

5 - Enquanto estado de bem-estar, introduz uma dimensão subjectiva, dado o bem-estar ser um processo de percepção pessoal.

Esta definição tem sido motivo de muitas críticas provindas, principalmente, do Modelo Biomédico, sendo uma das principais a subjectividade do conceito e a concomitante dificuldade em o avaliar. Não obstante tem-se consolidado a sua aceitação.

A evolução na definição do conceito, foi consequência, por um lado, das alterações nos padrões de mortalidade e morbidade verificadas nos países desenvolvidos, e concomitantes alterações nas formas de intervenção sobre as doenças. A descoberta da penicilina e a criação de vacinas destinadas às doenças causadas por germes que mais afectavam a Humanidade, modificaram radicalmente o panorama dos Sistemas de Saúde com repercussões demográficas importantes (McKeown, Record & Turner, 1975).

As soluções meramente curativas utilizadas nas crises do passado não conseguiam combater as epidemias emergentes de etiologia essencialmente comportamental. As medidas de saúde pública,

visando este novo agente causador – o comportamento – tornavam-se urgentes. Durante a década de 50 numerosos estudos começaram, a salientar quais os comportamentos que estavam associados às principais doenças (Morris et al., 1953). Este tipo de estudos multiplicou-se nos anos seguintes, até à tomada de posição Política de que é paradigma o Relatório Lalonde (1974). Com efeito, na década de 70, este documento aponta novas estratégias de Saúde Pública, tornando-se um modelo para outros adoptados posteriormente nomeadamente, em 1977, o documento Saúde Para Todos no Ano 2000 (traduzido e publicado em Português, pelo Ministério da Saúde em 1986), e em 1979 o *Healthy People: the Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*. Este movimento foi baptizado de Segunda Revolução a Saúde (Michael, 1982; Richmond, 1979). Enquanto que a Primeira Revolução da Saúde consistiu na aplicação dos princípios do Modelo Biomédico à Saúde Pública, à Prevenção Primária, agora tratava-se de aplicar os modelos de manipulação do comportamento visando controlar as novas epidemias, não só através da Prevenção Primária (principalmente das doenças cardiovasculares responsáveis por cerca de 50% da mortalidade nos países desenvolvidos) como da Promoção da Saúde

O Relatório Lalonde defendia o estabelecimento de uma política nacional de saúde baseada em quatro pilares: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização dos cuidados de saúde, que constituíam o que se chamou *Health Field Concept*. Este foi depois utilizado como modelo para analisar a contribuição de cada um dos seus pilares para as 10 principais causas de morte. Segundo Richmond (1979), em 1976 nos Estados Unidos da América, cerca de metade das mortes prematuras eram devidas a comportamentos inadequados ou ao estilo de vida, 20% a factores ambientais; 20% à biologia humana; e 10% a cuidados de saúde inadequados. Valores próximos foram atribuídos, por outros: Hettler (1982) e Mullen et al. (1986).

A saúde passou a ser concebida como um estado diferenciado da doença. Estes dois estados estariam colocados em extremos opostos de um contínuo hipotético onde, de um lado, se encontrava um estado de doença extrema e morte, até ao extremo oposto onde se encontrava saúde

exuberante. Todas as pessoas estariam, sempre, colocadas, algures, entre estes dois pólos.

Ora a relação assim concebida entre Saúde e doenças permitia conceber a Saúde numa perspectiva desenvolvimental. A intervenção neste domínio era concebida como Promoção da Saúde, ou seja, tinha por objectivo deslocar os indivíduos e comunidades, na direcção do pólo saúde, mesmo (ou principalmente) com os indivíduos sem doença. O conceito de Promoção da Saúde, juntamente com o de Estilo de Vida, foram introduzidos no Sistema de Saúde pela Segunda Revolução da Saúde. Eram conceitos latentes na inovadora definição de Saúde da OMS de 1948. Mesmo antes desta, Sigerist (1946) já defendia que o papel da medicina era o de promover a saúde.

A Carta de Otawa, em 1986, define Promoção da Saúde como o processo de capacitar as pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde e para a melhorar. Ora, como já foi referido atrás o aumento de controlo, da responsabilidade, pessoal sobre o Estilo de Vida é um processo desenvolvimental. Logo a Promoção da Saúde é, por excelência, um conceito desenvolvimental, dinâmico e tem implícita a ideia que esta – a Saúde – se pode desenvolver ao longo do ciclo de vida.

Do ponto de vista dinâmico, devemos considerar que o organismo humano está em entropia ou em desordem, e que através das propriedades que são próprias dos sistemas vivos, tende a organizar-se e a reconstruir-se, para novamente entrar em desordem. Este processo é inerente a vida e tem-se mantido ao longo dos últimos bilhões de anos na terra. A evolução resulta de interacção do indivíduo com o meio ambiente, e devido às propriedades de sistema aberto dos organismos vivos – auto-organização e auto-construção – há um processo constante de restauração de equilíbrio entre os diversos componentes do sistema. Se até certa altura as mudanças resultavam em aumento da capacidade funcional, a partir de certo momento deixam de se manifestar através da capacidade funcional e este tende a diminuir. As mudanças passam a ser mais qualitativas, embora variem quer quanto ao momento em que ocorrem, quer quanto à natureza das mudanças.

O processo de restabelecimento de equilíbrio não é um processo homeostático. A manutenção

de um estado estável – a homeostasia – é evidente e essencial em determinados sistemas biológicos, tais como o nível do pH ou da temperatura corporais. Vários autores têm achado o conceito de homeostasia insuficiente para explicar o equilíbrio dinâmico inerente ao comportamento e desenvolvimento de sistemas mais complexos. Em vez do conceito de homeostasia proposto por Cannon (1936), tem sido preferido o conceito de Homeoesia proposto por Waddington (1968). Este significa o restabelecimento de equilíbrio, mas não num nível absoluto e sim num nível mais adequado ou mais complexo. Uma reacção homeorética tenderia a puxar para a via apropriada de desenvolvimento, qualquer organismo que, devido a uma qualquer influência externa, se tivesse desviado dessa via. A homeoesia, salienta a constância de uma trajectória, um fluxo, em vez de um estado (Waddington, 1968). O desenvolvimento deve, assim, ser concebido como a restauração da homeoesia entre todos os componentes do sistema de vida, quer os pessoais, quer os ambientais e sociais.

É, hoje, clara qual a direcção das mudanças a realizar no sentido de promover a saúde em todas as idades. Investigação recente que se debruça sobre a Saúde ao invés de sobre as doenças, mostra que há um conjunto de comportamentos que, integrados no estilo de vida são promotores da saúde. O Estudo Alameda (Berkman & Breslow, 1983) demonstrou que há um conjunto de comportamentos claramente associados a uma boa Saúde e a maior longevidade. São eles: dormir sete ou oito horas por noite; tomar o pequeno almoço todos os dias; evitar comer entre as refeições; manter o peso à volta do que seria desejável para a sua altura e sexo, praticar actividade física; beber bebidas alcoólicas moderadamente; não fumar. No âmbito deste estudo Bellock e Breslow (1972), que abrangeu 6928 adultos escolhidos de forma aleatória, onde se relacionava comportamento com estado de saúde, afirmam que «o estado de saúde médio dos indivíduos com mais de 75 anos que praticavam todos os comportamentos de saúde adequados (7 no total), era praticamente o mesmo do que os de 35-44 que praticavam menos de 3 desses comportamentos» (p. 419).

A preocupação com a saúde só recentemente se centrou nas idades mais velhas devido ao aumento crescente da percentagem deste grupo

etário no todo da sociedade. Nos países desenvolvidos entre 1900 e 1986, a esperança de vida de um recém-nascido passou de 46,3 anos para os 71 para os homens, e de 48,3 para 78,3 para as mulheres. Se a expectativa de vida for observada aos 40 anos em vez de ao nascer, ela passou de 27,7 anos para 34,5 para os homens, e de 29,2 para os 40,2 para as mulheres (Hinman, 1990), ou seja a melhoria de 30 anos ao nascer passa para 7 anos a 10 anos aos 40 e continua a descer. Entre 1900 e 1960 a expectativa de vida aos 65 anos, passou de 12 para 14 anos, e entre 1960 e 1970 de 14 para 16 anos (Berkman & Breslow, 1983). Ou seja, as idades mais velhas não têm sido objecto de atenção, quer se trate dos aspectos tradicionais que a psicologia do desenvolvimento estuda quer se trate da saúde. Como já foi referido, os Portugueses, seguindo o padrão dos países desenvolvidos estão envelhecendo (Rosa, 1996), contribuindo para a alteração dos padrões de saúde e doenças. O aumento da proporção do grupo etário mais velho com as suas especificidades, obriga a conceptualizar como ocorre o desenvolvimento neste grupo.

Embora Galton tivesse na sua investigação em 1884 recolhido dados sobre pessoas entre os 5 e 80 anos, foi Stanley Hall, em 1922, um dos primeiros autores a debruçar-se sobre o desenvolvimento nas idades mais avançadas, no seu livro *Senescence: The Second Half of Life*, com pouco impacto, aliás, na comunidade científica. Em 1946 a APA criou uma divisão, então intitulada *Division on Maturity and Old Age*. Muitos pensaram que esta divisão se fundiria com a de psicologia do desenvolvimento mas tal não aconteceu.

É hoje facilmente aceite que a estimulação inerente aos processos desenvolvimentais pode ser generalizada à saúde e aplicada aos idosos, tanto na dimensão psicológica como fisiológica. Schaie (1990) no âmbito do *Seattle Longitudinal Study*, estudo que durou sete anos, em que foi avaliado o nível de funcionamento intelectual de indivíduos que no final desse período tinham entre 60 e 81 anos, concluiu que «dependente do grupo etário, entre 60 e 85% de todos os participantes permaneceram estáveis ou aumentaram as suas capacidades específicas» (p. 296). Focando a dimensão corporal verifica-se que os idosos (grupos entre os 50 e os 79 anos) respondem positivamente à estimulação física (Cononie et

al., 1991; Cress et al., 1991; Perri, & Templer, 1985; Peterson et al., 1991). Os resultados destas investigações violam as crenças do senso comum – o idosismo – que aceita o processo de envelhecimento como um processo fatal. Parece então claro que o processo de senescência pode decorrer de um modo eugénico se os indivíduos forem adequadamente estimulados, seja em que idade for, o organismo torna-se mais funcional e adequado.

A interacção constante com o meio ambiente proporciona uma quantidade de estimulação que promove o desenvolvimento. A adaptação pode ser psicológica tal como Piaget ou Vigotsky a descrevem, mas pode aplicar-se, também aos subsistemas físicos como explicam Harre (1972) ou Selye (1974). Harre explica que «há ajustamento funcional dos sistemas psicológicos e físicos, a um padrão de realização mais elevado e a condições externas específicas, através da influência de cargas externas» (p. 54).

A Promoção da Saúde pode considerar como referenciais os comportamentos de saúde descritos no Estudo Alameda. No entanto, estes comportamentos variam consoante as idades. Por exemplo, na juventude, o controlo do comportamento, seja o comportamento violento, ou o uso do cinto de segurança são comportamentos, também, adequados. Mas a promoção da saúde deve começar mais cedo. Como Mechanic (1979) e Haggerty (1977) demonstraram, os maus hábitos de saúde começam cedo e, mesmo na infância são difíceis de mudar. Apesar disso, parece decisivo conceptualizar a promoção da saúde nas idades mais novas. Tal como Dubos (1979) sugere: os estádios iniciais da vida dos indivíduos são de excepcional importância devido a que, em larga medida, determinam aquilo em que o adulto se tornará. Uma atmosfera favorável ao desenvolvimento biológico e mental da criança é a maneira mais económica de promover a saúde mundial (pp. 394-395).

5. CONCLUSÃO

A saúde e as doenças podem e, provavelmente, devem ser conceptualizadas numa perspectiva de desenvolvimento, mesmo que se admita que esse desenvolvimento possa ter padrões diferentes consoante o sistema ou constructos em jogo.

O desenvolvimento humano é um processo multifacetado, cujo elemento dominante é o aumento da complexidade do organismo ao invés da velha concepção de desenvolvimento como um processo meramente quantitativo.

Por outro lado, a saúde é um domínio da vida das pessoas com interacções fortes no dia a dia do indivíduo: não só os acontecimentos de vida (*life events*) afectam a saúde como o demonstraram os trabalhos pioneiros de Holmes e Rahe (1967) como, inversamente, a saúde aumenta a capacidade para enfrentar os acontecimentos de vida, tanto os normativos como os não-normativos.

BIBLIOGRAFIA

- Alexy, B. B. (1991). Factors associated with participation or nonparticipation in workplace wellness center. *Research in Nursing & Health*, 14, 33-40.
- Antonovsky, A. (1984). The sense of coherence as a determinant of health. In J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller, & S. M. Weiss (Eds.), *Behavioral health* (pp. 114-129). New York: John Wiley & Sons.
- Baltes, P. B., Reese, H. M., & Lipsit, L. P. (1980). Life-span developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, 31, 65-110.
- Bee, H., & Mitchell, S. (1984). *The developing person: a life-span approach*. New York: Harper & Row.
- Belloc, N., & Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine*, 1, 409-421.
- Belloc, N., Breslow, L., & Hochstim, J. (1971). Measurement of physical health in a general population survey. *American Journal of Epidemiology*, 93 (5), 328-336.
- Berkman, L. F. & Breslow, L. (1983). *Health and ways of living: the Alameda County study*. New York: Oxford University Press.
- Bibace, R., & Walsh, M. E. (1979). Developmental stages in children's conceptions of illness. In G. C. Stone, F. Cohen, & N. E. Adler (Eds.), *Health psychology – a handbook*. San Francisco: Jossey-Bass, Inc., Publishers.
- Campbell, J. D. (1975). Illness is a point of view: the development of children's concept of illness. *Child Development*, 46, 92-100.
- Campbell, A., Converse, P., & Rogers, W. (1976). *The quality of american life*. New York: Russell Sage Foundation.
- Cannon, W. B. (1936). *The wisdom of the body*. New York: W. W. Norton.
- Clark, J. N. (1990). *Health, illness and medicine in Canada*. Toronto: McClelland & Stewart.
- Clymer, R., Baum, A., & Krantz, D. S. (1984). Preferences for self-care and involvement in health care. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.) *Handbook of psychology and health* (Vol. IV) (pp. 149-166). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Cochrane, S. H., O'Hara, D. J., & Leslie, J. (1980). *The effects of education on health*. Working Paper No. 405. Washington, D. C.: The World Bank.
- Cononie, C. C., Graves, J. E., Pollock, M. L., Phillips, M. I., Summers, C., & Hagberg, J. M. (1991). Effect of exercise training on blood pressure in 70 to 79 years old men and women. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 23 (4), 505-511.
- Cress, M. E., Thomas, D. P., Johnson, J., Kasch, F. W., Cassens, R. G., Smith, E. L., & Agre, J. C. (1991). Effect of training on VO2 max, Thigh strength and muscle morphology in septuagenarian women. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 23 (6), 752-758.
- DiNicola, D. D., & DiMatteo, R. (1984). Practitioners, patients, and compliance with medical regimens: a social psychological perspective. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.) *Handbook of psychology and health* (Vol. IV) (pp. 55-84). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Doornbos, G., & Kromhout, D. (1990). Educational level and mortality in a 32-year follow-up study of 18-year-old men in the Netherlands. *International Journal of Epidemiology*, 19 (2), 374-379.
- Dubos, R. (1979). *Medicine evolving*. In D. S. Sobel (Ed.), *Ways of health* (pp. 21-43). New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Ewbank, D. (1986). Population and public health. In John M. Last (Ed.), *Public health and preventive medicine* (12 Ed.). Connecticut: Appleton-Century-Crofts.
- Finch, C. (1988). Neuronal and endocrine approaches to the resolution of time as a dependent variable in the aging process of mammals. *Gerontologist*, 28, 29-42.
- Gatchel, R. J., Baum, A., & Krantz, D. S. (1989). *An introduction to health psychology*. New York: McGraw-Hill International Editions.
- Gochman, D. C. (1972). Development of health beliefs. *Psychological Reports*, 31, 259-266.
- Goldberg, M., & Dab, W. (1987). Complex indexes for measuring a complex phenomenon. In T. Abelin, Z. Brzezinski & V. Carstairs (Eds.), *Measurement in health promotion and protection* (pp. 174-194). Copenhagen: WHO Regional Publications.
- Grosse, R. N., & Auffrey, C. (1989). Literacy and health status in developing countries. *Annual Review of Public Health*, 10, 281-297.
- Graves, A. J. (1972). Attainment of mass, weight and volume in minimally educated adults. *Developmental Psychology*, 7, 223.

- Harvey, O., Hunt, D., & Schroder, H. (1961). *Conceptual systems and personality organization*. New York: Wiley.
- Haggerty, R. (1977). Changing lifestyles to improve health. *Preventive Medicine*, 6, 276-289.
- Harre, D. (1982). *Principles of sports training*. R.D.A.: Sportverlag Berlin.
- Harvey, O., Hunt, D., & Schroder, H. (1961). *Conceptual systems and personality organization*. New York: Wiley.
- Hettler, B. (1982). Wellness promotion and risk reduction on university campus. In M. M. Faber & A. M. Reinhardt (Eds.), *Promoting health through risk reduction*. New York: Collier MacMillan Publishers.
- Hinman, A.R. (1990). 1889 to 1989: a century of health and disease. *Public Health Reports*, 105 (4), 374-380.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Hunt, D. (1975). Person environment interaction. *Review of Educational Research*, 45 (2), 209-230.
- Hunt, D., Butler, L., Noy, J., & Rosser, M. (1978). *Assessing conceptual level by the paragraph completion method*. Toronto: The Ontario Institute for Studies in Education
- Janis, I. L. (1984). Improving adherence to medical recommendations; prescriptive hypotheses derived from research in social psychology. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (Vol. IV) (pp. 113-148). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Karplus, R., & Karplus, E. (1972). Intellectual development beyond elementary school: a longitudinal study. *School Science and mathematics*, November, 735-742.
- Kelly, R. B., Zyzanski, S. J., & Alemagno, S. A. (1991). Prediction of motivation and behavior change following health promotion: role of health beliefs, social support, and self-efficacy. *Sociological and Science Medicine*, 32 (3), 311-320.
- Kimmel, D. (1974). *Adulthood and aging*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Kobasa, S. C. (1979). Stress life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37 (1), 1-11.
- Kohn, R. (1985). Aging and age related diseases: normal processes. In H. Johnson (Ed.), *Relations between normal aging and disease* (pp. 1-43). New York: Raven.
- Kohlberg, L. (1968). Early education: a cognitive-developmental view. *Child Development*, 39, 1013-1062.
- Kristeller, J. L., & Rodin, J. (1984). A three-stage model of treatment continuity: compliance, adherence, and maintenance. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (Vol. IV) (pp. 85-112). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Minister of National Health and Welfare.
- Last, J. M. (1986). Epidemiology and health information. In John M. Last (Ed.), *Public health and preventive medicine* (12 Ed.). Connecticut: Appleton-Century-Crofts.
- Leigh, J. P. (1985). An empirical analysis of self-reported work-limiting disability. *Medical Care*, 23 (4), 318.
- Matarazzo, J. D. (1984). Behavioral health: a 1990 challenge for health services professions. In J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller, & S. M. Weiss (Eds.), *Behavioral health* (pp. 3-40). New York: John Wiley & Sons.
- McKeown, T., Record, R., & Turner, R. (1975). An interpretation of the decline of mortality in England and Wales during the twentieth century. *Populations Studies*, 29 (3), 391-422.
- McKibbin, M., & Joyce, B. (1980). Psychological states and staff development. *Theory into practice*, 19 (4), 248-255.
- McKinnon, J., & Renner, J. (1971). Are colleges concerned with intellectual development? *American Journal of Physics*, 39, 1047-1052.
- Mechanic, D. (1979). The stability of health and illness behavior: results from a 16-year follow-up. *American Journal of Public Health*, 69 (11), 1142-1145.
- Michael, J. (1982). The seconde revolution in health: health promotion and its environmental base. *American Psychologist*, 37 (8), 936-941.
- Millstein, S. G., Adler, N. E., & Irwin, C. E. (1981). Conceptions of illness in young adolescents. *Pediatrics*, 68 (6), 834-839.
- Millstein, S. G., & Irwin, C. E. (1987). Concepts of health and illness: different constructs or variations on a theme? *Health Psychology*, 6 (6), 515-524.
- Morris, N. M. (1982a). Risk reduction for childbearing. In M. M. Faber & A. M. Reinhardt (Eds.), *Promoting health through risk reduction*. New York: Collier MacMillan Publishers.
- Morris, N. M. (1982b). Risk reduction from birth to kindergarten age. In M. M. Faber & A. M. Reinhardt (Eds.), *Promoting health through risk reduction*. New York: Collier MacMillan Publishers.
- Morris, N. M. (1982c). Risk reduction in middle childhood years. In M. M. Faber & A. M. Reinhardt (Eds.), *Promoting health through risk reduction*. New York: Collier MacMillan Publishers.
- Morris, N. M. (1982d). Risk reduction in the adolescent years. In M. M. Faber & A. M. Reinhardt (Eds.), *Promoting health through risk reduction*. New York: Collier MacMillan Publishers.
- Moriyama, I. (1968). Problems in the measurement of health status. In E. Sheldon, & W. Moore (Eds.), *Indicators of social change: concepts and measurement* (pp. 585-586). New York: Russell Sage Foundation.
- Mullen, K., Gold, R., Belcastro, P., & McDermott, R. (1986). *Connections for health*. Dubuque: Wm. C. Brown Publishers.
- Muuss, R. (1975). *Theories of adolescence*. New York: Random House.
- Nagy, M. (1948). The child's theories concerning death. *The Journal of Genetic Psychology*, 73, 3-27.
- Natapoff, J. N. (1978). Children's views of health: a developmental study. *American Journal of Public Health*, 68 (10), 995-1000.
- Neuhauser, C., Amsterdam, B., Hines, P., & Steward, M. (1978). Children's concepts of healing: cognitive development and locus of control factors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 48 (2), 335-341.
- Noack, H. (1987). Concepts of health and health promotion. In T. Abelin, Z. J. Brzezinski, & D. L. Carstairs (Eds.), *Measurement in health promotion and protection* (WHO Regional Publications, Europe Series No 22, pp. 5-28). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- O'Leary, A. (1985). Self-efficacy and health. *Behavior Research and Therapy*, 23 (4), 437-451.
- Perri, II, S., & Templer, D. (1984-85). The effects of an aerobic exercise program on psychological variables in older adults. *International Journal of Aging and Human Development*, 20 (3), 167-171.
- Perrin, B. (1989, Summer). Literacy and health: making the connection. *Health Promotion*, 28, 2-5.
- Peterson, S. E., Peterson, M. D., Raynond, G., Gilligan, C., Checovich, M. M., & Smith, E. L. (1991). Strength and bone density with weight training in middle-aged women. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 23 (6), 499.
- Piaget, J. (1932). *Le jugement moral de l'enfant*. Paris: PUF.
- Radius, S. M., Dillman, T. E., Becker, M. H., Rosenstock, I. M., & Horvath, W. J. (1980). Adolescents perspectives on health and illness. *Adolescence*, 15 (58), 375-384.
- Reese, H. & Overton, W. (1970). Models of development and theories of development. In L. Goulet, & P. Baltes (Eds.), *Life-span developmental psychology: research and theory* (pp. 115-145). New York: Academic Press.
- Renner, J., Stafford, D., Lawson, A., McKinnon, J., Friot, F., & Kellog, D. (1976). *Research teaching, and learning with the Piaget model*. Norman: University of Oklahoma Press.
- Richmond, J. (1979). *Healthy people: the surgeon general's report on health promotion and disease prevention*. Washington: U. S. Department of Health, Education, and Welfare.
- Rodin, J. (1986). Aging and health: effects of the sense of control. *Science*, 233, 1271-1276.
- Rosa, M. V. (1996). *O envelhecimento da população portuguesa*. Cadernos do Público, 3. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa e Público.
- Schaeie, K. W. (1990). Intellectual development in adulthood. In J. Birren, & K. Schaie (Eds.), *The psychology of aging* (pp. 291-309). San Diego: Academic Press, Inc.
- Schaeie, K., & Willis, S. (1982). Life-span development. In E. Mitzel (Ed.), *Encyclopedia of educational research* (Vol.3) (5th Ed.). New York: The Free Press.
- Selye, H. (1974). *Stress sans détress*. Ottawa: La Press.
- Sequeira, M. (1981). *Formal reasoning in Portuguese junior high school student*. Dissertação de Doutorado policopiado.
- Sherer, M., Madux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale; construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- Sigerist, H. E. (1946). *The university at the crossroads: addresses & essays*. New York: Henry Schuman.
- Waddington, C. H. (1968). The basic ideas of biology. In C. H. Waddington (Ed.), *Towards a theoretical biology. Prolegomena: an IUBS symposium*. London: Aldine Publishing Company.
- Walters, S. A. & Strivers, E. (1977). The relation of student teachers classroom behavior and eriksonian ego identity. *Journal of Teacher Education*, 28 (6), 47-50.
- Walltson, B. S., & Walltson, K. A. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6 (2), 160-170.
- Walltson, B. S., Walltson, K. A., Kaplan, G. D., & Maides, S. A. (1976). Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44 (4), 580-585.
- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: the concept of competence. *Psychological Review*, 66, 297-333.
- WHO (1948). *Officials Records of the World Health Organization* (no. 2, p. 100). United Nations, World Health Organization. Geneve, Interim Comission.
- World Health Organization. (1986). Young people's health - a challenge for society. *WHO: Technical Report Series*, 731. WHO; Genève.

RESUMO

A Saúde é o domínio mais importante na Qualidade de Vida das Pessoas. A investigação mostra que, se uma pessoa levar um Estilo de Vida adequado terá melhor saúde, melhor Qualidade de Vida e viverá mais tempo. A Saúde pode ser conceptualizada de um ponto de vista desenvolvimental, útil para a Psicologia Clínica da Saúde. Propomos três formas em que a saúde pode ser vista numa perspectiva desenvolvimental: a) como as doenças afectam as pessoas ao longo do ciclo de vida, da concepção à morte; b) como é que o funcionamento cognitivo pode influenciar a compreensão da saúde e das doenças; c) justificar como é que a definição da Organização Mundial de Saúde pode ser concebida como um constructo desenvolvimental e como é que a Promoção da Saúde é, também, um conceito desenvolvimental.

ABSTRACT

Health is the most important domain for the Quality of Life of human being. Research shows that, if the person plays a Life Style in a certain fashion he has better health, better Quality of Life and live longer. Health can be analysed as a developmental concept, and in the present article we discuss health as a developmental construct useful for Clinical Health Psychology. We propose three developmental ways for to analyse health: a) how disease affects people through life cycle, from conception to death; b) how cognitive status can influence the comprehension of health and disease; c) justify how the World Health Organisation definition of health can be a developmental concept and how health promotion is, also, a developmental concept.

Key words: Health, Health promotion, Development.

Mecanismos de defesa e de *coping* e níveis de saúde em adultos

MANUEL GEADA (*)

1. INTRODUÇÃO

A definição de saúde proposta pela WHO (1948) descreve a saúde individual como um estado de completo bem-estar físico, emocional, interpessoal e social, e não apenas a ausência de doença. Esta definição parece ser talvez demasiado ambiciosa e abrangente para ser operacionalmente definível e pragmaticamente atingível.¹ Não obstante isso, ela tem constituído no campo da saúde uma meta desejável, com a qual as situações particulares se podem comparar por aproximação ou distanciação, e está em sintonia com as aspirações de altos níveis de bem-estar e de qualidade de vida das sociedades actuais.

1.1. Componentes da definição de saúde

Uma das dificuldades na definição operacional de saúde está por um lado na sua multi-di-

mensionalidade e, por outro, no modo como devem ser articuladas as dimensões que a compõem. De facto o bem-estar físico não está geralmente dissociado do bem-estar psicológico, mas este último, no entanto, pode aparecer associado a uma doença física sem sintomas de mal-estar ou dor (Ribeiro, 1994).

Especificamente, o *bem-estar físico* tem a ver com a ausência de dores ou sintomas de desconforto físico indesejáveis ou incapacitantes das actividades privadas ou sociais do indivíduo, enquanto o *bem-estar emocional* consiste na ausência de sofrimento psicológico do indivíduo, seja por causas por si conhecidas (stress, medo, frustrações, fracassos, perdas, rejeições, etc.), seja por causas que o indivíduo desconhece mas que estão na base dos seus estados de angústia indefinida, ou de outras perturbações de natureza neurótica ou psicótica. Por *bem-estar interpessoal* entende-se geralmente o nível de satisfação que o sujeito retira das suas relações interpessoais o qual é em grande parte dependente das próprias características de personalidade expressas nos estilos de relacionamento interpessoal e nos tipos de mecanismos de defesa e de *coping*. Finalmente o *bem-estar social* tem a ver com o clima cultural-social onde o sujeito vive e age, e que compreende os aspectos sociológicos, ambientais, económicos e políticos que afectam directamente o seu bem-estar e a sua qualidade de vida susceptíveis de criar as condições para a plena auto-realização pessoal de que falava Mas-

(*) Professor Auxiliar, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

¹ De facto, quando a definição de saúde foi introduzida pela WHO em 1950, foi criticada justamente por ser imensurável (Dowell & Newell, 1987) e recentemente o filósofo francês André Comte-Sponville afirmava com certo humor no programa La Marche du Siècle da TV5, em Novembro de 1995, que a WHO confundia saúde com felicidade e que pela definição da WHO possivelmente ele não teria sido saudável mais que três semanas.