

# EM BUSCA DA ESMERALDA PERDIDA — STRESS E QUALIDADE DE VIDA NA CONTEMPORAN- EIDADE

Artur M. Parreira

Psicólogo, Professor Auxiliar Convocado da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias na Licenciatura em Gestão dos Recursos Humanos

*"A qualidade de vida é um tema de importância crescente, tanto para o sistema de saúde, em geral, como para as Ciências da Saúde", em particular.*

*"Qualidade de Vida e Psicologia da Saúde partilham uma coisa em comum ... a centração da atenção na saúde, ao invés de na doença, e tem como consequência acelerar o desenvolvimento da conceptualização da saúde... nomeadamente a produção de estratégias de intervenção e de avaliação da saúde e da Qualidade de Vida (Ribeiro, 1994).*

Podemos aproximar o conceito de qualidade de vida da definição de saúde proposta pela OMS, que define a saúde em termos de bem-estar social, psicológico e físico, enfatizando a sua caracterização como dinâmica e mutável (Cox, 1990). Feist e Brannon (1992) interrogam-se se a saúde é essencialmente ausência de doença ou a presença de alguma condição positiva; e ainda se é uma questão biológica apenas ou também inclui factores mentais e sociais.

Stone (1987) distingue a posição estática, ideal, e a posição dinâmica, de movimento, na definição de saúde. Esta última é vista como movimento em determinado sentido, incluindo aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Seeman (1989) propôs uma definição de saúde baseada na teoria dos sistemas, que inclui igualmente factores físicos, psicológicos e sociais e se aproxima do conceito de qualidade de vida, integrando-o na perspectiva da complexidade (Feist, *ob. cit.*).

Por ser uma expressão característica do tempo actual, está sujeita a inúmeras interpretações e conotações e, conseqüentemente, à potencial diluição das suas fronteiras enquanto conceito. Esta diluição das fronteiras tem acontecido tanto em relação a tempos como a contextos. No campo da Psicologia Humanística, foi geral a associação com a ideia de realização pessoal, entendida, na linha de Maslow (1954), como completamento do próprio potencial e consecução de equilíbrios auto-valorizados, compatíveis com respostas socialmente ajustadas.

Depois, foi a visão mais económica da vida que influenciou o conceito e introduziu a perspectiva da posse de recursos – bens, serviços, cuidados de saúde – na sua definição. A Psicologia da Saúde – e particularmente a Psicologia Social da Saúde (Marks, 1995) – contribuíram também para o enriquecimento do conceito, mas, ao acrescentarem-lhe facetas novas, aumentaram um pouco mais as ambiguidades.

Como o termo qualidade de vida, também o outro extremo do *continuum* – o *stress* – é uma palavra do século xx (Taché, 1978), utilizada nos mais variados contextos da nossa vida quotidiana: continua a ganhar popularidade e a ser discutida em encontros e congressos. Hoje em dia todos falam de *stress*: nas conversas quotidianas, na televisão, na rádio, nos jornais, num número sempre crescente de conferências, cursos universitários e centros de *stress*. E, no entanto, poucos dão a mesma definição clara; como sucesso, fracasso ou felicidade, a palavra *stress* significa coisas diferentes para diferentes pessoas..." (Selye, 1983). E há razão para esta popularidade. Podemos associar-lhe factores da nossa

vida de trabalho, como o ambiente nas empresas, o clima social, os processos de motivação; mas também a qualidade física do meio circundante, a organização dos tempos, e o fenómeno do *crowding*: “projectos habitacionais sobre-povoados, engarrafamentos urbanos diários, irrelevância de muita da vida escolar” (Taché, *art. cit.*). A somar a estas condições, muitas outras fontes de *stress* invadem a nossa vida social: realizar exames e testes, concorrer a empregos, competir pelo poder, o dinheiro, a posição. Finalmente, mas de importância não despreciable, a turbulência dos tempos, a indefinição de horizontes, a insegura mobilidade da política mundial, condições que afectam sobremaneira as camadas juvenis, mas atingem a generalidade das populações urbanas.

Esta extensão do fenómeno nas nossas sociedades justifica bem o aprofundamento da compreensão deste fenómeno; e, efectivamente, têm-se multiplicado os estudos sobre os factores e níveis de *stress* em variadas profissões, não só no campo das indústrias, como no escolar e da saúde (Mills, L. e Huebner, S., 1998; Stein, J. e Nyamathi, A., 1999). E em todos os estudos aparece a associação do fenómeno do *stress* a todo um conjunto de incapacidades e sintomas: absentismo, fraco desempenho, erros de execução, mas também acidentes de trabalho, invalidez permanente, morte prematura (Davidson, G. e Neale, J., 1995).

Os dois construtos – *stress* e qualidade de vida – inserem-se, neste artigo, na perspectiva da pessoa humana como um sistema vivo e activo, que se auto-organiza por diferenciação e integração de múltiplas facetas (Lawrence e Lorsch, 1978), e se auto-regula, nas variadas respostas com que se relaciona com os ambientes onde se afirma (Atlan, 1991). Mas falar da pessoa como sistema vivo que se auto-organiza, de acordo com diferentes níveis de complexidade, convida a uma reflexão sobre o que é ser vivo e sobre os níveis de complexidade que o caracterizam<sup>1</sup>.

A vida do ser vivo é um fenómeno extremamente difícil de conceptualizar, apesar de ser um fenómeno óbvio, sempre diante dos nossos olhos, em múltiplas manifestações aos mais diversos níveis. A vida é, antes de mais, do senso comum. Valerá a pena, todavia, reflectir um pouco sobre o que ela será, num trabalho que trata expressamente dos seus níveis de qualidade. O que é a vida, o que é ser vivo?

“Estar vivo é alimentar-se por si mesmo, crescer e declinar” (Aristóteles, *De Anima*, II, 412-3). “A vida é o conjunto das forças que resistem à morte” (Bichat, citado em Morin, 1978). Estas afirmações traduzem mais as manifestações visíveis da vida do que aquilo que profundamente ela é. A interrogação sobre o fenómeno da vida é uma interrogação fundamental, que Morin (*ob. cit.*) coloca dramaticamente: “neste momento, o problema é: como é que há vida? Como é possível que haja essa organização magnífica que resiste à morte?... Este é o primeiro paradoxo”.

Um segundo paradoxo poderá ser expresso numa outra observação: “a característica mais surpreendente dos sistemas biológicos” (entenda-

se vivos) “é a replicabilidade. Os seres vivos constantemente reproduzem as suas complexas estruturas e moléculas com assombrosa fidelidade, e através de um sistema indefinido de gerações” (Archer, 1976).

Estas interrogações de espanto suscitam a busca de respostas, primeiro numa óptica global, depois em formas mais analíticas e finas. “O fenómeno da vida é um fenómeno de totalidade, porque as moléculas e os elementos não têm nenhuma das propriedades da vida” (Morin, *ob. cit.*). “Este facto é tanto mais surpreendente quanto é sabido que a esmagadora maioria das moléculas não tem possibilidade química de auto-replicação” (Archer, *ob. cit.*).

De facto, podemos dizer que a totalidade resultante é, de alguma forma, a vida em acto: um ser vivo é sempre, enquanto tal, uma totalidade, aparece como unidade inteira, comporta-se com um nível de integração que lhe assegura uma identidade. Não é, obviamente, apenas um somatório de forças que resistem à morte. Porque “esta não concerne os constituintes físicos do ser vivo, que se transformam, se separam, se dispersam. A morte atinge apenas a auto-eco-reorganização biológica... o indivíduo sujeito (Morin, 1980).

Por isso, Morin afirma, no artigo citado acima, “que é preciso ver o jogo, descobrir as partes, analisar e recompor as interações, porque, no fundo, o que é um organismo? ... Não é apenas constituído por células, é constituído por interações entre as células, o que é diferente. Não são as células que nos constituem, são as suas interações”.

Ao aceitarmos que um ser vivo é a totalidade das interações dos seus componentes, estamos a dar um passo em frente na caracterização da vida. Diremos com Edgar Morin que a vida é movimento – as interações são movimento – e que este movimento é emergência, é “renascimento permanente... é natureza no sentido literal do termo: aquilo que está sempre a nascer... é um *sursum*, um outro modo de renascer” (Morin, *ob. cit.*). A vida é, nesta perspectiva, manifestação que emerge pela interacção de muitos e diversos elementos. Por isso Morin também diz que a vida provém da extrema complexidade da organização. “Os sistemas vivos dão ao termo complexo um sentido pleno: um tecido extremamente unido, embora os fios que o constituem sejam extremamente diversos. A complexidade viva é a diversidade organizada” (Morin, *ob. cit.*).

Se a vida é uma totalidade unificada de manifestações ou comportamentos, emergente da complexidade, ou melhor, das interações da complexidade, então a condição da vida começa por ser uma diversidade suficiente de elementos em interacção, ou seja, uma complexidade activa que se manifesta como um todo. É esta complexidade que faz viver, sempre, porém, em equilíbrio/desequilíbrio, pois todo o instante de vida traz consigo desorganização-reorganização: “o vivo vive no limite de si próprio, sobre o seu próprio limite” (Simondon, 1966).

Resumindo as considerações anteriores:

- Existem condições necessárias para a existência de um ser vivo: a complexidade suficiente dos elementos que o constituem, isto é, a sua diversidade, mas só a um nível tal que permita interacções sistemáticas e compatíveis em termos de energia e de informação: interacções suficientemente integradas e finalizadas.
- Para surgir o **vivo**, as interacções que se processam entre os seus elementos diversos devem fazer emergir uma totalidade, isto é, uma orientação integradora do conjunto. Se a diversidade das interacções não fosse unificada a nenhum nível, o vivo não emergiria e não surgiria a olhos terceiros.
- A vida pode emergir de vários níveis de complexidade, desde o mínimo de complexidade suficiente até um máximo, eventualmente impossível de abarcar por nós. A biosfera apresenta uma grande variedade de seres vivos, que podem ser visualizados numa hierarquia, de acordo com esta complexidade. Já Aristóteles, seguindo indirectamente o seu mestre Platão, inscrevia o movimento da vida num quadro cosmológico global: na base da escala, figuram as mudanças qualitativas da matéria inanimada (por exemplo, a matéria pré-biótica); no outro extremo, no topo da escala dos seres, situa-se o motor imóvel, completamente informacional; entre os dois extremos, distribuem-se todos os níveis da vida, dos menos perfeitos aos mais perfeitos, com a sua miríade de indivíduos (Atlan, 1991). É “uma biologia cheia de riqueza, um mundo que nos permite estudar todos os aspectos da vida, incluindo a evolução do comportamento” (Science, 1994).
- Quanto maior for a complexidade a nível dos elementos e das suas interacções, mais elevado é o nível – e portanto a qualidade potencial – da vida emergente. Níveis de vida dotados de auto-consciência exigem níveis elevados de complexidade. Esta variedade e complexidade não são, todavia, aleatórias: têm uma certa amplitude, mas só aquela que permite as interacções complementares dos elementos. Uma variedade completamente aleatória não permitiria interacções integráveis numa totalidade e o ser vivo não surgiria ou surgiria com deficiências. Este fenómeno das afinidades preferenciais é geralmente denominado complementaridade e é de enorme transcendência para a compreensão do fenómeno vida (Archer, *ob. cit.*).

Esta integração da diversidade significa que os seres vivos têm “finalidades emergentes e imanentes ao viver. A finalidade da vida só pode exprimir-se na aparente tautologia viver para viver” (Morin, *ob. cit.*). Mas estas finalidades têm uma grande incerteza e fragilidade, características precisamente do facto de a vida emergir de uma complexidade sempre em equilíbrio/desequilíbrio.

O facto de ter finalidades imanentes torna o ser vivo capaz de funcionar apesar do erro e com erro que o atinge. “A organização viva é capaz de detectar, corrigir, contornar, manipular e, no limite, revolucionando-se a si mesma, revolucionar o erro...” (Morin, *ob. cit.*).

Ao reproduzirem-se, os vivos “originam sempre indivíduos da mesma espécie, enquanto os pequenos erros que se acumulam “ são aproveitados para “a lenta evolução que sempre se processa” (Archer, *ob. cit.*). Pode então dizer-se que o ser vivo o é, porque impõe finalidade e ordem à desordem, à diversidade dos elementos e interacções: destas interacções emerge a totalidade finalizada que “ produz um aumento de ordem e organização, por cada aumento da desordem nos elementos físico-químicos que a vida suporta e produz”... (Morin, *ob. cit.*). E este aumento de ordem manifesta-se na invariância genética, na redundância informacional, na memória reprodutora/programadora, em suma, em tudo aquilo que constitui as “leis biológicas” (Morin, *ob. cit.*).

“Qual é o programador que, em cada ser vivo, compõe, com as mesmas vinte letras, só aquelas palavras que têm para ele sentido vital? A resposta a esta pergunta básica sobre a vida” é-nos dada pelos “ácidos nucleicos – com uma estrutura química tal que lhes permite, por um lado, auto-copiar-se e, por outro, conterem em código a informação de tudo o que cada ser vivo é ou pode vir a ser” (Archer, *ob. cit.*).

Demos agora um salto para os sistemas vivos complexos. Para concretizar estas características – variedade de elementos e integração desta variedade e das suas interacções – James Miller (1978) propõe um esquema integrador, no âmbito de uma perspectiva sistémica.

Miller define os sistemas vivos como entidades transformadoras de matéria, energia e informação: existirão mesmo subsistemas especialmente vocacionados para o processamento de matéria e energia e para o processamento de informação, como é visível no quadro extraído da sua obra.

*Sistemas vivos e seus subsistemas*

Designação	Definição e Exemplos
<b>Suporte</b>	Travejamento, base de assentamento dos outros subsistemas: estrutura óssea ou similar.
<b>Ingestor</b>	Introduz matéria e energia do meio no sistema vivo: aparelho alimentar
<b>Armazenador de matéria e energia</b>	Conserva matéria e energia para futura utilização: tecidos gordos.
<b>Distribuidor de matéria e energia</b>	Conduz a matéria e a energia aos subsistemas que precisam: aparelho circulatório
<b>Conversor</b>	Transforma a matéria e energia introduzida no sistema em formas adaptadas a ele.
<b>Produtor</b>	Forma conjuntos estáveis de matéria – energia, materiais para crescimento e reparação de danos: sintetizadores de matéria proteica, açúcares.

(Cont.)

Designação	Definição e Exemplos
<b>Extrusor</b>	Extrai matéria e energia do sistema sob a forma de desperdícios ou produtos: glândulas sudoríparas, aparelho urinário e defecador.
<b>Motor</b>	Dinamiza a acção.
<b>Transductor externo e transductor interno</b>	Transformam os suportes informativos do meio em suportes adaptados ao sistema, de modo a que este possa extrair a informação neles contida: sistema cognicional (sensorial, perceptivo etc.).
<b>Codificador descodificador</b>	Organizam e registam a informação, de modo a torná-la inteligível para o sistema e para o meio: linguagens verbais e gestuais.
<b>Rede de canais</b>	Definem os trajectos seguidos pela informação no interior do sistema: sistema nervoso.
<b>Associador</b>	Compara e interliga diferentes informações entre si: conexões neurónicas, neurotransmissores.
<b>Memorizador</b>	Armazena variados tipos de informação: vários níveis de memória
<b>Reprodutor</b>	Utiliza matéria, energia e informação, para originar sistemas similares: aparelho reprodutor, memória genética.
<b>Fronteira</b>	Protege o sistema das pressões do meio; define a sua configuração; condiciona a entrada de informação: pele, órgãos sensoriais.
<b>Decisor</b>	Dinamiza e controla as acções do sistema no seu interior e na relação com o meio; integra e unifica: esquema corporal, auto-conceito, pilotagem.

Esta imposição da ordem à desordem lembra irresistivelmente a dualidade forma – matéria do pensamento aristotélico. Mas a linguagem é outra, é a linguagem dos sistemas informacionais. É a informação a responsável, mas não uma informação qualquer: há informações invariantes, como afirma Morin, que são as responsáveis pela imposição da forma e da ordem, constitutivas da totalidade do vivo. Estas informações são esquemas e configurações, constituem a memória transmissível daquilo que o ser vivo há-de ser, emergindo da variedade interactiva dos seus elementos e da interacção com os elementos do meio.

Neste enquadramento da vida em múltiplos patamares, insere-se a reflexão sobre a qualidade de vida e o *stress* como níveis diferenciados no *continuum* do viver, neste caso, do viver humano. A vida dos seres humanos é ainda mais nitidamente um “*sursum*”, um desejo, uma aspiração a viver, que nos outros vivos ao alcance das nossas pesquisas. A qualidade de vida e o *stress* são definidores deste “*sursum*”, deste projecto de viver, em íntima relação com os níveis de complexidade em que os indivíduos se situam. Teremos, pois, de situar estes dois fenómenos claramente nesta óptica da complexidade:

- Complexidade no plano cognitivo, já que tem sido objecto de definição, ou pelo menos caracterização, pelas diversas discipli-

nas acima referidas (e, de modo geral, por todas as disciplinas que estudam o comportamento humano nas suas diferentes facetas).

- Complexidade no plano temporal, uma vez que a representação e a vivência do fenómeno da qualidade de vida podem variar ao longo da vida do indivíduo humano e ao longo da história das comunidades e sociedades. Se o conceito é multifacetado, devido aos diferentes contributos teóricos que incorpora, é ambíguo também, pela diferente configuração que pode tomar ao longo das idades.

- Complexidade na dupla focagem explicativa: pessoal e contextual.

No plano contextual, admite-se que a definição da qualidade de vida sofre a influência dos factores do contexto onde é situada, os quais não só lhe oferecem um colorido único, como contribuem para uma dimensão essencial do seu conteúdo, os objectos-valor e os recursos que são parte constitutiva do fenómeno da qualidade de vida.

No plano pessoal, não se podem ignorar os estudos da Psicologia do Desenvolvimento, os quais apontam para um esquema de pessoa humana em que a vivência de uma vida de qualidade está inextricavelmente ligada à aquisição e consolidação de múltiplas competências afectivas, cognitivas e éticas.

- Complexidade, finalmente, enquanto construto molar, agregando em si e articulando entre si as múltiplas facetas e dimensões constitutivas do indivíduo humano, um sistema de acção multi-dimensional, activo, que constantemente se auto-organiza, na relação com os contextos onde vive (Atlan, *ob. cit.*).

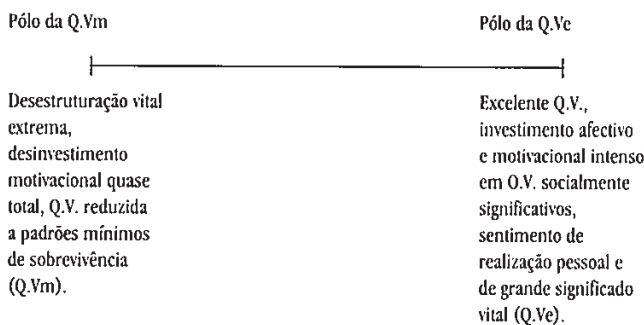
Procuremos operacionalizar os dois fenómenos – *stress* e qualidade de vida – através de um modelo que os articule entre si. Esta articulação será feita em dois planos:

- Integração dos dois fenómenos num *continuum* de factores motivacionais contextuais, ele próprio analisável através de um modelo motivacional que nos pode oferecer um contributo interpretativo e explicativo da complexidade acima anotada;
- Compreensão e avaliação dos factores condicionantes da vivência individual dos dois fenómenos.

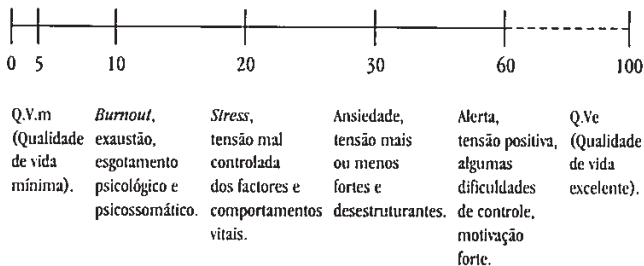
A integração dos dois fenómenos num *continuum* foi defendida por diversos autores. Cox (art. cit.) visualiza a saúde como um *continuum* entre o completo bem-estar e a morte; neste *continuum* se situam estados como a saúde subóptima e a experiência do *stress*. Do mesmo modo o encara Feist, que inclui factores pessoais e ambientais na definição desse *continuum*. Mattarazzo (1980) acentua também esta

dimensão de *continuum*, que caracteriza como uma abordagem interdisciplinar, isto é, analisável à luz não só da Medicina, mas também da Psicologia e das Ciências Sociais.

Este *continuum* – que designámos acima de *continuum* da qualidade de vida – pode apresentar-se com duas posições extremas ou dois pólos:



Nas posições intermédias entre os dois pólos situam-se os estados pessoais mais frequentemente observados:



### A Qualidade de Vida no *Continuum*

A focagem da qualidade de vida nas ciências da saúde, nomeadamente da Psicologia, é, portanto, não só natural como fundamental (Kasl, 1983). O DSM-IV (1995), discrimina este *continuum* através de um quadro avaliativo e de diagnóstico muito claro entre os seus pontos mais favorável e menos favorável, perspectivando-o em termos de mecanismos ou processos de defesa do sujeito, na sua interacção com os desafios do meio.

#### 1. Nível adaptativo elevado

É um nível que, por um lado, corresponde e, por outro, favorece o que podemos considerar uma excelente qualidade de vida do indivíduo. As defesas são proactivas e positivas, permitindo "maximizar as gratificações... (valorizando) a consciência dos sentimentos, ideias e suas consequências. Promovem também um equilíbrio óptimo entre opções conflituais".

Estas defesas correspondem a muito do que os autores ligados aos estudos de motivação (Maslow, 1954; Weiner, 1992) referem como processos de auto-realização: objectivos pessoais com capacidade de altruísmo; capacidade de auto-observação e auto-afirmação; sentido de humor; visão alargada além do quotidiano.

Abaixo deste nível de auto-organização óptima (Atlan, *ob. cit.*; Agra, 1992), situam-se seis níveis de actuação dos mecanismos de defesa, até ao nível menos eficaz.

#### 2. Nível das inibições mentais

O mecanismos de defesa mantêm fora da consciência ideias, sentimentos, desejos e tensões potencialmente perigosos para o seu equilíbrio como pessoa e para a relação com o seu meio.

#### 3. Nível menor de distorção de imagens

As distorções (pequenas) da imagem de si e dos outros são utilizadas para regular e manter a auto-estima.

#### 4. Nível do ocultamento

Neste nível, as defesas mantêm fora da consciência do indivíduo impulsos, ideias, afectos indesejáveis ou inaceitáveis, mas sem os atribuir a causas exteriores.

#### 5. Nível major de distorção de imagens

Neste nível, já se verificam fantasias auto-referenciadas, identificação projectiva ou polarização da imagem de si e dos outros.

#### 6. Nível da acção

É o nível em que o indivíduo responde por acções e impulsos a ameaças sentidas quer a nível interno quer externo. São exemplos deste processo a agressão passiva, o *acting out*, a recusa de ser ajudado, a fuga apática.

#### 7. Nível da desorganização das defesas

Este nível caracteriza-se pelo fracasso dos mecanismos de defesa em conter as reacções do indivíduo às ameaças sentidas e pela ruptura com a realidade objectiva. São exemplos a distorção e a negação psicóticas, ou a projecção delirante.

Vista no plano das relações pessoais, esta escala traduz uma maior ou menor competência relacional, expressa em três parâmetros:

- Resolução de problemas, habilidade para comunicar, negociar objectivos, normas, rotinas de acção, resolver conflitos e adaptar-se a situações de *stress*.
- Organização pessoal, adaptar-se positivamente às exigências de esforço e às hierarquias, à distribuição social do poder, ao controle e à responsabilidade.
- Clima emocional, tonalidade dos sentimentos, nível de empatia, implicação e adesão; capacidade de exprimir respeito e cuidado, qualidade dos relacionamentos amorosos.

## Um Construto para a Complexidade<sup>1</sup>

A escala anterior está centrada no indivíduo, mas as preocupações com o contexto não estão de modo algum ausentes. Matarazzo (1990) salientou a refocalização das abordagens nas ciências da saúde, não só em termos individuais, por acentuação da dimensão comportamental e integração do construto “estilos de vida” (Mechanic, 1989, citado em Matarazzo), como também pela explicitação dos factores de risco (Weiss, 1990) e da possibilidade de auto-controle das práticas de saúde”.

Esta abertura ao contexto acentua a multidimensionalidade do construto “qualidade de vida”, multidimensionalidade que advém da sua própria história cognitiva, já que tem sido objecto de caracterização por disciplinas diversas – a Economia, a Sociologia, a Antropologia, as Ciências Médicas, a Psicologia – de um modo geral, todas as disciplinas que estudam o comportamento humano nas suas diferentes facetas. É uma multidimensionalidade que tem igualmente expressão no plano temporal, já que a representação e a vivência do fenómeno da qualidade de vida variam ao longo da história do indivíduo humano, como ao longo da História das comunidades e sociedades.

No plano da estrutura e dos processos do fenómeno da qualidade de vida, a focagem explicativa é necessariamente dupla, pessoal e contextual, como tem sido assinalado pelos diversos autores (Matarazzo, 1980; Stone, 1990). No plano contextual, admite-se que a definição da qualidade de vida sofre a influência dos factores do contexto onde é situada, os quais não só lhe oferecem um colorido único, como contribuem para uma dimensão essencial do seu conteúdo, os objectos-valor e os recursos que são parte constitutiva do fenómeno que ela é; no plano pessoal, não se podem ignorar os estudos da Psicologia do Desenvolvimento, os quais apontam para um esquema de pessoa humana em que a vivência de uma vida de qualidade está inextricavelmente ligada à aquisição e consolidação de múltiplas competências afectivas, cognitivas e morais (Ribeiro, 1996).

Este construto molar, agregando em si e articulando entre si as múltiplas facetas e dimensões constitutivas do viver humano – viver de um sistema multidimensional, activo, que constantemente se auto-organiza por diferenciação e integração (Lawrence e Lorsch, 1978) e se auto-regula, nas variadas respostas pelas quais se relaciona com os ambientes onde se afirma (Atlan, 1991), pode ser visto como conceito integrador das múltiplas facetas da saúde, nos seus níveis biológico, psicológico e contextual – contextual no sentido lewiniano de campo vital, um campo integrador da realidade vivida pelo sujeito (Lewin, 1951). E

<sup>1</sup> A complexidade da pessoa humana, que tem sido salientada por diversos autores da área sistémica. Completando o que se disse acima, podemos definir a complexidade dum sistema vivo (e portanto do sujeito humano) como função directa de: nível de informação utilizado; variedade interna; variedade externa (diversidade das relações com o meio); nível de articulação destes componentes na acção (Simon, 1971).

adequa-se particularmente ao que acima designámos de níveis de complexidade (Streufert, 1978): de acordo com a complexidade do sistema vivo, neste caso o indivíduo humano. Quanto maior for a complexidade vital deste, mais elevada será a sua auto-definição de qualidade de vida, mais ricas serão potencialmente as suas vivências.

## O plano macro-estrutural da qualidade de vida

As ciências da Economia e Gestão ocupam-se do fenómeno através de conceitos como o de desenvolvimento, nível de vida das populações, qualidade do consumo, eficácia produtiva, organização do trabalho. A Sociologia, a Antropologia, a Política retomam o tema do desenvolvimento social e cultural, mas destacam os fenómenos de regulação social e anomia, os equilíbrios e desequilíbrios entre os diferentes grupos populacionais. Salientam como importantes indicadores de qualidade de vida a expressão da identidade cultural dos povos e o acesso aos saberes e artefactos que caracterizam a sua maneira de estar no mundo.

Estas ciências são forçadas a utilizar conceitos afins ao de qualidade de vida e a colocá-los como questões a resolver, na medida em que lidam com comportamentos dos agentes económicos, sociais e culturais, que afinal são pessoas.

E a qualidade de vida tem sido equacionada por estas disciplinas em dois planos bem delimitados:

- o plano macro-económico e social, em que é visualizada como uma questão de desenvolvimento;
- o plano micro-económico e micro-sociológico, em que é situada como problema de produtividade, de boa organização, de eficiente uso dos recursos disponíveis.

## A dimensão económica e social

Nesta dimensão, a preocupação primeira dos estudos relacionáveis com o conceito de qualidade de vida centra-se em fenómenos como a pobreza e a riqueza, o crescimento e o desenvolvimento, o nível de vida proporcionado pelas sociedades, operacionalizado sob a forma de indicadores diversos:

- esperança de vida;
- nível do produto interno e sua taxa de crescimento;
- taxa de escolaridade e indicadores culturais;
- equilíbrios intergrupais (população rural/urbana, por exemplo).

No que se refere à qualidade de vida, o raciocínio sobre estes indicadores é linear: quanto mais elevada é a posição do indicador (supondo os outros factores iguais) melhor é a qualidade de vida, na dimensão em causa. Assim, a qualidade de vida de uma população mede-se pelo acesso dessa população a recursos e riquezas (Rostow, 1970; Todaro, 1997).

A perspectiva económica é decerto das mais antigas na reflexão científica sobre o que hoje designamos por qualidade de vida. Com efeito, pode radicar-se na ideia *smithiana* de “riqueza das nações”, embora só desenvolvimentos muito posteriores tenham originado uma definição como a de Perroux (citado em Furtado, 1971): “a combinação de atitudes mentais e sociais de uma população que a tornam apta a fazer crescer, cumulativa e duradouramente, o seu produto real global.

Se alargarmos o ponto de vista, como faz o Grupo de Lisboa (1987) ou o Fórum de Copenhaga (1995), acrescentaremos outros factores importantes para o desenvolvimento e a qualidade de vida:

- uma economia eficiente a nível global, isto é, articulada e sem desperdícios;
- solidariedade social diversificada (o que o grupo designa de justiça social universal);
- liberdade e diversidade cultural genuínas, ou seja, respeito pelas identidades culturais diferentes;
- participação dos indivíduos no sistema de decisões (níveis macro, meso e micro da gestão social).

São características que dão corpo ao que na definição de Perroux se designava como “combinação de atitudes mentais e sociais” e que, independentemente da visão apresentada, talvez generalista demais, acabam por aproximar os autores de uma definição de qualidade de vida de teor mais psicológico e comportamental: “a qualidade de vida baseia-se nas necessidades e aspirações da população” (são palavras suas) o que é explicitado pelos autores como necessidades de existência e de coexistência. Assim, pensam que a base universal da qualidade de vida, de um ponto de vista socio-económico, assenta em quatro contratos fundamentais:

- apoio à satisfação das necessidades básicas das populações;
- reconhecimento mútuo das várias comunidades, e intercâmbios culturais entre elas;
- integração, através de instrumentos globais de governo;
- preservação dos recursos, em ordem à sua reprodutividade.

Tudo isto assentaria no desenvolvimento científico e tecnológico, de certo modo o factor de garantia desta qualidade de vida.

Esta abordagem situa a discussão do conceito de qualidade de vida numa perspectiva sociológica, sem perder o contacto com as referências económicas de origem. Tem o mérito de alargar os horizontes de uma área científica, abrindo-a à articulação com outras e daí à elaboração conjunta de ideias mais polifacetadas e, conseqüentemente, mais ricas.

### ***A dimensão ecológica e demográfica***

A existência de processos de regulação no plano demográfico e ecológico, tanto no plano quantitativo como no qualitativo (Sauvy, 1975), assim como o controle dos factores internos e externos que influenciam

esses processos, parecem constituir indicadores significativos de desenvolvimento e de qualidade de vida numa sociedade.

Eis alguns dos indicadores mais referidos:

- grau de concentração das populações urbanas e seu equilíbrio, em relação às que residem em ambientes de tipo rural;
- o crescimento equilibrado ou descontrolado das cidades;
- a relação entre a população activa e não activa e as actividades acessíveis a cada grupo (Moos, 1980);
- os índices de natalidade e mortalidade e, de modo geral, a renovação das populações;
- a saúde e a doença e a esperança qualitativa e quantitativa de vida.

Estas considerações são hoje extremamente relevantes para o que definimos como qualidade de vida. Também o comportamento das grandes cidades e o nível de concentração das populações em alguns centros levantam problemas espinhosos na área da qualidade de vida; e podemos afirmar que quanto maior for o equilíbrio na distribuição dos centros urbanos por um dado território mais seguramente se poderá falar de qualidade de vida em relação à população desse território. Inversamente, grande concentração de populações numa capital ou crescimento excessivo de um ou dois centros urbanos são indicadores de desequilíbrios importantes, no plano do desenvolvimento e, portanto, da qualidade de vida para uma boa parte dessas populações (Fisher, 1983).

A repartição da população activa e não activa e, especificamente, o peso dos idosos na sociedade é outra dimensão do problema da qualidade de vida. Não é por acaso que nas sociedades desenvolvidas as populações mais idosas são os principais consumidores de cuidados de saúde: a riqueza gerada permite-lhes o acesso a cuidados impensáveis nas sociedades primitivas. Mas também aqui não basta a existência desta condição. Como acentua Roger Barker (1978, cit. em Moos, *ob. cit.*), esta configuração típica só é compatível com uma boa qualidade de vida, se a população idosa continuar a desempenhar papéis sociais significativos; muitas vezes isso não acontece, quer por dificuldades da organização produtiva, quer por condições culturais. Neste caso, os cuidados de saúde podem limitar-se à condição de meros paliativos, não conseguindo assegurar um nível razoável de qualidade de vida. Este é efectivamente um fenómeno complexo; e só uma abordagem multidisciplinar, que identifique todos os seus factores, contextuais e pessoais, poderá abrir pistas para a sua promoção eficaz.

### ***A Dimensão Política***

A Política é outra das áreas do conhecimento e da acção onde este conceito da qualidade de vida é explorado. Pierre Kende (1975) afirma a propósito que a qualidade de vida proporcionada aos cidadãos será tanto maior quanto mais o controle social exercido pelos órgãos de

governança assentar na difusão da informação pelos cidadãos e quanto menos utilizar o poder sobre eles. Este controle social pela informação pressupõe dois traços típicos:

- uma atitude auto-regulada por parte dos cidadãos, para os quais as normas aparecem como razoáveis e dotadas de racionalidade;
- uma atitude de respeito por parte dos governantes, cuja implicação com a população é consciencializada e, consequentemente, os inibe de assumir em relação a ela uma distância social muito grande ou prepotente.

Este padrão relacional conduz a uma outra característica: uma sociedade promove tanto mais a qualidade de vida quanto maior for a sua pluralidade. Esta traduz e fomenta a variedade interna característica da complexidade, que tem como corolário a aceitação expressa do diferente, a tolerância espontânea, a abertura de espírito (Rokeach, 1970). Estamos no cerne do que alguns políticos e sociólogos designam como “prática da participação”. A participação não é uma panaceia para as mazelas sociais, não é um presente dos governantes nem um direito que baste reivindicar (Crozier, 1964). A participação como empenhamento do particular no colectivo exige conhecimento e organização. Por isso, sem metodologias favoráveis à participação e sem recursos tecnológicos para a concretizar, a participação social não passará do plano afectivo dos discursos e dos desejos. Definida assim, a participação torna-se o cerne da intervenção social para a qualidade de vida:

- é nuclear na definição da segurança dos cidadãos, colocando à sua disposição os meios para enfrentarem com êxito os factores de *stress* da vida profissional, num mundo em turbulência;
- é fundamental na criação de sistemas de ajustamento, englobando acções informativas sobre as oportunidades de trabalho e de desenvolvimento das potencialidades individuais;
- é chave para a identificação objectiva de grupos populacionais deprimidos, e na elaboração expedita de planos eficazes de recuperação e promoção social.

Mas é ainda o caminho para um outro fundamento da promoção da qualidade de vida no plano político: a qualidade das decisões políticas, que afectam directamente a regulação da sociedade a nível estratégico. A qualidade das decisões depende de múltiplos factores, que têm sido extensamente estudados na literatura (para uma revisão veja-se Harrison, 1987).

Resumindo estes estudos, pode dizer-se que esta qualidade é mensurável pela capacidade de resposta das decisões políticas às exigências de bem estar global do cidadão-cliente, que passa a ter acesso a recursos facilitadores da vida e de experiências desenvolvidoras, em sentido *eriksoniano* (Miller, 1993). E reflecte-se ainda em dois campos muito significativos, cada qual a seu modo, para a qualidade de vida e a saúde psíquica das pessoas: o desenvolvimento científico-tecnológico e os modos de organização do trabalho e da sociedade em geral.

O domínio da técnica, do saber e da cultura é, sem dúvida, um dos factores que mais podem favorecer a expansão da qualidade de vida, dados os seus efeitos sobre condições fundamentais:

- melhor conhecimento técnico dos produtos e, consequentemente, uma melhor qualidade deles e um melhor ajustamento às necessidades das pessoas;
- melhor conhecimento dos processos sociais e dos modos de interacção das pessoas, dos grupos e comunidades, com a possibilidade acrescida de opções mais flexíveis e respeitadoras da variedade natural das situações;
- maior diversificação no plano da cultura, onde variadas correntes de pensamento interagem, para criar padrões cognitivos multivariados. Estes padrões oferecem um quadro interpretativo dos acontecimentos sociais que facilita o debate cognitivo, a tolerância pela diferença, a capacidade de aceitar a ambiguidade, o raciocínio probabilista e não dicotómico.

Estes traços poderão não nos permitir ainda falar de uma cultura típica do desenvolvimento, como Rostow e outros autores acreditavam (Santos Silva, 1990); mas constituem indubitavelmente factores promotores da qualidade de vida para um número sempre crescente de pessoas. Aliás, face às turbulentas mudanças do presente, é curioso notar que no Forum das ONG, em Copenhaga (citado acima) o acento tónico foi colocado no papel activo que as pessoas podem tomar, enquanto cidadãos, para vencer os factores de pobreza e exclusão social e promoverem a qualidade de vida.

#### A qualidade de Vida nos Planos Meso e Micro-Estrutural

Os planos meso e micro-estruturais delimitam muitos dos processos relacionais do sujeito humano:

- contextos de trabalho e afins;
- grupos de inserção na sociedade, como o grupo alargado de amigos e de relacionamento;
- grupos de convivência habitual, como os amigos próximos e a família.

Estes planos relacionais são um objecto directo da Psicologia, uma vez que a maior parte dos indicadores de saúde psíquica e de qualidade de vida se concretizam no seu âmbito. O nível mais ou menos elevado de qualidade de vida e de saúde psíquica é fortemente influenciado por estes contextos de proximidade: é na relação com eles que as pessoas adoptam quer os comportamentos promotores de saúde e qualidade de vida quer os comportamentos de risco. Parece não haver dúvida de que este contexto relacional é um factor de motivação importante para a adopção de uns ou de outros comportamentos, nomeadamente na adolescência e começo da adultícia (Machado Paes, 1996). Por isso, uma definição de saúde psicológica tem sempre de integrar o contexto, como salientaram

não só os psicólogos organizacionais como os teóricos da Psicologia Comunitária (Araújo, 1998). A ideia é similar à que já Ortega y Gasset (1943) expressara: “eu sou eu e a minha circunstância”. A minha saúde física e psicológica não é independente do meu contexto bio-psico-social.

Naturalmente, estas condições variam de sujeito para sujeito; e não são completamente independentes das atribuições que as pessoas fazem (Kasl, 1983). Mas não é tarefa impossível nem inútil tentar des-cortinar características comuns a essas condições.

### Contextos de trabalho

O conceito de qualidade de vida tem uma expressão muito importante no mundo do trabalho, pois se articula com a ideia de muitos autores de que uma empresa que organiza bem os seus recursos é saudável e favorece a saúde e a qualidade de vida dos trabalhadores (Cooper, 1979). Este autor afirma que uma organização saudável é aquela que tem trabalhadores saudáveis no plano físico e psicológico. São trabalhadores empenhados na organização e bastante satisfeitos com o trabalho; o absentismo, a rotação e as doenças têm um nível de incidência baixo; as greves e os acidentes são pouco frequentes e não existe o medo do conflito.

O mesmo tipo de factores é referido por O’Toole (1974) que lhes contrapõe outros, na sua óptica redutores da qualidade de vida: a penosidade do trabalho, a luta pelo poder, as incertezas, ambiguidades e perda de estatuto ou mesmo a do emprego. Estes autores adoptaram o termo “qualidade de vida” para analisar as condições caracterizadoras do trabalho. Equacionam a qualidade de vida como indicador de desenvolvimento, e colocam as filosofias de organização, o sistema educacional, a tecnologia, o nível de participação nas decisões e a colaboração inter-institucional como condições decisivas para a qualidade de vida.

Rajaud (1987) liga a questão da qualidade de vida à motivação para a busca da qualidade a todos os níveis: a qualidade nas pessoas está intimamente ligada ao seu estado motivacional e ao seu nível de aspiração, o qual depende em grande parte da textura da organização, nomeadamente dos processos de comunicação e das políticas empresariais. Salientam também que as organizações de trabalho podem constituir ambientes que sejam, de facto, salutogénicos e não iatrogénicos, na expressão de Antonovsky (1993). Para isso importa que tenham características como as que se seguem:

- assegurar a higiene, a segurança e, de modo geral, a salubridade dos locais e instrumentos de trabalho;
- desenvolver climas sociais de trabalho, que tenham como base o respeito pelo indivíduo;
- desenvolver processos flexíveis, não burocratizados, não muito defensivos ou controladores, de organização do trabalho;
- definir os cargos e a responsabilidade com base na competência e não na posição social ou fidelidades pessoais;

- serem responsáveis no plano da solidariedade social;
- não terem grandes desníveis de poder e de estatuto;
- tomarem decisões com base no máximo de informação;
- facilitarem a troca de ideias, a abertura aos outros, a experimentação e a inovação.

Também Tom Peters (1982) salienta o papel da motivação no ambiente de trabalho e a importância da busca de sentido pelos trabalhadores. Um ambiente motivador e de qualidade é aquele que “oferece recompensas formais e informais, que fomenta a partilha de valores entre as pessoas, que as reforça positivamente e as induz a transcenderem-se a si próprias”.

### Contextos de proximidade

Estes padrões não são diferentes senão na linguagem dos que são defendidos na Psicologia Organizacional e do Trabalho. Eles são transferíveis, *mutatis mutandis*, para os ambientes familiares e as relações de amizade e vizinhança, um campo também fundamental na saúde: o respeito pelo outro, o senso de responsabilidade e a abertura à troca de experiências, a solidariedade e a partilha, são tudo condições relacionais que fomentam a qualidade de vida e reduzem os comportamentos de risco.

Evans e Cope (1989) definiram como factores decisivos para a qualidade de vida nos contextos próximos do sujeito as relações interpessoais, as condições no trabalho, as condições de lazer, que são nucleares no seu questionário de avaliação da qualidade de vida. Frisch (1994, cit. em Ángel-Simón, 1999), por seu lado, considerou também como factores importantes para a saúde psíquica e qualidade de vida o nível dos recursos pessoais, o balanço entre o trabalho e o lazer, as actividades sociais, as relações interpessoais de afecto, o tipo de vizinhança.

Para estes autores, as condições do meio contribuem poderosamente para a saúde e a qualidade de vida pessoal. Mas não são as únicas responsáveis por ela: as atribuições que o sujeito faz dos objectos e condições do seu meio, a sua postura fundamental, o modo como define a saúde e a qualidade de vida, são a outra componente imprescindível neste processo. Há comportamentos de saúde específicos de cada indivíduo, mesmo quando as condições contextuais são objectivamente idênticas.

### A Esmeralda está ao nosso alcance?

Antonovsky e Mechanic identificaram como decisiva a filosofia de vida de cada pessoa, a qual se traduz em atitudes que favorecem comportamentos mais saudáveis. Estes autores acentuam que os comportamentos promotores da saúde e qualidade de vida resultam da complexa

interacção entre as dimensões da personalidade e o meio percebido. Com efeito, este contém o que Matarazzo designou patogêneos comportamentais (por assimilação aos patogêneos microbianos) e contrapõe os imunogêneos comportamentais, as práticas promotoras da saúde e da qualidade de vida (Fernandez-Rios e García-Fernandez, 1999).

Uma outra perspectiva que aproxima as ciências da saúde do construto “qualidade de vida” é a definição de saúde em termos positivos e não apenas como ausência de doença (Ribeiro, 1994), em termos de “bem-estar, físico, psicológico e social”, um bem-estar que tem diversos graus, que é “dinâmico e mutável” de tal forma que, para a maioria da população, este bem-estar e qualidade de vida se pode designar apropriadamente de sub-ótimo, no *continuum* entre a degradação e a morte e a qualidade excelente de vida ou completo bem-estar e realização das próprias potencialidades (Cox, 1985; Kaplan, 1995). Esta perspectiva pode traduzir-se, como o faz Kaplan (*ob. cit.*), numa escala de avaliação da actividade global, que segue a que é apresentada no DSM-IV, onde a qualidade de vida excelente e sub-ótima, se situam nos níveis superiores do *continuum*:

- 100 – Actividade satisfatória numa ampla gama de situações, nunca parece superado pelos problemas, é valorizado pelos outros, não tem sintomas.
- 80 – Se existem sintomas, são mínimos e transitórios e o estado de bem-estar e de capacidade de resposta aos desafios é a norma.
- 70 – Alguns sintomas muito ligeiros, mas em geral funciona bem e tem relações pessoais significativas.

Abaixo destes níveis, situam-se as condições em que a qualidade de vida não provoca um sentimento de satisfação, mas, ao contrário, é superada pelas queixas e pelos sintomas que afligem o indivíduo:

- 60 – Sintomas moderados, afectos amortecidos, pouca profundidade da comunicação, alguma solidão ou conflitos com os próximos.
- 50 – Sintomas graves a nível de saúde pessoal ou perturbações importantes nas actividades de trabalho ou de convívio social.
- 40 – Alteração grave dos equilíbrios comportamentais num ou mais parâmetros de saúde, perturbações graves e extensas no plano das relações sociais e de trabalho.
- 30 – Comportamento incoerente, incapacidade de funcionar em quase todas as áreas da vida relacional.
- 20 – Alteração muito grave da vida relacional, comportamentos perigosos para si ou para os outros.
- 10 – Perigo persistente para si ou para outros, incapacidade de comportamentos consistentes de higiene e saúde, probabilidade manifesta de morte.

Mas, quando se fala de comportamentos de saúde e de qualidade de vida, o acento tónico é colocado nos índices positivos e não nos sin-

tomas negativos. Com efeito, passou-se de uma concepção centrada nos sintomas, correspondente a preocupações homeostáticas, derivadas dos motivadores de *feedback* negativo, para preocupações dinâmicas, assentes nos motivadores de *feedback* positivo. Passou-se também, correspondentemente, para uma perspectiva de prevenção, manutenção e promoção do nível de qualidade de vida do indivíduo humano.

Esta perspectiva é já visível na declaração de Alma Ata da OMS (1992), na qual se afirma que a saúde não é a simples ausência de doença e inclui preocupações sociais e da relação com o contexto. É uma concepção que pode ser ampliada, como o fazem Antonovsky (1979) e Noack (1987, cit. em Ángel-Simón, 1999), que a vinculam a dois conceitos extremamente importantes: o conceito de balanço de saúde e o de potencial de saúde. O conceito de balanço de saúde significa não só o reconhecimento da sua multidimensionalidade como também a sua visão como processo dinâmico e mesmo a sua extensão comunitária. Fallowfield (1990), por exemplo, propõe a este nível o conceito de ano de bem estar, um ano sem queixas de saúde e de acesso aos bens que numa sociedade definem a saúde e a qualidade de vida, nos seus diversos planos. Este conceito permitiria ainda orçamentar, segundo Fallowfield, o valor ou o custo social da saúde e da qualidade de vida.

O conceito de potencial de saúde aponta ainda mais claramente para o de qualidade de vida. Vê a saúde como um processo que se actualiza e que se pode situar a níveis cada vez mais elevados, tanto no plano individual, de acordo com a escala global do DSM-IV, como no plano comunitário, na qualidade de estruturas e processos promotores da saúde, do bem estar e de uma vida de qualidade cada vez mais alta. Este conceito indica ainda uma outra direcção de estudo e intervenção que em termos de qualidade de vida pode ser muito importante: a relação entre qualidade de vida e estádios vitais (Neri, 1993). Sabe-se que a percepção clara e distinta dos comportamentos de risco para a saúde supõe que os comportamentos de saúde e de risco são enquadrados numa perspectiva do longo prazo. Por isso, o amadurecimento e desenvolvimento intelectual, afectivo e moral influenciam as representações e práticas relacionadas com a saúde e com a qualidade de vida (García-Fernandez e Peralbo-Uzquiano, 1999) ao longo da nossa história pessoal. E, embora a saúde e a qualidade de vida impliquem um adequado balanço de competências bio-psico-sociais, este balanço não permanece o mesmo nos diferentes estádios da nossa existência, como referiu Neri (*ob. cit.*) e não deixa de estar presente nos estádios mais avançados da nossa existência. A idade não impede forçosamente a qualidade de vida, observação que pode fazer uma grande diferença em termos de gerontopsicologia

Terminarei estas considerações com a reafirmação de dois pontos, a título de síntese.

O primeiro é uma definição de saúde comportamental e qualidade de vida apoiada num artigo de Godoy (1999): o nível de saúde e de qualidade de vida é definido por relações dinâmicas entre as competências

individuais, no plano bio-psico-social, e as características ambientais (também nos planos biológico, relacional e social amplo) as quais se traduzem em estados de equilíbrio e bem estar para o sujeito em contexto. Realmente o sujeito da saúde é um sujeito em situação, a sua saúde é definível sempre como bio-psico-social e, embora as práticas clínicas devam em cada momento ser específicas, o técnico não pode nunca perder de vista o seu enquadramento global.

O segundo refere-se aos conceitos de prevenção e promoção da saúde. Podemos continuar a falar de prevenção, nomeadamente prevenção primária; mas a Psicologia da saúde e da qualidade de vida aquilo em que efectivamente aposta é na promoção da saúde: não se limita a reduzir ou evitar as condições de risco, vai mais longe e procura desenvolver e consolidar comportamentos promotores de uma saúde mais completa, de um nível mais alto, nos diversos planos da existência humana. Quer dizer, deve procurar a consolidação de equilíbrios a um nível mais elevado de complexidade.

Uma investigação da responsabilidade do autor deste artigo, em curso em Portugal e no Brasil, mostra que, na realidade, muitas pessoas vão ganhando progressiva consciência das práticas promotoras da saúde e as têm incorporado com êxito nas suas vidas: ela mostra que os conceitos de qualidade de vida e de controle dos comportamentos de risco estão cada vez mais presentes na representação que as pessoas fazem da realidade psico-social; e já são muitas as famílias que alteraram o estilo de vida para obter melhor saúde e bem-estar. É um resultado similar ao obtido por Chesney (1990), que acentua que tais práticas foram explicitamente associadas à melhoria da qualidade de vida: "estar fisicamente bem e com vigor, estar livre de ansiedade e abatimento, evitar lesões corporais".

### Referências Bibliográficas

- Agra, C. (1986). *Science, Maladie Mentale et Dispositifs de l'Enfance. Du Paradigme Biologique au Paradigme Systémique*. Lisboa: INIC.
- Angel Simón M. (Ed.). (1999). *Manual de Psicologia de la salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Antonovsky, A. (1990). The sense of coherence as a determinant of health. In Matarazzo, J. D., Weiss, Sh. M., Herd, J. A., Miller, N. E., Weiss, S. M. (1990). *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. N. York: Wiley and Sons.
- APA (1996) *DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Araújo, Marcia Skibick (1998). Políticas públicas e políticas sociais. *Actas do II Congresso Europeu de Psicologia Comunitária*. Soc. Portuguesa Psic. Comunitária.
- Archer, L. (1976). *Genética Molecular*. Lisboa: Ed. Brotéria.
- Atlan, H. (1991). *Entre le Crystal et la Fumée: essai sur l'organisation du vivant*. Paris: Éditions du Seuil.
- Cooper, C. L. (1979). *The executive Gypsy: The quality of managerial life*. Londres: McMillan.
- Cox, T. (1985). Repetitive work: Occupational stress and health. In Cooper, C. L. e Smith, M. J. (Eds.). *Job stress and blue color work*. Chichester: Wiley.
- Crozier, M. (1964). *Le phénomène bureaucratique*. Paris: Seuil.
- Davidson, G. e Neale, J. (1995). *Abnormal Psychology*. N. Y.: Wiley and Sons.
- Evans, D. R. e Cope, W. E. (1989). *Quality of life questionnaire manual*. Toronto: Multihealth Systems.
- Fallowfield, L. (1990). *The quality of life: the missing measurement in health care*. N. York: Souvenir Press.
- Fernandez-Rios, L. e García-Fernandez, M. (1999). Psicologia preventiva y calidad de vida. In Angel Simón M. (Ed.). (1999). *Manual de Psicologia de la salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fisher, C. (1984). *The Urban Experiment*. Londres: Harcourt.
- Forum de Copenhaga (1995). *Desenvolvimento: Dívidas e esperanças*. Lisboa: Plataforma Portuguesa das ONG para o Desenvolvimento.
- Furtado, C. (1971). *Teoria e política do desenvolvimento económico*. Lisboa: D. Quixote.
- García-Fernandez, M. e Peralbo-Uzquiano, M. (1990). Desarrollo cognitivo Y concepciones sobre la salud y la enfermedad. In Angel Simón M. (Ed.). (1999). *Manual de Psicologia de la salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Godoy, J. F. (1999). Psicologia de la salud: delimitación conceptual. In Angel Simón M. (Ed.). (1999). *Manual de Psicologia de la salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Harrison, F. (1987). *The managerial decision-making process*. Dallas: Houghton Mifflin.
- Kaplan, H. Sadock, B. e Grebb, M. D. (1995). *Síntesis de Psiquiatria*. Buenos Aires: Editorial Panamericana.
- Kasl, S. (1983). Pursuing the link between stressful life experiences and disease: a time for reappraisal. In Cooper, C. *Stress Research*, N. York: Wiley.
- Kende, P. (1975). Les acteurs sociaux et leurs relations. In *Encyclopédie de la sociologie*. Paris: Larousse.
- Lawrence, P. R. e Lorsch, J. W. (1969). *Organisation and environment: Managing differentiation and integration*. Homewood: Irwin.
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science*. N. York: Harper and Row.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and Personality*. N. York: Harper and Row.
- Matarazzo, J. D., Weiss, Sh. M., Herd, J. A., Miller, N. E., Weiss, S. M. (1990). *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. N. York: Wiley and Sons.
- Mechanic, D. (Ed.). (1983) *Handbook of health, health care, and the health professions*. N. York: Free Press.
- Miller, J. (1978). *Living Systems*. N. York: Wiley and Sons.
- Miller, P. (1993). *Theories of developmental psychology*. N. York: Freeman Company.
- Mills, L. e Huebner, S. (1998). A prospective study of personality characteristics, occupational stressors and burnout among school psychology practitioners. *Journal of School Psychology*. 36(1), 103-20.
- Moos, R. (1978). *The human context: Environmental determinants of behavior*. N. York: Wiley and Sons.
- Morin, E. (1980). *O Método II, A Vida da Vida*. Lisboa: Europa-América.
- Neri, A. L. (1993). *Qualidade de vida e idade madura*. S. Paulo: Papirus Editora.
- O'Toole, J. (Ed.). (1974). *Work and the quality of life*. Cambridge Mass. MIT Press.
- Peters, Th. J. e Waterman, R. H. (1982). *Na senda da excelência*. Lisboa: D. Quixote.
- Rajaud, Y. (1988). La qualité quotidienne individuelle. *Revue Française de gestion*. Jan.-Fev., pp. 85-90.
- Ribeiro, J. L. P. (1994). Psicologia da saúde, saúde e doença. In Teresa McIntyre (Ed.). *Psicologia da saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras*. Braga: APPORT.
- Ribeiro, J. L. P. (1996). Saúde e desenvolvimento. *Análise Psicológica, série XIV, nº 2/3*, pp. 177-190.
- Rokeach, M. (1960). *The open and closed mind*. N. York: Basic Books.
- Rostow, W. W. (1970). *The stages of economic growth*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- Sauvy, A. (1975). Le problème démographique. In *Encyclopédie de la sociologie*. Paris: Larousse.

- Santos Silva et al. (1987). *Atitudes, valores culturais e desenvolvimento*. Lisboa: Sedes.
- Selye, (1983). The Stress Concept: Past, Present and Future. In Cooper, C. L. *Stress Research*, N. York: Wiley.
- Simon, H. (1974). The architecture of complexity. In Litterer, J. (Ed.) *Organizations: Behavior and growth*. N. York: Wiley and Sons.
- Simondon, G. (1964). *L'Individu et sa Genèse Physico-Biologique*. Paris: PUF.
- Stein, J. e Nyamathi, A. (1999). Gender differences in relationships among stress, coping and health risk behaviors in impoverished minority populations. *Personality and Individual Differences*, 26 (1): 141-57.
- Stone, G. C. (1990). An international review of the emergence and development of health psychology. *Psychology and Health*, 4, pp. 3-17.
- Streufer, S. e Streufert, S. (1978). *Behavior in the complex environment*. N. York: Wiley.
- Taché, J. e Selye, H. (1978). On Stress and Coping Mechanisms. In Spielberger, Ch. e Sarason, J. *Stress and Anxiety*. N. York: Hemisphere.
- Todoaro, M. (1997). *Economic development*. Londres: Longman.
- Weiner, B. (1992). *Human motivation*. Londres: Sage.
- Weiss, Sh. (1990). Health hazards / health appraisals. In Matarazzo, J. D., Weiss, Sh. M., Herd, J. A., Miller, N. E., Weiss, S. M. (1990). *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. N. York: Wiley.