

CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA E INTERVENÇÃO

EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

STRESSSE

& *saúde*



Escola Superior
de Tecnologia
da Saúde

Politécnico de Coimbra

ANA PAULA MONTEIRO AMARAL

Ficha Técnica

Edição:

Escola Superior de Tecnologia da Saúde

Instituto Politécnico de Coimbra

Título:

Stresse e Saúde - Contextualização teórica e intervenção em Educação para a Saúde

Autor:

Ana Paula Amaral

ISBN: 978-989-8252-82-1

STRESSE E SAÚDE

Contextualização teórica e intervenção em
Educação para a Saúde

Ana Paula Monteiro Amaral

2022

índice

Prefácio 2

Nota introdutória 6

8 PARTE I | Comportamentos, Saúde e Doença

- 9 Capítulo 1 | Evolução histórica e conceitual dos conceitos de saúde e doença
- 18 Capítulo 2 | Psicologia da Saúde e Educação para a Saúde
- 24 Capítulo 3 | Comportamentos e Saúde

PARTE II | STRESSE E SAÚDE 28

- Capítulo 4 | Stresse – conceito e modelos 29
- Capítulo 5 | Stresse, saúde e doença 40
- Capítulo 6 | Stresse profissional e burnout 54
- Capítulo 7 | Gestão de stresse 61

68 PARTE III | INTERVENÇÃO EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- 69 Capítulo 8 | Modelos e teorias de mudança comportamental
- 75 Capítulo 9 | Boas práticas na intervenção em educação para a saúde

Considerações finais 82

Referências 83

Prefácio

Conheço a Ana Paula Amaral há quase 40 anos, pois fomos colegas na licenciatura em Psicologia da Universidade de Coimbra, entre 1984-89, tendo-se revelado sempre uma excelente colega, destacando-se pela sua postura serena e pela sua capacidade de organização e gestão do tempo, conciliando de forma exemplar a vida académica com a vida profissional como técnica de radiologia.

Tendo tido sempre uma elevada estima pela Ana Paula, foi com grande satisfação que acolhi o seu convite para escrever este Prefácio. Além disso, o tema do mesmo corresponde a um domínio em que também tenho desenvolvido alguma investigação e intervenção, nomeadamente enquanto representante de Portugal na “Stress, Trauma, Anxiety and Resilience Society” (STAR), desde 2012.

Este livro retoma a lição que a Ana Paula apresentou nas suas Provas de Agregação em Psicologia, realizadas no início deste ano na Universidade do Algarve.

Do seu currículo, destaco o facto de ser Professora Coordenadora na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra (ESTeSC), desde 2006, e de apresentar um percurso não linear, pois tem vários graus obtidos em áreas distintas, tendo começado com um Bacharelato em Radiologia, seguindo-se a Licenciatura em Psicologia, o Mestrado em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental e Sistémica, o Doutoramento em Ciências Biomédicas e, recentemente, a Agregação em Psicologia. Mas fez isto de forma coerente e integrada, constituindo o seu trabalho em torno da educação para a saúde, em particular nas questões ligadas à gestão do stresse, o fio condutor do seu percurso.

Além disso, combina o seu trabalho de investigação e de docência com uma importante experiência clínica, apresentando um percurso sólido de elevada

maturidade nos planos pedagógico, científico, de extensão e de gestão, com vários indicadores de elevada qualidade.

Como refere a autora, “... 15 anos de experiência profissional hospitalar (como técnica de radiologia e como psicóloga clínica) contribuíram para o seu enriquecimento pessoal e profissional, enquanto docente na área da saúde. A maioria dos conteúdos que leciona ou que investiga têm uma base vivencial, o que permite uma análise mais rica e uma explanação mais profunda dos mesmos.” Expressa, assim, a importância da experiência profissional para a docência, que se articula de forma coerente com a investigação que tem realizado, da qual têm resultado vários artigos científicos em revistas internacionais da especialidade.

Mas, numa época em que se hipervaloriza a publicação de artigos em revistas indexadas na Web of Science ou na Scopus, quase que se desvalorizando a importância de livros científicos, é de louvar a publicação do presente livro.

Em termos da estrutura deste livro, distinguem-se três partes, a primeira de abordagem mais geral, constituída por três capítulos, em que procura contextualizar o tema no âmbito das duas grandes áreas em que este se insere, a Psicologia da Saúde e a Educação para a Saúde. Segue-se a segunda parte, que integra quatro capítulos especificamente dedicados às interfaces entre o Stresse e a Saúde. O livro termina com a terceira parte, constituída por dois capítulos, centrada nas intervenções em Educação para a Saúde.

Conforme refere a própria autora, com este livro pretende facilitar a “aquisição de competências de intervenção, avaliação e investigação na área do stresse, e da sua relação com a saúde, que constituirão um importante contributo na área da Psicologia Clínica e da Saúde”, bem como a “sensibilização, identificação e implementação de comportamentos positivos de saúde, numa perspetiva de saúde global, e de acordo com uma abordagem desenvolvimental e ecológica”. Não é esquecida a componente ética, associada à intervenção e investigação em saúde, a qual é abordada de forma transversal ao longo do livro.

Merece ainda particular destaque o foco prático ou de intervenção presente neste livro, em particular numa perspectiva de educação para a saúde que, segundo a autora, “pretende contribuir para eliminar disparidades em saúde, criar ambientes sociais e físicos promotores de saúde, promotores de um desenvolvimento saudável e de comportamentos de saúde, ao longo da vida”.

E esta perspetiva tem acompanhado o percurso académico da Ana Paula, sendo Coordenadora do Mestrado em Educação para a Saúde, bem como do Projeto de Educação pelos Pares que existe na ESTeSC, desde 2009.

Este livro está escrito com uma linguagem rigorosa e científica, mas também bastante acessível, podendo ser lido por especialistas, mas também por todos aqueles que se interessam por esta temática: docentes, investigadores, estudantes e público em geral.

Vale a pena...!

Saúl Neves de Jesus

(Professor Catedrático de Psicologia da Universidade do Algarve)

Nota Introdutória

O estudo das relações entre o Stresse e a Saúde tem sido objeto de extensa investigação, que tem contribuído para uma maior compreensão das variáveis envolvidas, permitindo o desenvolvimento de intervenções mais eficazes.

De acordo com a literatura das últimas décadas, as repercussões do stresse na saúde ocorrem em consequência do processo de ativação que envolve todo o organismo, surgindo alterações a nível emocional, cognitivo, comportamental e biológico. Apesar dessas mudanças serem tanto mais acentuadas, quanto mais intenso e prolongado for o stresse, alguns fatores interatuam com os acontecimentos de vida intensificando ou amortecendo os efeitos do stresse, por exemplo, a personalidade, o suporte social e a ocorrência de trauma precoce (Lovallo, 2015; Schiller, Hammen & Shahar, 2016).

Numa perspetiva salutogénica, os stressores são entendidos como potenciais estímulos de construção de saúde e os fatores moderadores (por exemplo, a personalidade e o apoio social) como condições de resiliência (Mittelmark et al., 2017). Consoante as estratégias de *coping* utilizadas, os indivíduos podem promover o seu bem-estar ou aumentar o risco de adoecer.

Neste contexto, a aprendizagem de estratégias de gestão de stresse constitui uma importante ferramenta no âmbito da prevenção da doença e da promoção da saúde. Variados estudos têm evidenciado que níveis elevados de stresse estão associados a uma maior vulnerabilidade à depressão e às perturbações mediadas pela ansiedade, assumindo, também, um papel determinante na hipertensão, doenças cardiovasculares, doenças autoimunes, entre tantas outras (por exemplo, Cooper & Marshall, 2013; Howe et al., 2016).

A capacitação dos indivíduos relativamente às estratégias de gestão do stresse é, então, fundamental em termos de saúde, e pode ocorrer em abordagens

individuais ou em grupo, beneficiando, neste último caso, se for integrada em intervenções de educação para a saúde.

A psicologia da saúde tem contribuído para uma maior compreensão da influência de um conjunto vasto de fatores (por exemplo, cognitivo-comportamentais, sociais, ambientais e da personalidade) na saúde e na doença e para o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis, numa lógica de participação ativa e consciente dos indivíduos e populações. Ao longo do presente livro, são inúmeras as pontes que encontraremos entre a Psicologia da Saúde, a Promoção da Saúde e a Educação para a Saúde.

Esta obra destina-se a todos os que se interessam sobre a temática do stresse e da sua relação com a saúde, mas também, sobre a importância da intervenção, que visa a capacitação dos indivíduos e das comunidades para serem agentes ativos, na promoção da sua saúde. Aborda conceitos que consideramos essenciais para os estudantes das áreas da saúde, no âmbito do ensino da Psicologia da Saúde e da Educação para a Saúde.

PARTE I

COMPORTAMENTOS, SAÚDE E DOENÇA

CAPÍTULO 1

EVOLUÇÃO HISTÓRICA E CONCEITUAL DOS CONCEITOS DE SAÚDE E DOENÇA

A evolução dos conceitos de saúde e de doença reflete o percurso histórico da humanidade. É uma história de construções de significações sobre a natureza, as funções e estruturas do corpo e ainda sobre as dualidades corpo—espírito e pessoa—ambiente. Não pretendemos fazer uma descrição exaustiva dos modelos de saúde e doença, mas sim refletir um pouco sobre os paradigmas que, ao longo do tempo, marcaram indubitavelmente a compreensão da doença e da saúde.

A primeira fase perde-se no tempo, trata-se da concepção mágica da doença. A medicina mágica—religiosa insere-se num contexto religioso—mitológico no qual o adoecer era resultante de transgressões de natureza individual ou coletiva, sendo requerido para reatar o enlace com as divindades o exercício de rituais que assumiam as mais diversas feições, conforme a cultura. Este enfoque nas forças sobrenaturais prolongou-se ao longo dos tempos e, ainda hoje, vigora para milhares de pessoas pertencentes, ou não, a sociedades tribais e em paralelo, por vezes, com a medicina ocidental (Barros, 2002; Bennet, 1987; Capra, 1982; Lain Entralgo, 1989). De referir que, relativamente à doença mental, ocorre um ressurgimento medieval do pensamento mágico primitivo, de natureza nitidamente mística. Nesta época, o distúrbio psicopatológico é estudado nas “ciências demonológicas” (Joyce-Moniz, 1993).

A segunda fase personifica-se em Hipócrates, com ele ocorre um desvio do foco de interesse das forças sobrenaturais para o portador de doença. Acompanhando o racionalismo e o naturalismo dos filósofos da época, Hipócrates defendeu que as doenças não são causadas por demónios ou por deuses, mas por causas naturais que obedecem a leis também naturais. A medicina afasta-se do misticismo e do endeusamento e passa a basear-se na observação objetiva e no raciocínio dedutivo (Barros, 2002; Leal, Pimenta, & Marques, 2012; Pais-Ribeiro, 1993, 2010). Podemos designar este segundo

paradigma, normalmente associado a Hipócrates, por empírico-racional. Não deixa de ser interessante notar que já Hipócrates salientava a importância que as interações entre o corpo e a mente têm para a saúde e como são influenciadas pelo meio físico e social do indivíduo (Folkow, 2006).

A terceira etapa corresponde ao modelo biomédico, que tem as suas raízes históricas vinculadas ao contexto do Renascimento e de toda a revolução artístico-cultural que ocorre nessa época. Como precursores significativos das mudanças radicais de ordem técnico-científica, ocorridas a partir do século XV, temos as contribuições de Copérnico, Galileu e, mais tarde, Kepler. No século XVII, o filósofo e matemático René Descartes traz uma nova perspectiva sobre o conhecimento, tendo sido Isaac Newton o autor das teorias matemáticas que confirmaram a visão cartesiana do corpo e do mundo, como uma grande máquina (Barros, 2002; Leal, Pimenta, & Marques, 2012; Pais-Ribeiro, 1993, 2010).

O modelo biomédico tradicional baseia-se, em grande parte, numa visão cartesiana do mundo e considera que a doença consiste numa “avaria” temporária ou permanente do funcionamento de um componente ou da relação entre componentes. Curar a doença equivalia, nesta perspectiva, à reparação da máquina (Engel, 1977; Noack, 1987).

Esta mudança no pensamento científico e o eclodir da corrente positivista que teve o seu desenvolvimento decisivo nos séculos XVIII e XIX, principalmente a partir de Comte, permitiram um notável desenvolvimento da medicina (Paúl & Fonseca, 2001). O modelo biomédico respondeu às grandes questões de saúde que se manifestavam na época, destacando-se os trabalhos de Koch e Pasteur que permitiram que se estabelecesse a “teoria do germe”. Esta, dentro do espírito cartesiano, postulava que um organismo patogénico específico estava associado a uma doença específica, fornecendo assim as bases conceptuais necessárias para combater as epidemias. Apesar de redutor, este modelo, de acordo com Pais-Ribeiro (1994, 1998), permitiu enormes progressos na teoria e na investigação médicas.

Ainda sob a vigência do modelo biomédico emergem novas perspectivas, designadas por primeira e segunda revolução da saúde (Albuquerque & Oliveira, 2002). A primeira revolução da saúde decorre da revolução industrial, nos finais do século XVIII. Em consequência das grandes mudanças sociais e das alterações no sistema de produção ocorrem grandes epidemias, que constituem um exemplo do marcado desequilíbrio ecológico que ocorreu na época. Grande quantidade de pessoas migrava e aglomeravam-se nas grandes cidades, com fracas condições de salubridade e habitabilidade, facilitadoras da difusão de microrganismos causadores de grande morbidade e mortalidade. A tuberculose foi uma das doenças mais conhecidas da época e a que mais vítimas provocou, tendo-se verificado o mesmo padrão de mortalidade elevada para outras doenças infecciosas, tais como: a pneumonia, o sarampo, a gripe, a escarlatina, a difteria e a varíola (entre outras). Surge, então, a noção de que a doença é um produto da interação entre um agente, um hospedeiro e o meio ambiente (triângulo epidemiológico). Nesta perspectiva todas as doenças têm causas múltiplas e os fatores biofísicos, sociais e psicológicos podem promover ou inibir a doença, sendo esta a ideia base da “prevenção em saúde”. Emerge, deste modo, a necessidade de se criarem medidas de saúde pública (Paúl & Fonseca, 2001). Tais medidas foram essenciais para as mudanças dos padrões de saúde e doença do mundo de então.

De acordo com Pais-Ribeiro (1994), a segunda revolução da saúde, referenciada pela primeira vez por Richmond (1979) e prolongando-se ao longo do século XX, pressupõe um enfoque na saúde e não na doença e preconiza o retorno a uma perspectiva ecológica na saúde. Surgem dois conceitos centrais e inovadores, os conceitos de promoção da saúde e de estilo de vida (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). Globalmente, pode afirmar-se que o modelo biomédico se centrara na doença, que a primeira revolução da saúde se centrara na prevenção da doença, e que a segunda revolução da saúde se centra na saúde. McIntyre (1994) refere que a partir dos meados do século XX surge uma nova epidemia, uma epidemia comportamental. De facto, constatou-se que, nos países desenvolvidos, as doenças que mais

contribuíam para a mortalidade eram doenças com etiologia comportamental. Surgem novos princípios, novas concepções e a teoria do germe deixa de ser universalmente aplicável. Como refere Pais-Ribeiro (1994, 1998), o equivalente ao germe nesta nova “epidemia” é o comportamento individual.

Assim, esta constatação chama a atenção dos profissionais de saúde para a importância de alterar o estilo de vida da população. A modificação de alguns comportamentos, tais como, deixar de fumar, cuidar da alimentação, gerir o stress, praticar exercício físico regularmente, dormir um número de horas adequado, verificar periodicamente a saúde, permitiria reduzir, drasticamente, a mortalidade.

Na sequência das guerras do fim do século XIX (México e Crimeia) e após a primeira guerra mundial surge o embrião da Organização Mundial de Saúde (OMS). Quando em 1945 decorreu a reunião para formar as Nações Unidas, um dos aspetos em agenda foi a criação de uma organização global de saúde, oficialmente constituída a 7 de abril de 1948. Associado a este movimento, surge na Constituição da OMS a definição de saúde como “um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (World Health Organization, 1948). A saúde enquanto conceito ganha uma dimensão mais global e holística. Esta definição é multidimensional e engloba pela primeira vez o termo bem-estar, não só em oposição à doença, mas no sentido de equilíbrio e de harmonia. No entanto, ao referir “estado de completo bem-estar”, tem sido sujeita a várias críticas, pelo seu absolutismo e carácter estático pois não refere os aspetos adaptativos da pessoa face às suas perturbações e ao meio ambiente em que interage (Laffrey & Kulbok, 1999).

Os movimentos referidos anteriormente relacionam-se com o “modelo biopsicossocial de saúde e doença” desenvolvido por Engel (1977, 1980). Este modelo representou uma tentativa para integrar o psicológico e o social com o modelo biomédico tradicional, procurando dar resposta às novas exigências. Os contributos biológicos incluem a genética, os vírus, as bactérias e os defeitos estruturais. Os aspetos psicológicos integram fatores ao nível das

cognições (por exemplo, distorções cognitivas ou expectativas de saúde), das emoções (por exemplo, medo, ansiedade) e dos comportamentos (por exemplo, fumar, fazer exercício, dieta). Por último, os aspetos sociais ligados à saúde, onde podemos incluir determinadas normas sociais de comportamento, valores sociais relativos à saúde, classe social, apoio social (Ogden, 1999).

Na década de 70 do século XX, um texto clássico de Marc Lalonde destaca a importância da intervenção a montante, antes das pessoas adoecerem, cunhando, assim, o conceito de promoção da saúde e de educação para a saúde (Pais-Ribeiro, 2015). Apesar do Relatório Lalonde (1974) ter chamado a atenção para a importância do ambiente externo, dos comportamentos e dos estilos de vida na saúde, a mudança paradigmática do conceito de saúde é reforçada na Conferência de Alma-Ata (World Health Organization, 1978) que sublinhou uma visão holística da saúde, bem com a importância de se assegurar a “saúde para todos” (Feio & Oliveira, 2015; Pais-Ribeiro, 2015). Contribui para alertar os profissionais de saúde e os políticos para a importância de uma abordagem pluridisciplinar da problemática da “saúde”, passando a incluir: 1) Uma dimensão técnico-científica que sublinha a importância da prevenção do risco, da proteção da saúde e da promoção do bem-estar, conceitos estes em mudança acelerada de um modelo exclusivamente “médico e curativo” para um modelo mais holístico, participativo e pluridisciplinar; e 2) Uma dimensão social e cultural, que considera que a melhoria nas condições de vida do indivíduo o levam a uma atitude mais exigente, crítica e preocupada face à sua saúde e a um conceito de saúde alargado, incluindo aspetos fenomenológicos, interpessoais e socioculturais.

A definição de saúde expressa na Carta de Ottawa (World Health Organization, 1986), que resulta da primeira conferência internacional sobre promoção da saúde, constitui um importante marco e uma nova etapa, e é considerado o documento fundador para a promoção da saúde. Nesta mesma carta, a promoção da saúde é definida como o processo que visa aumentar e capacitar

os indivíduos e comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. De acordo com Pais-Ribeiro (1994), a chave do sentido do conceito supracitado está na palavra “capacitar”, que implica devolver ao indivíduo e à população o poder de decisão em matéria de saúde, retirando às instituições, aos dirigentes, aos profissionais e à tecnologia grande parte da sua responsabilidade.

A promoção da saúde é perspectivada como um processo participativo, facilitador da adoção de estilos de vida saudáveis e do desenvolvimento das capacidades de agir com, e sobre o meio (World Health Organization, 1986).

Esta Carta considera a saúde como um direito humano fundamental e inclui as orientações para atingir a “Saúde para Todos no ano 2000”. Reconhece alguns pré-requisitos para a saúde que incluem paz, meios económicos adequados, alimentação e abrigo, ecossistema estável e uso de meios sustentáveis, e realça as ligações entre as condições sociais e económicas, o envolvimento físico, o bem-estar, os estilos de vida individuais e a saúde. A definição de Saúde vai para além do “estado de completo bem-estar”, abrangendo a extensão em que um indivíduo ou grupo é, por um lado, capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e, por outro lado, de modificar ou lidar com o meio que o envolve (Galinha & Pais Ribeiro, 2005). A Conferência de Ottawa contribuiu de forma clara para que a saúde passasse a ser considerada um processo, uma direção, uma dinâmica, em que o cidadão é chamado a participar de modo ativo, na procura individual e na construção dinâmica do bem-estar (Leal, Pais-Ribeiro, & Jesus, 2006; Pais-Ribeiro, 2010). Para além da importância das escolhas individuais e dos estilos de vida, a epidemiologia e as ciências psicossociais têm vindo a produzir vastas evidências do impacto nefasto na saúde e no bem-estar da pobreza, privação e exclusão social, a nível individual e a nível das populações (Carlisle, 2000).

Após a carta de Ottawa surgiram outros documentos gerados nas diversas conferências internacionais sobre o tema. Em 1988, na Segunda Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Adelaide, foi reforçada a importância do desenvolvimento de políticas favoráveis à saúde que visam

a opção por uma vida salutar por parte dos cidadãos e propiciam o ambiente físico e social que promova a saúde (World Health Organization, 1988).

Três anos após a Carta de Sundsvall (1991), reflete a preocupação com os temas ligados à saúde ambiental e às questões ecológicas. Na quarta conferência, realizada em Jacarta (1997), foi destacado o aparecimento de novos atores determinantes da saúde como, a globalização da economia, e suas consequências, e o papel dos meios de comunicação. Nesta conferência estabelecem-se as prioridades para a promoção da saúde no século XXI, das quais destacamos: 1) A promoção da responsabilidade social para com a saúde; 2) O aumento da capacidade comunitária e 3) Dar direito de voz ao indivíduo (World Health Organization, 1991, 1997).

A quinta conferência, no México (2000), focou essencialmente, a promoção da saúde, na sua vertente social, como forma de melhorar a vida económica e social das populações desfavorecidas. Salientou-se a importância da participação coletiva na promoção da saúde, em particular, relativamente à determinante ambiental. Na sexta conferência, em Bangucoque (2005), discutiu-se o papel da globalização no aumento das desigualdades, nas rápidas mudanças socioeconómicas e nas alterações ambientais. Neste contexto surge o conceito de “saúde global” que se refere aos impactos transnacionais da globalização nos determinantes da saúde e na saúde, que estão para além do controlo de cada nação (World Health Organization, 2000, 2005).

Em 2009, na sétima conferência realizada em Naírobi, foi reforçada a importância da capacitação individual e comunitária, a necessidade de colocar a promoção da saúde nas agendas políticas, assim como o seu papel no desenvolvimento integrado das nações (World Health Organization, 2009; Feio & Oliveira, 2015). Da oitava conferência (2013) resulta a Declaração de Helsínquia sobre a “Saúde em Todas as Políticas” (World Health Organization, 2014a) e através da mesma é firmado um compromisso entre os governos, entidades e membros participantes para com a equidade em saúde e a saúde em todas as políticas.

A ONU, em 2015, marca mais um passo histórico com a definição da Agenda 2030, constituída por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. A Agenda 2030 é uma agenda alargada e ambiciosa que aborda várias dimensões do desenvolvimento sustentável (socioeconómico e ambiental) e que promove a paz, a justiça e instituições eficazes (United Nations, 2015). Aspetos intimamente relacionados com um conceito de saúde mais global.

Na nona conferência de promoção da saúde em Shangai (2016) o principal objetivo foi refletir sobre as principais ligações entre a promoção da saúde e a Agenda 2030 para um desenvolvimento sustentável das Nações Unidas. Desta conferência resultou a declaração de Shangai que enfatiza as ligações entre a saúde, o bem-estar e os objetivos do desenvolvimento sustentável (World Health Organization, 2016).

A sucessivas reuniões internacionais, refletem o desenvolvimento do conceito de Promoção da Saúde com um cariz cada vez mais abrangente, refletindo a evolução do contexto socioeconómico e político.

Em síntese, ao longo do século XX e XXI têm ocorrido importantes mudanças que contribuíram para um novo paradigma. O foco deixou de estar na doença – paradigma patogénico, para estar na valorização da saúde – paradigma salutogénico. Os modelos salutogénicos valorizam a procura de elementos que conduzam o indivíduo para a promoção ou manutenção da saúde, independentemente dos fatores desfavoráveis do meio físico e social (Antonovsky & Sagy, 2017; Saboga-Nunes, 2017), ou seja, valorizam positivamente a saúde e a cultura do desenvolvimento individual e organizacional.

Os modelos salutogénicos colocam em evidência o efeito das predisposições do indivíduo que, associados aos recursos gerais de resistência à doença (recursos físicos, psicológicos, sociais e espirituais), são responsáveis pela regulação de perturbações patogénicas que possam levar o indivíduo à situação de doença. Os recursos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, devem ser entendidos, dentro do necessário equilíbrio, tendo em conta a

especificidade de cada indivíduo. O essencial é a busca de recursos que beneficiem a saúde. Cada indivíduo, nas suas diferentes etapas da vida, deve ser capaz de desenvolver o máximo de vitalidade, potenciando os seus recursos. Compreender a saúde neste sentido, garante uma melhor qualidade de vida individual e coletiva (Mittelmark et al., 2017).

A saúde enquanto capacidade de cada indivíduo criar e lutar pelo seu projeto de vida, em direção ao bem-estar é um processo holístico, que se apreende e está intimamente ligado à qualidade das relações interpessoais e ao contexto onde o indivíduo se insere (Graça, 2015). Para além do foco nos agentes causais da doença, na prevenção e no tratamento, a ênfase deve, também, ser colocada nos fatores que promovem ativamente a saúde. Assim, numa perspetiva salutogénica, a saúde centra-se nas pessoas, no seu contexto, recursos e potencialidades, resulta da ação dos indivíduos na gestão dos seus recursos (Antonovsky, 1996; Mittelmark et al., 2017).

A aceitação do paradigma salutogénico não implica a rejeição ou abandono do patogénico. Ambas as perspetivas se complementam na compreensão do ser humano.

A complexidade do conceito de saúde inerente a uma perspetiva holística e integradora, de múltiplos fatores, tem contribuído para a proposta do conceito de “saúde única” (*One Health*). Subjacente a esta abordagem está a noção de saúde ecológica – “EcoSaúde” - a saúde e o bem-estar da população humana serão cada vez mais difíceis de manter num planeta poluído, com instabilidade social ou política e cada vez menos recursos. As iniciativas no âmbito da saúde devem ser integrativas e ambiciosas de forma a promover serviços ecossistémicos sustentáveis vinculados ao conceito de saúde (humana, animal e ecossistema) e à estabilidade social. O conceito de saúde única incentiva e promove a interdependência, coexistência e evolução dos seres vivos e do seu ambiente (Destoumieux-Garzón et al., 2018; Lebov et al., 2017; Zinsstag et al., 2015).

Pelo exposto, estamos convictos que o momento atual é um momento integrador relativamente aos diferentes legados da ciência, ao longo do tempo. Há que valorizar os contributos positivos de cada uma destas etapas e aprender com as suas limitações.

CAPÍTULO 2

PSICOLOGIA DA SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Como referimos anteriormente, o modelo biopsicossocial constituiu uma mudança de paradigma fulcral no âmbito da saúde e da doença e contribuiu para o aparecimento de novas áreas de estudo, ao longo do século XX. Esta nova abordagem levou ao emergir da medicina psicossomática, da saúde comportamental, da medicina comportamental e, posteriormente, da psicologia da saúde (Ogden, 1999). Estas diferentes áreas de estudo procuram integrar a relação mente — corpo.

Psicologia da saúde. O aparecimento da psicologia da saúde constituiu um importante passo no processo de inserção da psicologia na compreensão da saúde. A sua origem remonta aos anos 70 do século XX e foi descrita por Matarazzo (1980, 1984) como resultante do conjunto das contribuições específicas, educacionais, científicas e práticas da disciplina de psicologia, para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento da doença, bem como, para a análise das disfunções relacionadas com a doença, a análise e melhoria dos sistemas de cuidados de saúde e contribuindo para as políticas de saúde.

De acordo Baum, Tracey e Revenson (2012) a psicologia da saúde intervém: 1) No processo de evolução de uma doença (em particular, a doença grave e crónica) e na adaptação psicológica à mesma, considerando o processo de desenvolvimento humano; 2) Na compreensão dos fatores psicológicos relacionados com comportamentos menos saudáveis, relacionados com o stresse, a alimentação, o tabagismo, entre outros, que aumentam o risco para

a doença, assim como, interferem na sua evolução, tratamento e reabilitação; 3) Na estimativa do risco para uma doença específica, tendo em conta comportamentos e ambientes promotores de saúde; 4) Em terapias orientadas para o indivíduo, incluindo intervenções de mudança comportamental; 5) Em intervenções direcionadas para a comunidade que incluem a promoção de saúde e a promoção de estilos de vida saudáveis.

A intervenção pode decorrer em contextos comunitários (escolar, municipal, empresarial entre outros), para além do contexto hospitalar e utiliza metodologias originárias da psicologia social e da psicologia educacional, para além do método clínico (Pais-Ribeiro, 2007). No geral, a intervenção em psicologia da saúde pretende promover e manter a saúde e bem-estar, tendo em conta o contexto cultural, político, social e económico, atuando nas comunidades ao nível da promoção e educação para a saúde de populações saudáveis e em grupos de risco ou com doença (Jesus, Rezende, & Leal, 2009; Pais-Ribeiro, Leal, Pereira, & Monteiro, 2012).

A definição multidimensional de saúde abre espaço ao contributo da psicologia na promoção da saúde. A perspetiva ecológica vem defender que os comportamentos de saúde são desenvolvimentais e que é fundamental compreender e contextualizar a saúde e a doença nas diferentes faixas etárias do desenvolvimento humano. A promoção e manutenção de saúde envolvem um processo psicossocial na interface entre o indivíduo, o sistema de saúde e a sociedade (Suls, Davidson, & Kaplan, 2010).

A promoção da saúde é um processo participativo e permanente que oferece às pessoas autonomia para o seu crescimento e para a responsabilidade, nos termos em que Antonowsky designou de “recursos gerais de resistência” e, consequentemente, aumento do sentido de coerência. Visa criar condições que permitam aos indivíduos controlar a sua saúde e a dos grupos onde se inserem, e agir sobre os fatores que a influenciam, nomeadamente os determinantes da saúde. Centra-se nas pessoas, tem como principal finalidade potenciar os fatores protetores do contexto individual e ambiental, seguindo o paradigma salutogénico (Naidoo & Wills, 2016; Mittelmark et al., 2017). A

promoção da saúde, como processo multifacetado de capacitar os indivíduos e comunidades a aumentar o controlo sobre os fatores que determinam a saúde, através de vários meios e formas de atuação, permite tornar mais fáceis as opções mais saudáveis. É neste contexto, de sucessivas mudanças, que a educação para a saúde emerge como resposta aos vários e multifacetados problemas de saúde (Hubley, Copeman, & Woodall, 2021).

Educação para a saúde. A educação para a saúde é definida pela OMS (1990, 2012) como um processo baseado em regras científicas que utiliza oportunidades educacionais programadas, por forma a capacitar os indivíduos, agindo isoladamente, ou em conjunto, para tomarem decisões fundamentais sobre assuntos relacionados com a saúde. Esta conceção evidencia o papel formativo e fomentador de estilos de vida saudáveis do educador (World Health Organization, 2012).

É através de ações de educação para a saúde que o indivíduo: 1) Toma decisões conscientes sobre o que são as suas escolhas mais saudáveis; 2) É estimulado a interagir com os indivíduos da sua comunidade; 3) Promove ações para uma vida saudável e participa responsável e ativamente no processo educativo (World Health Organization, 2012).

Os intervenientes no processo educativo não devem cingir-se a ser, apenas, meros divulgadores de informação. Devem, pelo contrário, tornar-se genuínos dinamizadores da reflexão dos grupos e da comunidade, de forma a estimulá-los a interpretar o seu modo de vida e a refletir os seus contextos, de maneira a poderem identificar e mobilizar os recursos disponíveis para se manterem saudáveis (World Health Organization, 2012).

A educação para a saúde visa o aumento da literacia em saúde e a atividade educativa tem como principais finalidades: 1) Aumentar a consciencialização das comunidades sobre as questões relacionadas com a saúde dos seus membros; 2) Colocar as questões da saúde na agenda das pessoas; 3) Auxiliar a aquisição de conhecimentos e competências; 4) Promover atitudes favoráveis à saúde e à promoção de valores de bem-estar e equilíbrio. A

educação para a saúde é, pois, uma estratégia de promoção da saúde (World Health Organization, 2012).

O conceito de educação para a saúde tem evoluído, nas últimas décadas, em paralelo com a evolução do conceito de saúde. Na primeira etapa, o foco estava na transmissão de informação - educação para a saúde informativa – privilegia-se a divulgação da informação, a transmissão de conhecimentos, considerando-se que a informação é determinante para a mudança de atitudes, da qual resulta a mudança de comportamentos (Feio & Oliveira, 2015). As práticas de educação para a saúde baseadas neste modelo são influenciadas pelo modelo biomédico, centradas no ensinar como processo de comunicação de conhecimentos, direcionada para a prevenção e tratamento de doenças, recorrendo a uma metodologia unidirecional, decidindo o sentido da mudança dos indivíduos (Feio & Oliveira, 2015; Sharma, 2016). Inserem-se nos modelos informativos as palestras e as campanhas de informação, que apesar de úteis não são suficientes. O conceito de saúde subjacente é um conceito redutor fundamentando-se, quase exclusivamente nos aspetos biológicos da doença.

Na segunda etapa - educação para a saúde centrada no comportamento – o foco é o comportamento e abrange os modelos que têm como finalidade a modificação de comportamentos de risco. A saúde é descrita como o resultado do comportamento individual, determinado por estímulos do meio onde está inserido. Por outro lado, o processo educativo centra-se no processo de condução da aprendizagem, com a finalidade de promover mudanças comportamentais (levando a comportamentos saudáveis). A educação para a saúde passa a ser interpretada como um processo a aplicar a pessoas ou grupos com comportamentos problema. Esta constitui uma abordagem mais globalizante, desvalorizando a simples adesão ao aconselhamento clínico, fomentando a opção por estilos de vida saudáveis, com base na negociação e na colaboração, de modo que os indivíduos possam ser informados e ajudados a tomar decisões livres e conscientes. Este tipo de intervenção foi desenvolvido nos anos 60, devido à necessidade de se

encontrar respostas para a morbilidade elevada relacionada com a patologia cardiovascular e oncológica, associada a estilos de vida não saudáveis (Moreno et al., 2000; Feio & Oliveira, 2015). Uma das críticas prende-se com o facto das ações educativas estarem apenas centradas no comportamento e negligenciarem as outras dimensões humanas. Para se considerar uma intervenção de educação para a saúde com carácter formativo devem-se abordar os processos cognitivos e atitudinais, que permitam a modificação do comportamento, de forma consciente, racional e voluntária.

A terceira etapa - educação para a saúde crítica - foi impulsionada pela Declaração de Alma-ata (Programa de saúde para todos no ano 2000). Nela foi preconizada a participação comunitária, enquanto um conjunto de processos através dos quais os indivíduos e as famílias assumem responsabilidades pela sua própria saúde e bem-estar e da comunidade, aumentando a capacidade de contribuir para o desenvolvimento individual e coletivo. Esta perspetiva tem emergido lentamente, resultando das limitações das duas etapas anteriores, apoiando-se numa cultura social e democrática, propondo alternativas de mudanças sociais, na tentativa de reduzir as desigualdades e potenciar a participação comunitária (Moreno et al., 2000; Feio & Oliveira, 2015). Os modelos de intervenção são crítico/ participativos e caracterizam-se pela interação dialética entre os indivíduos e a sua realidade, incluindo a tomada de consciência social, gerando a participação do indivíduo e do grupo ou comunidade (Moreno et al., 2000; Feio & Oliveira, 2015).

A saúde é perspetivada de uma forma mais global e abrangente e a educação para a saúde, para além de modificar comportamentos individuais, deve envolver o meio ambiente e instituições sociais. O seu núcleo de intervenção base é o grupo ou a comunidade (Santos, 2000; Sharma, 2016) e o seu principal objetivo é implicar os cidadãos no processo de transformação das determinantes da saúde, sejam elas pessoais, ambientais ou socioeconómicas. Nesta perspetiva, a saúde é entendida como um processo de construção coletivo onde se conjugam ações individuais e práticas comunitárias. Trata-se de desenvolver no indivíduo autonomia e responsabilidade para se atingir

uma melhoria dos estilos de vida que influenciam diretamente a saúde. O processo educativo tem por base um processo global, onde se atribui uma grande importância aos métodos e estratégias didáticas que ativam os diferentes domínios da aprendizagem, colocando o indivíduo numa posição em que pode utilizar as suas capacidades. Esta abordagem tem como base a psicologia (cognitivista, humanista, psicologia de grupo), a teoria crítica do ensino e o modelo dialógico de Paulo Freire (Santos, 2000; Sharma, 2016).

Em síntese, existem diversas pontes entre a psicologia da saúde, a promoção da saúde e a educação para a saúde. Atualmente a psicologia da saúde não se limita à modificação de comportamentos, nem ao estudo do papel dos comportamentos nas doenças físicas e na manutenção da saúde. Apesar da intervenção a este nível continuar a ser relevante, deve integrar as estratégias didáticas da educação para a saúde e capacitar os indivíduos e as comunidades de forma a tomarem decisões de saúde de forma mais consciente e autónoma. Ou seja, a intervenção em educação para a saúde deve promover o desenvolvimento do pensamento crítico dos indivíduos e das comunidades e fomentar uma participação ativa dos mesmos nas suas escolhas de saúde.

A psicologia da saúde contribui para uma maior compreensão da influência dos fatores cognitivos, comportamentais, físicos, sociais, ambientais, da personalidade e desenvolvimentais na saúde e na doença dos indivíduos e da população, num contexto de saúde global. A promoção de comportamentos saudáveis e o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis continua a ser relevante. De acordo com vários autores, a psicologia da saúde tem contribuído para a diminuição da mortalidade e da morbilidade nas doenças denominadas “evitáveis” e nas doenças crónicas, através da modificação de comportamentos (Jesus, Rezende, & Leal, 2009; Pais-Ribeiro, Leal, Pereira, & Monteiro, 2012). De acordo com Leal (2010) e Pais-Ribeiro (2010) constitui uma área fundamental no domínio da saúde e grande parte da investigação tem-se centrado nas diferenças individuais ou grupais ao nível dos indicadores de saúde, fatores de risco e comportamentos/estilos de vida.

CAPÍTULO 3

COMPORTAMENTOS E SAÚDE

Tendo em conta o exposto anteriormente, o estudo dos comportamentos de saúde revela-se essencial na educação para a saúde, contextualizado numa perspetiva global e abrangente da saúde. Os comportamentos dos indivíduos podem constituir fatores de risco para a saúde, tornando-se necessário intervir sobre eles, no entanto não podem ser descuradas as causas socioambientais da doença, ou seja, o enfoque não deve ser redutor (apenas numa perspetiva comportamental), mas deve considerar as variáveis cognitivas, emocionais, espirituais, culturais e socioambientais. Acresce referir que é importante que o indivíduo não tenha um papel passivo, sendo importante incentivar a sua participação ativa e consciente.

Considerando que a educação/ promoção da saúde visa a transformação social e a capacitação do indivíduo e da comunidade, consideramos que a intervenção a nível dos comportamentos promotores da saúde continua a ser importante, apesar de não se limitar a ela. Como refere Graça (2015), os profissionais destas áreas deverão orientar a sua intervenção para ajudar os indivíduos e os grupos a construírem a sua autonomia e responsabilidade, sendo o poder na tomada de decisões partilhado e o papel ativo do indivíduo valorizado.

Os comportamentos de saúde podem ser considerados comportamentos e ações desenvolvidas pelo indivíduo, com o objetivo de promover e manter a saúde e o bem-estar. Segundo Ogden (2004), os comportamentos de saúde podem ser positivos ou protetores (Matarazzo, 1984). Entre outros, são considerados comportamentos saudáveis e promotores de saúde, a alimentação saudável, a prática regular de exercício físico, um padrão de sono saudável e uma gestão eficaz do stress. O sono saudável é uma variável particularmente importante em saúde. O efeito do stress nas dificuldades de

sono é fortalecido pela ruminação, estratégia de regulação emocional cognitiva, e pela presença de afeto negativo (Amaral et al., 2018), aspetos a ter em conta nos programas de promoção/ educação para a saúde.

No conceito de comportamento de saúde, também se podem incluir ações comunitárias promotoras de saúde e facilitadoras do controlo do risco.

Os comportamentos de risco envolvem ações e comportamentos que aumentam a possibilidade de doença ou acidente. Matarazzo (1984) refere que tais comportamentos são prejudiciais à saúde, tais como, consumo de tabaco, dieta rica em gorduras e açúcares e alimentos processados, consumo excessivo de álcool e vida sedentária.

A OMS refere que os maiores fatores de risco para a saúde são a pressão arterial elevada, elevados níveis de glicose no sangue, excesso de peso e obesidade, inatividade física, consumo de tabaco, consumo de álcool e sexo desprotegido e podem afetar todos os países, independentemente dos níveis socioeconómicos e de desenvolvimento. A OMS define fator de risco como um fator que aumenta a probabilidade de um resultado de saúde adverso. Salienta que os fatores de risco estão em mudança, por um lado, as populações estão a envelhecer (combatem com maior sucesso as doenças), por outro lado, os padrões de atividade física, de alimentação, de consumo de álcool e tabaco estão-se a alterar. Salienta, ainda, que a compreensão do impacto dos fatores de risco para a saúde é fundamental para o desenvolvimento de estratégias claras e efetivas para melhorar a saúde global (World Health Organization, 2014a, 2014b).

Os fatores de risco destacados pela OMS relacionam-se com os comportamentos de risco, já referidos anteriormente, e que devem ser enquadrados num determinado contexto sociocultural. Alterações no comportamento podem contribuir positivamente para diminuir o nível de risco nos indivíduos sob risco moderado, contribuindo para que o nível da sua qualidade de vida seja mais satisfatório, reduzindo a morte prematura ou incapacidade.

O reconhecimento da importância dos comportamentos promotores de saúde ganhou relevo com a definição de saúde da OMS de 1948. Em 1999, Baum e Posluszny identificam três formas de como a saúde e a doença influenciam e são influenciadas por fatores psicológicos e comportamentais: 1) Mudanças biológicas diretas que causam ou são causadas por processos comportamentais ou emocionais; 2) Comportamentos de risco para a saúde; 3) Comportamentos associados à doença ou à possibilidade de adoecer. Ao longo dos anos, a saúde e a doença passam a estar cada vez mais associadas ao comportamento humano, dado que o enfoque passa a ser a promoção e a proteção da saúde; a prevenção, o tratamento e a reabilitação da doença (Leal, 2010; Leal, Pais-Ribeiro, & Jesus, 2006; Pais-Ribeiro, 2010).

A relação entre os comportamentos e a saúde tem existido, quer ao nível da investigação, quer da intervenção nos diversos cenários onde os indivíduos se movem, tais como família, escola, trabalho, grupo de pares e comunidade, por exemplo, no estudo dos determinantes do comportamento dos indivíduos e das comunidades e na promoção da mudança comportamental (Matos, 2004).

Entende-se por determinantes de saúde o conjunto de fatores pessoais, sociais, económicos e ambientais que influenciam a saúde dos indivíduos ou das comunidades (WHO, 1998; Graça, 2015). Dahlgren e Whitehead (2007) desenvolveram um modelo de determinantes de saúde, no qual consideram, numa forma concêntrica, as condições socioeconómicas, culturais e ambientais gerais; as condições de vida e trabalho; as redes sociais e comunitárias; os estilos de vida e fatores constitucionais. A camada mais externa refere-se aos macrodeterminantes e a mais interna a determinantes individuais, constituindo-se uma cadeia de relações que se influenciam mutuamente (Graça, 2015).

Destacamos os estilos de vida individuais, reconhecendo que a responsabilidade individual das pessoas é determinante no seu potencial de saúde. A intervenção visa influenciar os estilos de vida individuais, responsabilizando as pessoas pelas suas escolhas. A educação para a saúde é um importante instrumento para informar, ajudar, apoiar e orientar na

adoção de estilos de vida mais saudáveis. O nível a que se encontram os estilos de vida está no limiar entre os fatores individuais e os determinantes sociais de saúde, sendo os comportamentos individuais fortemente condicionados por determinantes sociais. A intervenção é tanto mais abrangente, quanto se conseguir agir sobre os determinantes mais globais e tanto mais eficaz quanto for direcionada, de forma articulada e simultânea, para diferentes níveis (Graça, 2015).

A perspetiva ecológica vem defender que os comportamentos de saúde são desenvolvimentais e que é fundamental compreender e contextualizar a saúde e a doença nas diferentes faixas etárias do desenvolvimento humano. Os indivíduos desenvolvem um estilo de vida próprio, que se pode alterar ao longo da vida, e no seu dia-a-dia, refletindo as suas competências cognitivas, emocionais, físicas, sociais, profissionais e espirituais, deste modo, um modelo de intervenção deve abordar todas estas dimensões e intervir no indivíduo como um todo (Ogden, 1999; 2004; Pais-Ribeiro, 2007).

A promoção de comportamentos saudáveis deve ter em conta: 1) O reconhecimento das intervenções comunitárias, nos diferentes contextos dos indivíduos; 2) Uma visão desenvolvimental reconhecendo que, ao longo do desenvolvimento humano, vão variando as características e necessidades das populações, em termos de saúde e bem-estar; 3) O estudo dos aspetos socioculturais e o seu impacto na saúde das populações; 4) O reconhecimento da importância de vários fatores, como o bem-estar, a qualidade de vida, a participação social e a resiliência; 5) Uma perspetiva ecológica, e sistémica, na qual é evidenciada a importância da interação com grupos, tais como, a família, a escola, o trabalho e o apoio social, na saúde (Matos, 2005).

— PARTE II —

STRESSE E SAÚDE

A relação entre o stresse e as alterações no bem-estar e na saúde dos indivíduos tem sido estudada ao longo de várias décadas, numa perspetiva integradora dos fatores biológicos, ambientais e psicológicos.

O stresse é evidente em todos os domínios da vida contemporânea, desde o trabalho, à família, até aos tempos livres. Ter que se lidar continuamente com divergências nestas áreas leva a que algumas pessoas fiquem sujeitas a situações de stresse prolongado, com um impacto substancial na saúde e na qualidade de vida. Considerando que o stresse afeta todo e qualquer ser humano e acontece todos os dias, revela-se essencial a compreensão dos mecanismos subjacentes aos seus efeitos no estado de saúde dos indivíduos e o desenvolvimento de estratégias para minimizar o seu impacto.

Como referem Folkman e Greer (2000), este conhecimento poderá ser útil no desenvolvimento de políticas de saúde eficazes e programas para prevenir as doenças relacionadas com o stresse, redução dos custos dos serviços de saúde e promoção da saúde na população.

CAPÍTULO 4

STRESSE – CONCEITO E MODELOS

“Stresse” é um conceito de difícil definição, mas particularmente interessante de se estudar, integrando complexas relações na fronteira entre o normal e o patológico. Relaciona-se com a personalidade, a regulação emocional, aspetos sociais, culturais e neurobiológicos, e está envolvido na causalidade de doenças variadas. Está presente nos diferentes contextos da nossa vida: familiar, profissional, social, entre outros.

Considerando a extensão da temática e a importância de clarificar alguns aspetos essenciais, iremos abordar de forma sistematizada a evolução do

conceito de stresse e os principais modelos explicativos, onde se inclui a abordagem dos acontecimentos de vida adversos e das variáveis mediadoras da relação stresse-saúde.

Qualquer que seja a área de investigação revela-se importante conhecer a sua história, para melhor se compreenderem as atuais preocupações e direções, e com mais clareza se estabelecerem objetivos claros e pertinentes no domínio em questão.

Conceito. “Stresse” é uma palavra inglesa que significa “pressão”, “tensão” e cuja genealogia se iniciou com os termos latinos *stringere* (“esticar”, “deformar”) e *strictus* (“esticado”, “tenso”, “restrito”, “estreito”, “apertado”), tendo continuado com as palavras que exprimiam os conceitos de “estreiteza”, “aperto” e “opressão”, em francês antigo — *estrece*, e em inglês médio — *stresse*. Foi com um significado bastante relacionado com a etimologia da palavra que a Medicina do século XX a utilizou pela primeira vez (Ramos, 2001; Rosch, 1998).

Porém, foi na Física que o termo surgiu. O stresse explica a elasticidade, propriedade de um corpo que lhe permite recuperar o seu tamanho e formas originais depois de ser comprimido ou esticado por uma força exterior. Stresse é, assim, um conceito conhecido da Física desde 1658, postulado na Lei de Hook: a magnitude de uma força externa, ou stresse, produz uma quantidade proporcional de deformação, ou *strain*. Cada corpo físico possui um módulo de elasticidade característico, isto é uma relação stresse — *strain* específica, que é alta para os corpos rígidos, como o aço, e baixa para corpos flexíveis, como o estanho. A quantidade máxima de stresse a que um corpo pode resistir, antes de ficar permanentemente deformado, é o seu limite elástico. Semelhante fenómeno ocorre relativamente aos fenómenos psicológicos (Ramos, 2001).

Na Medicina, o conceito de stresse introduzido por Walter Cannon (1935) reflete a Lei de Hook, stresse define os estímulos físicos e *strain* as respostas do organismo. Cannon, no seguimento das ideias de Claude Bernard procurou

investigar os mecanismos específicos de resposta do organismo às modificações do ambiente externo, analisando em particular as respostas defensivas mediadas pelo sistema simpático-medular (Vaz Serra, 1999; Van Praag et al., 2005).

Hans Selye é considerado o pai da investigação sobre o stresse e é, certamente, o responsável pela popularidade desta temática. Selye dedicou quase 50 anos ao estudo do stresse e a ele devemos umas das mais difundidas definições de stresse - a resposta não específica do organismo a qualquer exigência de adaptação.

Através das suas investigações descobriu que os ratos quando sujeitos à ação de uma variedade de preparações glandulares tóxicas ou a estímulos físicos (que provocam frio, calor ou dor) desenvolvem a uma síndrome típica, que designou por Síndrome Geral de Adaptação (SGA) e considerou que esta era uma resposta inespecífica, uma reação de alarme do corpo a qualquer estímulo nocivo (Van Praag et al., 2005).

A SGA decorre em 3 etapas: 1) Reação de alarme: ativação do eixo simpático-medular. Ocorre um aumento da produção de adrenalina e noradrenalina e a organização das defesas biológicas para a “luta” ou “fuga”; 2) Fase de resistência: ativação do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal. Esta fase tem objetivos reparadores, ocorre a preparação para a adaptação à situação perturbadora. Os níveis de cortisol no sangue aumentam, há uma ativação do metabolismo em geral e um aumento da força muscular e 3) Fase de exaustão: surge se o indivíduo não consegue adaptar-se à situação. Desencadeia-se uma reativação vegetativa e a manutenção dos níveis elevados de cortisol, que vão tendo efeitos negativos no organismo. A resistência às infeções diminui substancialmente.

Selye excluiu os fatores psicológicos da sua investigação e ignorou, além disso, a ativação emocional que os fatores de stresse podem evocar. Por esse motivo, foi criticado por vários autores que sublinharam ser a resposta emocional à adversidade e não a própria situação, que gera os fenómenos de

stress (Vaz Serra, 1999). Ao longo das décadas, vários investigadores concluíram que muitos sistemas hormonais respondem a diversos fatores de stress em vários graus e em combinações variáveis, o que significa que a resposta de stress é muito mais específica, isto é, individualizada, do que Selye defendeu (Amaral, 2008).

Ao longo do tempo, a investigação sobre o stress mudou de um modelo de resposta ao estímulo, com orientação predominantemente fisiológica, para um modelo que reconhece a relevância das circunstâncias antecedentes que o determinam. O stress torna-se o resultado de um processo. Esta mudança de tónica inaugurou a investigação dos acontecimentos de vida (Van Praag et al., 2005). Esta nova linha de investigação foi introduzida por Holmes e Rahe (1967) e os seus estudos revelaram dois aspetos importantes. O primeiro, que há acontecimentos que têm maior probabilidade do que outros em induzirem stress nos seres humanos. O segundo, que os acontecimentos penosos influenciam o estado de saúde do indivíduo (Amaral, 2018).

Os acontecimentos desencadeadores de stress podem ser categorizados de várias formas, desde os acontecimentos traumáticos (por exemplo, catástrofes naturais, guerra, violação), até aos pequenos acontecimentos do dia-a-dia (por exemplo, o trânsito, o barulho dos vizinhos), não esquecendo os acontecimentos significativos de vida (por exemplo, morte de alguém significativo, perda de emprego, divórcio, saída dos filhos de casa). O impacto dos pequenos acontecimentos, por oposição aos mais significativos, depende muito da personalidade do indivíduo e não suscitam apoio por parte de terceiros (Vaz Serra, 1999).

Ainda na década de 60, uma nova perspetiva de investigação foi iniciada pelas pesquisas de Richard Lazarus e colaboradores — o estudo da transação que se estabelece entre o indivíduo e o meio ambiente. Estes autores, ao estudarem as emoções, concluíram que os fatores cognitivos, segundo os quais é avaliada psicologicamente dada situação, são os determinantes das respostas emocionais subsequentes. De acordo com Van Praag e colaboradores (2005), Lazarus elabora a dimensão psicológica do stress.

Stresse, para Lazarus e Folkman (1984) ocorre quando a relação entre o indivíduo e o meio é avaliada como excedendo os seus recursos e pondo em perigo o seu bem-estar.

O stresse ocorre quando as exigências percebidas pelo indivíduo são desmedidas ou parecem exceder as suas capacidades de adaptação. Assim, o stresse não se resume apenas a um estímulo seguido de uma resposta, mas é o resultado de uma variedade de processos psicológicos intermediários, que Lazarus designou por “avaliação”.

Na sequência dos estudos de Lazarus, por meados dos anos 70, tornou-se necessário distinguir entre os “acontecimentos de vida” e os “fatores de vulnerabilidade” que modificam a resposta de uma pessoa perante os mesmos. A vulnerabilidade representa o risco aumentado em se reagir, de uma forma negativa, perante um dado acontecimento de vida, o que pressupõe a presença de uma interação entre o acontecimento de vida e o fator de vulnerabilidade.

Modelos. De seguida abordaremos os principais modelos de stresse. O primeiro, o modelo transacional de Lazarus. Como já referimos, a definição de stresse de Lazarus e seus colaboradores baseia-se na transação que se estabelece entre o indivíduo e o meio. Uma particular relação “indivíduo/meio” poderá ser, ou não, geradora de stresse, dependendo da avaliação cognitiva realizada pelo indivíduo. As nossas avaliações determinam a natureza e magnitude das nossas reações psicológicas e, simultaneamente, a ativação fisiológica produzida (Lazarus & Folkman, 1984).

Lazarus e Folkman (1984) salientaram que, na avaliação cognitiva de dada situação, o indivíduo faz uma reavaliação contínua sobre as exigências e as limitações das transações decorrentes com o ambiente e os recursos de que dispõe, bem como, sobre as opções para lidar com a circunstância. De acordo com estes autores é em função destes processos de avaliação (exigências, limitações, recursos e opções) que surgem as reações da pessoa perante as circunstâncias, os vários tipos de emoções que experimenta e os resultados

da adaptação conseguida. Ou seja, não há nenhuma situação, que em valor absoluto, possa ser reconhecida como indutora de stresse e o fator decisivo que leva o indivíduo a sentir-se, ou não, em stresse está dependente da avaliação que faz da circunstância.

Mesmo que haja um número de acontecimentos em que a avaliação é indubitavelmente universal como indutora de stresse (por exemplo, a morte de um ente querido), as diferenças individuais podem determinar o grau de stresse com que a situação é percebida e experimentada. Noutros casos, os acontecimentos que são percebidos como indutores de stresse por alguns indivíduos podem ser percebidos como não indutores de stresse, ou como minimamente indutores de stresse, por outros indivíduos (Ingram & Luxton, 2005).

Lazarus e colaboradores referem três tipos de avaliação, a avaliação primária, a avaliação secundária e a reavaliação. Na avaliação primária o indivíduo procura conhecer o significado do encontro com dada situação e o significado que a mesma tem para o seu bem-estar. Pode avaliar a situação de várias formas: 1) Como benigna ou irrelevante (não desencadeando nenhuma resposta adaptativa); 2) Como constituindo um dano, uma ameaça ou um desafio (exigindo um esforço adaptativo).

Na avaliação secundária o indivíduo procura encontrar uma resposta para resolver o seu problema, faz julgamentos respeitantes aos recursos (pessoais e sociais) que possui, às opções que pode ter e às limitações de cada uma. Este tipo de avaliação relaciona-se estreitamente com as “expectativas de autoeficácia” (crença que o indivíduo desenvolve de ser, ou não, capaz de realizar o comportamento necessário para um resultado desejado) do indivíduo e com a “perceção de controlo” (ocorre quando os recursos percebidos são superiores às exigências da situação) que este tem sobre um dado acontecimento.

A reavaliação é o balanço que o indivíduo estabelece entre as exigências criadas pela situação (avaliação primária) e os seus recursos e capacidade de

resposta (avaliação secundária). O processo de reavaliação é muito importante, pois dele depende o indivíduo vir ou não a sentir-se em stresse, bem como as estratégias que vai adotar como resposta. Estas têm uma relação íntima com as emoções que são evocadas pelo indivíduo no decurso da reavaliação.

Em síntese, se a pessoa avalia que a situação é prejudicial para si e que não dispõe de meios para lidar com ela, fica em stresse, produzindo respostas neurofisiológicas, autónomas e endócrinas, e sentindo emoções negativas fortes. A avaliação da situação e dos recursos para lidar com a mesma depende, entre outros fatores, da personalidade do indivíduo (Connor-Smith & Flachsbart, 2007).

Lazarus e seus colaboradores, com os inúmeros trabalhos que desenvolveram, ao longo de décadas, deram um importante contributo para a compreensão da variabilidade individual, no que diz respeito aos efeitos da adversidade ambiental. Lazarus (1999) refere que é o significado construído pela pessoa sobre o que está a acontecer, o fator crucial que pode levar à ativação das respostas de stresse e o denominador comum que explica: 1) Porque dado estímulo se torna indutor de stresse; 2) O que torna as pessoas vulneráveis perante certos estímulos; 3) Porque é que a mesma situação desencadeia emoções diversas em diferentes pessoas.

No entanto, para além da avaliação cognitiva e das estratégias de *coping* constituírem importantes variáveis mediadoras na relação stresse—saúde, outros fatores têm sido alvo de numerosos estudos e assumido um papel central na relação supracitada. O estudo da personalidade, ou mais concretamente, de alguns dos seus traços, como o perfeccionismo (Amaral et al., 2021; Macedo et al., 2015, 2017), enquanto dimensão importante na relação com o stresse, é um exemplo. Pereira e colaboradores (2022) referem que o perfeccionismo influencia as respostas cognitivas e emocionais desenvolvidas no âmbito da pandemia COVID19 e que deverá ser uma variável a considerar na prevenção das consequências psicológicas das situações pandémicas. A investigação realizada no âmbito da importância do apoio social é outro

exemplo (Harandi, Taghinasab, & Nayeri, 2017). Assim, todos estes conceitos se entrelaçam numa rede complexa de interações.

O segundo modelo é o modelo diátese—stresse. Este modelo surge no contexto do modelo biopsicossocial e ganhou algum consenso na comunidade científica nas últimas três décadas do século XX, integrando aspetos de vários paradigmas (Read et al., 2001). Procura explicar a relação entre as circunstâncias adversas de vida e as vulnerabilidades individuais, no desencadear da doença.

É referido por vários autores como o modelo dominante na compreensão da etiologia da psicopatologia (De Beurs et al., 2005; Zuckerman, 1999). Considera-se que o modelo diátese—stresse teve a sua origem com Meehl, em 1962. Este autor destaca o papel do stresse na causa e patogénese da esquizofrenia e propõe os conceitos de diátese e de stresse juntos (Ingram & Luxton, 2005). Apesar de inicialmente formulado para descrever os fatores de risco da esquizofrenia, o modelo tem sido aplicado com sucesso ao estudo dos fatores etiológicos na depressão e na ansiedade (Goldberg & Huxley, 1992; Colodro-Conde et al., 2018). Basicamente, o modelo refere que o aparecimento de sintomas psicopatológicos é o resultado da interação entre fatores de vulnerabilidade e fatores ambientais a que o indivíduo é exposto, usualmente, um ou mais acontecimentos altamente indutores de stresse. Em rigor, deveríamos designar por “modelos” e não “modelo”, dada a diversidade de perspetivas na abordagem da relação diátese—stresse.

Desde as primeiras conceções do modelo diátese—stresse até à atualidade, diferentes perspetivas têm surgido relativamente à natureza do conceito de diátese, assim como à forma como esta se relaciona com o stresse.

As diáteses, inicialmente, consideradas como dicotómicas (se a diátese estiver ausente, não se verifica o efeito do stresse; mesmo que ocorra stresse severo, este não conduzirá ao desenvolvimento da perturbação), descontínuas e categoriais (os indivíduos ou tinham uma determinada diátese, ou não) tornaram-se, progressivamente, contínuas, depois de um determinado ponto limiar ser

alcançado. A sua natureza deixou de ser única para ser múltipla (vários fatores de vulnerabilidade e não apenas um só) e apesar de serem consideradas estáveis, não são necessariamente imutáveis.

Do mesmo modo, a relação diátese—stresse, descrita em vários modelos de psicopatologia, foi assumindo contornos diferentes: modelos “aditivos” (diátese e stresse adicionam-se para produzir a perturbação), modelos “ipsativos” (a relação entre os fatores de vulnerabilidade e de stresse é inversa), modelos “mega” (para o aparecimento de psicopatologia é necessário que a vulnerabilidade seja muito elevada e o stresse significativo) e, por fim, a “teoria *kindling*” (a diátese pode ser alterada). A análise das interações entre a diátese e o stresse tornou-se consideravelmente complexa.

Os conceitos stresse e diátese têm sido estudados enquanto entidades autónomas, apesar das relações que estabelecem entre si, e pouco se tem dito sobre a influência da diátese no stresse e do stresse na diátese. Alguns estudos têm sugerido que estes construtos podem não ser tão independentes como parecem.

A diátese poderá influenciar a ocorrência de determinadas circunstâncias indutoras de stresse, aumentando a probabilidade de ocorrência de uma perturbação. Por exemplo, considerando um indivíduo jovem nos primeiros estágios do início da esquizofrenia, o comportamento anormal ou socialmente retraído que resulta da diátese, pode criar uma tensão na vida interpessoal do indivíduo, em casa e na escola. O stresse interpessoal adicional, que é influenciado diretamente pela diátese, pode exacerbar o stresse e, subsequentemente aumentar a probabilidade do início da esquizofrenia verdadeiramente dita (Ingram & Luxton, 2005).

Esta ideia é similar às propostas a respeito da “geração” de stresse (o indivíduo gera, em parte, o seu stresse). A diátese pode influenciar a maneira como uma pessoa lida com a vida e desta forma influencia a natureza e o número de acontecimentos de vida adversos a que é exposta (Ingram & Luxton, 2005; Phillips, Carroll, & Der, 2015).

Por outro lado, vários estudos têm contribuído para a perspectiva de que o stress pode afetar o desenvolvimento da diátese. Por exemplo, na teoria e na pesquisa da depressão, a hipótese da “cicatriz” (Rohde et al., 1990) sugere que o primeiro episódio de depressão pode deixar “cicatrices” cognitivas nos padrões de pensamento negativo, que antes não estavam presentes, que constituem vulnerabilidades para episódios adicionais de depressão. Neste caso a diátese foi induzida pelo stress. Ainda a referir que a adversidade precoce pode também influenciar a forma como o indivíduo lida com os acontecimentos indutores de stress mais recentes e, assim, aumentar a suscetibilidade futura à perturbação (Schiller, Hammen, & Shahar, 2016).

Por último, o modelo adaptativo do stress considera os aspetos funcionais do stress, aspetos que têm sido, frequentemente, negligenciados.

O stress, frequentemente associado aos acontecimentos negativos que o desencadeiam e às suas consequências negativas, nem sempre compromete a saúde ou o bem-estar. Pode circunscrever-se a comportamentos adaptativos limitados no tempo, que podem proporcionar ao indivíduo melhores condições para sobreviver. Assim, uma correta resposta do sistema de stress aos fatores indutores de stress pode traduzir-se numa sensação de bem-estar, desempenho adequado das tarefas e interações sociais positivas.

Como referem Korte e colaboradores (2005), o stress constitui de certa forma um paradoxo, ligando, em simultâneo, a sua natureza adaptativa e as suas possíveis consequências mal adaptativas. Associado à dimensão positiva do stress está o conceito de *eustresse* – stress “bom” que dinamiza e motiva o indivíduo. Quando o indivíduo é incapaz de lidar com as exigências da situação surge o stress não adaptativo ou *distresse* que origina consequências negativas em termos de bem-estar e saúde.

Uma versão da metáfora de Marius Tausk da água usada pelo bombeiro pode esclarecer este paradoxo. O bombeiro utiliza a água para extinguir certos fogos ou para os prevenir, no entanto, se muita água for usada, poderá causar mais estragos do que as chamas. Um outro risco é que o aumento da água

usada pode diminuir a pressão, tornando ineficiente o combate ao fogo (Korte et al., 2005). Da mesma forma, as respostas de stresse são, idealmente, benéficas, mas podem trazer custos para o organismo, quando são demasiado frequentes ou geridas ineficazmente.

Associado à natureza adaptativa do stresse, foi desenvolvido o conceito de *alostase*. De acordo com Korte e colaboradores (2005) este conceito introduz uma nova terminologia que evita a ambiguidade do termo “stresse”. A *alostase* é definida como o processo adaptativo que ativamente mantém a estabilidade através da mudança. O cérebro joga um papel central na *alostase*. Através do controlo simultâneo de vários mecanismos, o cérebro pode fazer cumprir os seus comandos e incorporar fatores influenciadores, tais como, a experiência, a memória, a antecipação, a reavaliação de necessidades, antecipando as exigências fisiológicas. A *alostase* é importante durante acontecimentos imprevisíveis, por exemplo, conflitos entre hierarquias sociais, competição por recursos, tempestades e desastres naturais e durante acontecimentos previsíveis, por exemplo, alterações sazonais que desencadeiam migração e hibernação.

A ideia central da *alostase* é que os custos para o organismo surgem se os mediadores da *alostase* (hormonas adrenais, neurotransmissores e citocinas) são libertados com muita frequência ou se são geridos inadequadamente. Esse custo é denominado por “carga alostática” e pode ser descrita como o desgaste e rutura cumulativos. Ou seja, as respostas ao stresse severo que promovem a sobrevivência, num contexto de ameaça à vida, podem ser adaptativas num curto espaço de tempo, porém, se a recuperação do acontecimento agudo não é acompanhada por uma resposta adequada que termine a resposta adaptativa aguda dos mediadores de stresse, ocorrem efeitos prejudiciais na função psicológica e fisiológica e a carga alostática ocorre. Os conceitos de *alostase* e de carga alostática permitem relacionar os valores de proteção e sobrevivência da resposta aguda ao stresse, com as consequências adversas que resultam se a resposta aguda persistir (Charney, 2004; Lovallo, 2015).

Alguns autores salientam a importância das experiências sociais positivas na diminuição da carga alostática em várias idades, na população adulta (Seeman, Singer, Ryff, Dienberg & Levy-Storms, 2002). No entanto, a influência positiva das relações de apoio tem sido bem documentada ao longo de todos os grupos etários, incluindo as crianças (Charney, 2004).

Recentemente, Saxbe e colaboradores (2020) destacam a importância do modelo de alostase social. Referem que a carga alostática também se pode desenvolver dentro dos grupos sociais e permitir a compreensão de como surge a disfunção nas relações interpessoais. Consideram que os grupos sociais têm uma importante função reguladora e a carga alostática social surge quando os grupos ficam presos em padrões estáticos de interação, o que vai influenciar a capacidade de ajustamento do grupo. Os autores referem que a disfunção de um grupo pode refletir a falha em manter uma linha de base regulatória e ocorrer em contexto de stresse, angústia e conflito nos relacionamentos grupais. Do mesmo modo que a carga alostática pode ser prejudicial à saúde individual, a carga alostática social pode deteriorar a qualidade dos relacionamentos.

CAPÍTULO 5

STRESSE, SAÚDE E DOENÇA

Quando ocorre uma situação de stresse surge um processo de ativação que envolve todo o organismo. O stresse induz emoções, altera o comportamento observável e interfere com mecanismos biológicos e cognitivos. Estas mudanças são tanto mais acentuadas, quanto mais intenso e prolongado o stresse for, ocorrem de forma concomitante e influenciam-se mutuamente.

Ao longo deste tópico iremos analisar as repercussões do stresse no indivíduo a nível biológico, cognitivo, emocional e comportamental, e doenças relacionadas.

Componente biológica. A resposta biológica do stresse reflete uma resposta do organismo de natureza catabólica, que envolve diferentes componentes: várias estruturas dos sistemas nervoso central e vegetativo, as glândulas endócrinas, os processos metabólicos, em geral, e o sistema imunitário. Estes sistemas, de acordo com McEwen (1998), estão envolvidos nas estratégias de lidar com o stresse e na adaptação do indivíduo e, regra geral, são úteis quando podem rapidamente ser mobilizados e, posteriormente, estabilizados de novo, quando já não são necessários. Quando não cumprem estes dois pressupostos podem trazer problemas para a saúde, isto é, quando não respondem na altura em que são precisos ou quando permanecem ativos demasiado tempo.

Passamos a descrever algumas componentes da resposta biológica ao stresse, de acordo com Vaz Serra (1999), Lovallo (2015) e Greenberg (2016). A resposta biológica é uma resposta imediata e tem dois componentes: 1) Componente somático: que envolve os músculos do sistema esquelético e 2) Componente vegetativo: que prepara os principais órgãos para responder. A preparação desta resposta é possível através do Sistema Nervoso Vegetativo (SNV), coadjuvado por 2 eixos: 1) Simpático-medular; 2) Hipotálamo-hipófiso-suprarrenal. As consequências da ativação vegetativa e endócrina serão tanto mais graves, quanto mais intenso e prolongado for o stresse e quanto mais frágil e vulnerável estiver o organismo do indivíduo.

O SNV (simpático e parassimpático) tem um papel relevante na regulação das funções vitais (cardiovascular, respiratória, digestiva, excretória, temperatura corporal, metabolismo em geral, sudoração, sistema imunitário e endócrino). Perante a perceção de uma situação de stresse, ocorre uma imediata ativação do Sistema Nervoso Simpático, mediada pelo eixo simpático-medular, que leva a um aumento de adrenalina e noradrenalina e a um aumento da atividade física e mental, preparando o indivíduo para fugir ou lutar. A ativação do eixo simpático-medular vai também, provocar modificações metabólicas e hormonais, com repercussões no sistema imunitário.

Associado à ativação do eixo hipotálamo-hipófiso-suprarrenal ocorre um aumento de cortisol. Se o organismo não mobilizar rapidamente uma resposta adequada ao stressor, o sistema imunitário fica fragilizado e a probabilidade de ocorrerem problemas de saúde aumenta.

Acresce referir que os neurotransmissores têm um papel importante na resposta biológica e estão envolvidos a três níveis diferentes: 1) Percepção; 2) Resposta imediata e 3) Manifestações prolongadas. Destacamos a noradrenalina (situações de stress prolongado levam a uma depleção de noradrenalina cerebral, com repercussões no humor, motivação e energia, podendo ser facilitadores de estados depressivos) e a serotonina (durante o stress ocorre um aumento de serotonina, que pode estar associado à presença de ansiedade e relacionar-se com a depressão).

De um modo geral, o stress pode fragilizar o sistema imunitário e diminuir as defesas biológicas do indivíduo, tornando-o mais vulnerável a agentes infecciosos (aspeto que permitirá compreender a relação do stress com o aparecimento de algumas doenças).

A ineficácia do controlo do stress ou das reações de defesa é, presumivelmente, um mecanismo patogénico importante em variadas situações clínicas. De acordo com Vaz Serra (1999), as consequências mais nefastas, no ser humano, são observadas a nível do aparelho cardiovascular, gastrointestinal, sistema imunitário e desenvolvimento de transtornos psiquiátricos.

Componente cognitiva. Perante uma situação indutora de stress a atividade intelectual desorganiza-se e diversas funções intelectuais ficam alteradas: 1) Percepção: interpretações incorretas, o indivíduo deixa de compreender com clareza as relações causa-efeito e tem dificuldade no processo decisório; 2) Diminuição da tolerância à frustração e aumento da irritabilidade e ansiedade; 3) Pensamentos catastrofizantes: devido à ansiedade o indivíduo pensa constantemente nas consequências trágicas que antevê irem-lhe acontecer. Estes pensamentos perpetuam o stress; 4) Perturbações na atenção: levam a uma maior dificuldade em detetar erros em tarefas que exigem atenção,

facto que pode ter repercussões no rendimento e na eficácia do trabalho e 5) Perturbações na memória: dificuldade em reter factos recentes e em interpretar acontecimentos, quando é necessário relembrar informação armazenada (Vaz Serra, 1999).

O próprio estado de uma pessoa se “sentir em stress” leva a que o indivíduo modifique a forma como responde a certos sinais que considera como indicadores potenciais de uma enfermidade (Vaz Serra, 1999). Ter sintomas que supostamente têm alguma gravidade contribui para uma atenção excessiva nos mesmos, contribuindo para que se mantenham. Ou seja, níveis elevados de stress alteram as atribuições feitas aos sintomas e alteram o modo como se lida com eles.

Componente emocional. As emoções têm uma grande importância no desenvolvimento de uma personalidade saudável, da competência social e do eventual aparecimento de psicopatologia. As emoções são importantes em diferentes perspetivas. Do ponto de vista biológico, induzem várias modificações corporais: alteram o traçado eletroencefalográfico, a tensão muscular, ativam o SNV e certas secreções hormonais (adrenalina, noradrenalina, insulina, corticosteroides, tiroxina). Em termos cognitivos, modificam a perceção, o pensamento, a memória, a atenção, a capacidade de concentração, a consciência crítica, as fantasias. Numa dimensão psicossocial, podem influenciar aspetos muito variados, desde a personalidade, as relações sociais, o empenhamento académico, a ascensão profissional, até à própria maneira de viver (Vaz Serra, 1999; Lovallo, 2015).

Componente comportamental. As alterações cognitivas, quando muito marcadas e associadas a estados emocionais alterados, perturbam o comportamento observável. Os efeitos do stress no comportamento variam em função do *stressor* e do *coping* e quanto mais intenso e prolongado o stress, maiores as alterações de comportamento que induz. Podemos considerar que o stress desorganiza o desempenho do indivíduo e tem repercussões no comportamento em geral. O indivíduo quando em stress, tem dificuldade em tomar decisões, pode tornar-se agressivo, teimoso e hostil

ou passivo, deixando-se arrastar pelos acontecimentos, sem tentar resolver as suas dificuldades, isolando-se.

Existem vários comportamentos que podem ser utilizados para esbater as emoções desagradáveis que surgem no stresse e podem ser fontes secundárias de stresse, tais como: consumo excessivo de tabaco, café, bebidas alcoólicas ou comida e recurso a drogas ilícitas. Estes comportamentos podem contribuir para o aparecimento ou agravamento de determinadas doenças (Vaz Serra, 1999).

A nível social, pode surgir mal-estar na interação com os outros (família, trabalho, ambiente social). Por exemplo: 1) Dificuldades de comunicação na família, podendo ocorrer divórcio; 2) Absentismo no trabalho; 3) Acidentes de viação ou em máquinas de trabalho (Vaz Serra, 1999).

As relações existentes entre stresse e doença são bidirecionais. A primeira estabelece-se entre a ocorrência de determinado acontecimento (por exemplo, doença grave e/ou crónica) e o desencadear de uma situação de stresse (o stresse causado pela doença). A segunda, entre o estado de stresse e o aparecimento de mal-estar ou doença (o papel do stresse na patogénese da doença física e mental). De acordo com Harrison e Cooper (2011), estas relações são mediadas por um conjunto de processos psicológicos, fisiológicos e endócrinos.

Como já referimos, quando ocorre uma situação de stresse surge um processo de ativação que envolve todo o organismo. O stresse induz emoções negativas (por exemplo, medo, vergonha, tristeza, culpa, que podem originar um estado de tensão psíquica vivida como perturbante e não produtiva), altera o comportamento observável (por exemplo, maior impulsividade, irritabilidade ou desinteresse e resignação, para além de comportamentos de risco) e interfere com mecanismos biológicos (por exemplo, alterações nos neurotransmissores, maior fragilidade do sistema imunitário) e cognitivos (por exemplo, pensamentos catastrofistas, diminuição da tolerância à frustração, perturbações na atenção e na memória) (Amaral, 2008). Em síntese, as

respostas emocionais, cognitivas, comportamentais e biológicas desencadeadas pelas situações indutoras de stresse, permitem-nos compreender as relações entre stresse e a doença.

O stresse, para além dos seus correlatos fisiológicos, emocionais, cognitivos e comportamentais, desorganiza a vida profissional e familiar, constituindo um risco acrescido para a saúde mental. Destacamos a sua importância na depressão, na perturbação de pânico e na perturbação de stresse pós-traumático. Abordaremos também o seu papel nas doenças cardiovasculares, do aparelho respiratório, digestivo e urinário, doenças endócrinas e cancro.

Depressão. A depressão é, sem dúvida, um dos quadros clínicos mais estudados no âmbito das suas relações com o stresse. De igual forma, constitui um dos diagnósticos mais comuns em termos de doença mental, revelando-se também, uma importante variável mediadora na relação stresse — doença física. Os acontecimentos de vida indutores de stresse parecem ter um papel significativo em todas as formas de depressão, revelando-se mais relevantes no primeiro episódio (Mazure & Maciejewski, 2003; Van Praag et al., 2005). O controlo sentido pelo indivíduo relativamente aos acontecimentos, tem sido considerado um importante fator na determinação dos resultados em termos de saúde (Mazure et al., 2000).

Alguns fatores interatuam com os acontecimentos de vida intensificando ou amortecendo os efeitos do stresse, por exemplo, a personalidade, o suporte social, a existência de traumas precoces. Em síntese, os indivíduos com depressão têm um número mais elevado de acontecimentos graves que escapam ao seu controlo e interatuam com as suas vulnerabilidades individuais, uma rede de apoio social mais fraca e uma maior incidência de traumas precoces, o que aumenta a suscetibilidade à depressão (Amaral, 2008).

Investigação recente tem demonstrado a dupla relação entre stresse e depressão, por um lado os acontecimentos indutores de stresse desencadeiam a depressão e suplementarmente os sintomas depressivos

podem aumentar a exposição a acontecimentos indutores de stresse (Howe et al., 2016). Esta perspetiva vai ao encontro dos modelos diátese-stresse mais complexos, nos quais os constructos “diátese” e “stresse” são mais interdependentes do que se pensava inicialmente: a diátese pode influenciar a ocorrência de determinados acontecimentos indutores de stresse e o stresse pode gerar a diátese.

Perturbação de pânico. Ao longo das últimas décadas, diversos trabalhos têm demonstrado existir uma relação entre circunstâncias indutoras de stresse, habitualmente graves e recentes, e o aparecimento de uma perturbação de pânico. A literatura tem revelado que há semelhança entre os precipitantes da depressão e da perturbação de pânico, apontando, em ambos os casos, para a relevância das situações de perda. Estas duas perturbações parecem estar relacionadas, uma vez que os indivíduos com perturbação de pânico que passaram por acontecimentos precedentes de perda ou separação têm maior probabilidade de virem a desenvolver, posteriormente, um episódio de depressão *major* (Faravelli et al., 1997; Wichmann et al., 2017).

Em termos neurobiológicos, o eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal é um dos principais mediadores endócrinos na resposta ao stresse. A atividade deste eixo tem sido investigada na patofisiologia dos ataques de pânico, sendo sugerida uma menor responsividade ao stresse (níveis de cortisol mais baixos) na perturbação de pânico (Petrowski et al., 2010). Os resultados de um estudo de Wichmann e colaboradores (2017) sugerem que os doentes com perturbação de pânico, comparativamente com o grupo de controlo saudável, apresentam níveis de cortisol mais baixos. Concluem também, que os doentes com perturbação de pânico, que não respondem à psicoterapia, são os que apresentam concentrações de cortisol mais baixas.

Há autores que referem a existência de uma estreita relação entre a perturbação de pânico e a perturbação de stresse pós-traumático. As experiências traumáticas do passado podem determinar um estado crónico de ativação que coloque o indivíduo em risco de desenvolver, posteriormente, uma perturbação de pânico (Vaz Serra, 1999).

Perturbação de stresse pós-traumático. A ocorrência da perturbação de stresse pós-traumático (PSPT) apresenta uma relação direta com a vivência de um acontecimento traumático, normalmente para além das ocorrências comuns. São exemplos, as situações de guerra, as catástrofes naturais, o abuso físico e/ou sexual, entre outros. As alterações neurofisiológicas adquiridas, em consequência do trauma infantil constituem um fator de vulnerabilidade adicional à psicopatologia relacionada com o stresse (Read et al., 2001).

Kessler e colaboradores (2014) referem seis classes de preditores significativos: a severidade do trauma (por exemplo, na violação o risco de PSPT é mais elevado), características sociodemográficas (por exemplo, ser do sexo feminino), o efeito cumulativo do trauma (ter sido exposto a trauma durante a infância), a existência de doença mental prévia (principalmente perturbações depressivas e de ansiedade), uma elevada reatividade ao stresse e fatores sociais que ocorrem nos dias ou semanas após o trauma (por exemplo, fraco apoio social e elevado stresse diário).

Doenças cardiovasculares. As doenças cardiovasculares são, sem dúvida, um capítulo importante quando se aborda o impacto do stresse na doença física. A exposição a diferentes tipos de circunstâncias indutoras de stresse tem demonstrado que a reatividade do coração às modificações do meio ambiente é muito rápida, com um tempo de latência muito curto, induzindo alterações na frequência cardíaca (determinadas pelo sistema nervoso vegetativo) e na tensão arterial (a reatividade é menor, com um tempo de latência mais longo) (Vaz Serra, 1999). São variados os efeitos do stresse intenso e prolongado nas doenças cardiovasculares. O stresse determina um aumento da tensão arterial, da agregação plaquetária (facilitadora da coagulação sanguínea), que pode propiciar fenómenos de bloqueio arteriolar, de glucocorticoides e de lípidos séricos, da glicemia, dos ácidos gordos livres, das lipoproteínas, dos triglicerídeos e do colesterol e, determina ainda, uma hiperatividade simpática que poderá ter influência no miocárdio (por exemplo, aumenta o consumo de oxigénio por parte do miocárdio, assim como, origina um aumento da

condutibilidade do feixe de His) e na formação de aterosclerose (Vaz Serra, 1999; Steptoe & Kivimäki, 2013).

Das doenças que provocam disfunção cardíaca, a mais comum é a doença cardíaca coronária. Numerosos estudos têm sugerido a importância dos fatores psicossociais. Atualmente, o stresse é considerado um fator de risco da doença cardíaca coronária, para além dos fatores biológicos (Cooper & Marshall, 2013). Acresce referir que estilos de *coping* relacionados com evitamento, negação e inibição das emoções estão associados a uma elevação da pressão arterial e a personalidade tipo D está associada a um pior prognóstico da doença coronária (Morys et al., 2015).

Critchley e colaboradores (2005) referiram que os doentes com condições neurológicas, psiquiátricas ou cardiovasculares específicas têm um risco aumentado de arritmia cardíaca e de morte súbita. Os mecanismos que estão subjacentes ainda não são bem conhecidos. Porém, em muitos casos, o stresse pode precipitar a arritmia cardíaca e a morte súbita em doentes vulneráveis, presumivelmente, através das respostas do sistema nervoso autónomo.

Para além das repercussões do stresse na doença cardíaca, a doença cardíaca também pode ser geradora de stresse. De acordo com Krzych e colaboradores (2016), o diagnóstico de insuficiência cardíaca constitui uma situação de considerável stresse físico e psicológico que desencadeia um conjunto de reações de adaptação comportamentais, cognitivas e emocionais. Em doentes com doença crónica, as estratégias de *coping* orientadas para as emoções estão relacionadas com uma elevada prevalência de depressão e baixa capacidade para superar as mudanças associadas à insuficiência cardíaca, reduzindo também a *compliance* terapêutica. As estratégias de *coping* evitantes estão associadas a elevados níveis de emoções negativas (raiva, ansiedade e depressão). Em consequência, as estratégias de *coping* referidas estão associadas a fracos resultados do tratamento da insuficiência cardíaca (Krzych et al., 2016).

Grady e colaboradores (2016) ao estudarem as diferenças de gênero relativamente aos níveis de stresse e estratégias de *coping*, em doentes após transplante cardíaco, concluíram que as mulheres não referem mais sintomas de stresse, mas maiores dificuldades em aderir ao regime de transplante, no entanto apresentam maior adesão que os homens. As mulheres utilizam mais estratégias de *coping* negativas, mas revelam maior satisfação com o apoio social.

Doenças do aparelho respiratório. Desde há muito que os fatores psicológicos têm sido identificados como de capital importância no desencadear das crises de asma, para além dos fatores relativos a alergias e infeções. Estudos com asmáticos têm evidenciado a presença de anomalias na reatividade do sistema nervoso vegetativo que propicia uma tendência para estes indivíduos reagirem excessivamente a situações de stresse (Vaz Serra, 1999).

Alguns autores procuraram estudar a influência dos fatores psicossociais em doenças menos graves, nomeadamente em infeções agudas, examinando a incidência da comum constipação ou infeção do trato respiratório superior. Os resultados sugerem relações entre elevados níveis de stresse e uma maior suscetibilidade a ficar constipado, quer nos adultos, quer nas crianças (Cohen et al., 2002). Estes resultados implicam, também, vários mediadores psicossociais, tais como as respostas de *coping*, o apoio social e os comportamentos de saúde.

Doenças do aparelho digestivo. A importância do stresse crónico no aparecimento das úlceras tem sido relatada por vários autores, apesar do papel da bactéria *Helicobacter pylori* na reativação da infeção gástrica crónica. Vários estudos têm comprovado que o ser humano aumenta as suas secreções digestivas, em função dos seus estados emocionais. Os dados sugerem que as pessoas quando estão perante situações em que antecipam resultados negativos, face aos quais nada podem fazer, têm maior propensão para desenvolver úlceras (Vaz Serra, 1999).

De acordo com Jordan (2010), o stresse parece ter um papel importante no curso (ocorrência das recaídas e remissões) da doença de Crohn e da colite ulcerosa. Considerando o impacto que tem na motilidade e secreção de muco, o stresse pode exacerbar os sintomas. Por outro lado, estas doenças crónicas constituem situações indutoras de stresse, normalmente associadas a sintomatologia ansiosa e depressiva. Nestas circunstâncias gera-se um ciclo vicioso, dado que a perceção da doença induz um aumento de stresse e de sintomatologia e o aumento de sintomas origina mais stresse. Os sintomas da doença inflamatória e o stresse mantêm-se mutuamente.

Doenças aparelho urinário. Como já referimos, a eficácia da adaptação depende das estratégias de *coping* utilizadas para lidar com o stresse associado à doença. Na última década têm surgido alguns estudos que têm procurado estudar a influência das estratégias de *coping* no bem-estar dos doentes, sendo consensual que a melhor estratégia de *coping* para lidar com o stresse associado à doença é o *coping* focado no problema (Adamczuk et al., 2015). Esta estratégia relaciona-se positivamente com as dimensões “Autonomia” e “Autorrealização” da qualidade de vida, enquanto o *coping* orientado para as emoções se associa a baixos níveis de bem-estar pessoal e social, baixa autorrealização, mas um maior sentido de controlo interno. O *coping* de evitamento não apresentou relações significativas com as dimensões da qualidade de vida (Adamczuk et al., 2015).

No que diz respeito à doença renal crónica, esta constitui um evento indutor de stresse, em particular quando o doente realiza hemodiálise (Parvan et al., 2015). Gemmell e colaboradores (2016) num estudo com doentes renais crónicos, concluíram que: 1) A raça influencia o uso do *coping* associado à religião; 2) A relação das estratégias de *coping* e qualidade de vida apenas se verifica nas mulheres e 3) As estratégias de *coping* mais utilizadas (homens e mulheres) foram a aceitação, *coping* ativo, suporte emocional e planeamento, ou seja, estratégias adaptativas. Referem, também, que a perceção de stresse e as estratégias de *coping* são preditores do funcionamento físico, das

limitações devidas a problemas físicos e emocionais, energia, bem-estar e funcionamento social.

Doenças endócrinas. A diabetes *mellitus* apresenta, também, estreitas relações com o stresse. Considerando que as catecolaminas e os corticosteroides provocam um aumento da glicemia, é natural que o stresse tenha repercussões na diabetes. O stresse pode iniciar uma diabetes latente nos indivíduos predispostos e agravar o estado de saúde do diabético. De acordo com Vaz Serra (1999), a glicemia sobe proporcionalmente aos pequenos acontecimentos de vida negativos, mesmo quando a dieta, o exercício e a administração de insulina estão controladas.

Lloyd e colaboradores (2005) salientam que os efeitos do stresse na diabetes se exercem, não só, através de mecanismos fisiológicos, como também, através do comportamento. Por exemplo, emoções negativas podem alterar o comportamento alimentar, induzir ao consumo de álcool, entre outro tipo de alterações. Os autores referem, também, que a ocorrência de determinados acontecimentos de vida negativos está associada a alterações na glicemia.

Doença oncológica. As relações entre o stresse e o cancro tem sido uma área de investigação crescente, porém, os resultados não têm sido conclusivos. Alguns estudos têm referido como fator relevante a perda de uma relação afetiva, antes de surgirem os primeiros sintomas da neoplasia, outros salientam algumas características, tais como, a dificuldade em sentir ou exprimir emoções, o perfeccionismo e a rigidez. A doença tem um curso mais desfavorável nos indivíduos que têm atitudes pessimistas em relação à vida e que desistem facilmente face a problemas (Vaz Serra, 1999).

Um estudo de Turner-Cobb e colaboradores (2000) com mulheres com cancro da mama demonstrou a influência do apoio social nos níveis de cortisol. Stephoton e colaboradores (2000) salientaram o papel preditivo dos níveis de cortisol relativamente ao tempo de sobrevida, nos sete anos subsequentes ao diagnóstico de cancro.

O diagnóstico e tratamento de cancro representam situações indutoras de elevado stress e as estratégias de *coping* desadequadas influenciam a adesão terapêutica (Elsheshtawy et al., 2014). Nos últimos anos tem havido um interesse crescente sobre o estudo de como a perceção de stress e as estratégias de *coping* podem estar associadas à adaptação da criança com cancro. Os resultados do estudo de Miller e colaboradores (2009) sugerem que quer o *coping* de controlo primário (por exemplo, resolução de problemas, modulação emocional, expressão emocional), quer o secundário, quando envolve esforços de adaptação ao fator de stress ou à sua resposta emocional (por exemplo, reestruturação cognitiva, aceitação, distração) estão negativamente correlacionados com a ansiedade e a depressão nas crianças com cancro. Monti e colaboradores (2017) ao procurarem relacionar as estratégias de *coping* dos pais com as utilizadas pelos filhos, concluíram que os filhos parecem aprender com os pais as estratégias para lidar com o stress originado pelo diagnóstico de cancro.

Outras afeções. O stress, também tem sido considerado um fator importante em relação a outras afeções, tais como, alergias, algumas afeções de pele e doenças autoimunes, como a artrite reumatoide, o lúpus eritematoso sistémico, a esclerose em placas, a anemia perniciosa ou a miastenia grave (Vaz Serra, 1999). Um estudo realizado com mulheres com dor crónica e fibromialgia conclui que estas são particularmente vulneráveis aos efeitos negativos do stress social, têm menos recursos afetivos positivos, usam menos estratégias de *coping* efetivas face à dor e têm menos apoio social (comparativamente com as mulheres com osteoartrite, com os mesmos níveis de dor) (Davis et al., 2001).

Na doença crónica o estilo de *coping* orientado para a tarefa correlaciona-se positivamente com a supressão da ansiedade e depressão, enquanto a aceitação da doença se correlaciona negativamente com a supressão da raiva (Janowski et al., 2014). Num estudo com doentes com enxaquecas, Vladetic e colaboradores (2017) concluem que todas as dimensões de *coping* avaliadas,

com exceção do evitamento e do distanciamento se correlacionam positivamente com a qualidade de vida na enxaqueca.

Em conclusão, complexas interações ocorrem entre os fatores biológicos, psicológicos e sociais, na relação do stresse com a saúde e com a doença. Alguns autores têm salientado fatores que afetam a vulnerabilidade individual para a doença, entre os quais se destacam, os acontecimentos de vida recentes e precoces (por exemplo, experiências traumáticas precoces), o stresse crónico, a carga alostática, a personalidade, o bem-estar psicológico, e o comportamento e as atitudes de saúde (Fava & Sonino, 2005). Como já referimos, as estratégias de *coping* utilizadas pelo indivíduo, constituem outro fator essencial na relação do stresse com a doença.

Acresce referir que a vulnerabilidade ao stresse constitui uma importante variável preditora na relação entre a adversidade e a saúde/ doença. Um estudo de Amaral (2008) sugere que os indivíduos mais perfeccionistas, com menor tolerância à frustração, maior dificuldade em confrontar e resolver problemas, maior preocupação com os acontecimentos do dia-a-dia, sentimentos de rejeição e de privação de afeto são mais vulneráveis ao stresse e, consequentemente, à doença.

Mais recentemente, alguns estudos têm destacado o papel do stresse enquanto importante variável mediadora na relação entre a autocompaixão e os comportamentos promotores de saúde. De acordo com Li e colaboradores (2020), a investigação suporta de forma consistente que a autocompaixão está positivamente associada a comportamentos promotores da saúde. Os autores concluem no seu estudo que a autocompaixão é um preditor positivo do comportamento alimentar e que esta relação é mediada pelo stresse percebido.

Um estudo desenvolvido por Liu e colaboradores (2021) contribui para a compreensão das relações entre o stresse prolongado e as suas consequências em termos de saúde. Concluem que a ameaça percebida e a eficácia percebida

são variáveis mediadoras significativas na relação entre o neuroticismo e o stress.

CAPÍTULO 6

STRESSE PROFISSIONAL E BURNOUT

Como referem Ross e Altmeir (1994), o stress profissional resulta da interação das condições de trabalho com as características do trabalhador, de tal modo que as exigências que lhe são criadas ultrapassam a sua capacidade em lidar com elas.

Vaz Serra (1999) enumera várias situações suscetíveis de induzir stress no local de trabalho: 1) Relacionadas com o emprego (por exemplo, sobrecarga de trabalho, pressão do tempo, turnos, aprendizagem de novas tecnologias, perigo de contaminação accidental, atenção continuada a prestar a doentes graves ou difíceis); 2) Relacionadas com a estrutura e o clima da organização (por exemplo, falta de autonomia, não envolvimento nas tomadas de decisão, existência de políticas locais fechadas, falta de *feedback* sobre a própria atividade); 3) Relacionadas com a evolução da carreira (por exemplo, ordenado, insegurança no trabalho, dificuldades de promoção ou aposentação compulsiva numa idade precoce); 4) Relacionadas com questões relacionais (por exemplo, conflitos, dificuldades de comunicação com colegas, supervisores, doentes e familiares de doentes); e 5) Relacionadas com a dificuldade em conciliar as obrigações de trabalho com as familiares e a falta de apoio social por parte de superiores hierárquicos ou de familiares.

Algumas estratégias podem ser desenvolvidas para dissipar os efeitos do stress, das quais se destacam o desenvolvimento de competências de comunicação e de gestão do tempo, o respeito pelo tempo de lazer, fomentar o sentido de humor e, por exemplo, praticar regularmente relaxamento (Vaz Serra, 1999) ou *mindfulness* (Ameli et al., 2020). Como já tivemos

oportunidade de referir, as emoções positivas reduzem o stresse e melhoram o sistema imunitário.

O stresse no contexto laboral nem sempre se traduz em *burnout*. Pines e Keinan (2005) referem que o *burnout* surge quando os indivíduos sentem que falharam, que o seu trabalho não é reconhecido, após uma fase de elevadas expetativas e investimento.

Conceito de *burnout*. O conceito surge nos anos 60, do século XX, nos EUA e começa a ser discutido na Europa Ocidental na década de 80. Nos anos 90, o estudo desta síndrome ganha uma nova dimensão alargando-se a outros países e continentes, transformando-se num fenómeno global (Maslach & Leiter, 2016).

Maslach, Jackson e Leiter, autoras de referência no estudo do *burnout*, consideram a síndrome de *burnout* como uma síndrome de exaustão emocional (ou exaustão, que corresponde a uma resposta individual ao stresse, a uma sensação de esgotamento), despersonalização (ou cinismo, referente à relação negativa com os outros e com o trabalho) e reduzida realização pessoal (ou ineficácia profissional, entendida como uma avaliação negativa das próprias realizações no trabalho). Nos seus estudos, as autoras salientam, igualmente, a complexidade da síndrome, cujo impacto negativo se faz sentir a nível físico e psíquico (Maslach, Jackson, & Leiter, 1997; Maroco et al., 2016). Esta síndrome é crónica e ocorre como resposta a situações de stresse prolongado, no trabalho (Hakanen & Bakker, 2016).

O Inventário de *Burnout* de Maslach (MBI: *Maslach Burnout Inventory*; Maslach & Jackson, 1981) ocupa um lugar de destaque no estudo do *burnout*, tendo sido validado numa grande diversidade de países. Ao longo do tempo têm sido desenvolvidas versões específicas, das quais destacamos o MBI-GS (*General Survey*) para a população em geral, o MBI-HSS (*Human Services Survey*) onde se inclui os profissionais de saúde, o MBI-SS (*Student Survey*) para estudantes, o MBI-ES (*Educators Survey*) para docentes (Choi et al., 2019).

De um modo geral, a literatura sugere que a síndrome de *burnout* é um fenómeno complexo e multifacetado, associada ao stress prolongado e crónico, em que as estratégias de *coping* falharam ou não foram suficientes, que afeta a saúde (física e mental) e o bem-estar dos trabalhadores, bem como, a qualidade do seu trabalho, ocorrendo uma diminuição do seu desempenho profissional (Dalmolin et al., 2014; Zhang et al., 2017). Relativamente ao seu impacto na saúde destaca-se a depressão, as perturbações ansiosas, os sintomas músculo-esqueléticos, as doenças cardiovasculares, a diabetes tipo 2, entre outras (Hakanen & Bakker, 2016).

Na compreensão do *burnout*, é fundamental adotar uma perspetiva integradora de múltiplas causas e impactos, em permanente interação, e não uma visão determinística de causalidade linear. De acordo com Frاسquilho (2015), o *burnout* ocorre na interação entre o trabalho, o trabalhador e os contextos de vida. Há que ter em conta as suas vulnerabilidades pessoais (psicológicas e biológicas), a sua classe profissional, as variáveis socioeconómicas e culturais. Existem diversos desencadeantes, em diferentes contextos, que se podem repercutir de modos diferentes, a distintos níveis: individual (físico e mental), familiar, social e da comunidade. Em síntese, a síndrome de *burnout* tem sido descrita como um fenómeno complexo, resultado da interação de diversas variáveis e com influência negativa nos profissionais, nas organizações e nos próprios utentes/comunidade.

Ainda a referir que na compreensão do conceito de *burnout* é importante considerar que o próprio indivíduo é um ator importante - simultaneamente é causa e vítima do *burnout*. Por um lado, as suas escolhas podem contribuir para o aparecimento de *burnout*, pelo outro, o seu estado de saúde fica comprometido em consequência do *burnout*.

Fases da síndrome de *burnout*. Frاسquilho descreve quatro fases até à síndrome de *burnout*: idealismo, insatisfação, alheamento e exaustão (2005, 2015).

Na primeira fase – Idealismo - a atividade laboral é vista como algo perfeito, exigente, mas entusiasmante. Estabelecem-se muitas expectativas de sucesso e as vicissitudes são encaradas como condicionantes superáveis. O profissional apresenta-se dedicado, com alta produtividade e cooperação interpessoal. Demonstra atitudes positivas e construtivas quanto à tarefa, aos colegas de trabalho, aos clientes e à instituição. Esta representa a fase positiva de *eustress*.

A segunda fase – Insatisfação – corresponde ao aparecimento de sentimentos de desilusão, de insatisfação e de ressentimento, que ocorrem quando as expectativas estabelecidas não correspondem à realidade e o empenho laboral não é reconhecido. Tornam-se mais evidentes a fadiga física e mental, o pessimismo, a desmotivação, a fragilização do autoconceito e a presença de sintomas físicos relacionados com a ansiedade (por exemplo, cefaleias, alterações gastrointestinais). Começam a surgir conflitos nas equipas de trabalho.

Na terceira fase – Alheamento - o empenho inicial e a persistência secundária são substituídos pela fadiga crónica. As manifestações de sintomas físicos, emocionais e relacionais, dificultam a realização do trabalho, havendo repercussões na produtividade e maior propensão a erros. O profissional começa a ter atitudes de isolamento, de irritabilidade, criticismo fácil, conflito expresso, negativismo, *distress* evidente, com alterações no sono, sintomas ansiosos e depressivos e possíveis doenças somáticas. Podem ainda acentuar-se determinados comportamentos, como o aumento do consumo de tabaco e álcool, drogas, alterações alimentares (*binge eating*), entre outros.

Na quarta fase – Exaustão - predomina o desespero (corresponde ao *burnout*). Há uma sensação de falha generalizada naquele trabalho. São habitualmente referidos: “sentimentos de vazio”; “nada poderá ser feito para alterar a situação”; “ninguém poderá ajudar”. Esta fase caracteriza-se pelo aparecimento de depressão, pelo evitamento de tudo e de todos os que se relacionam com a profissão, pelo “não querer saber”, pela alienação, pelo pessimismo, absentismo e improdutividade. Alguns indivíduos podem

abandonar o local de trabalho ou mesmo a profissão. Potenciais riscos: suicídio, acidente vascular cerebral e coronariopatias.

Intervenção. A intervenção pode efetivar-se a dois níveis, individual e organizacional (ou em ambos) e com dois objetivos, a prevenção do *burnout* e a assistência às pessoas com *burnout*.

Quando a intervenção é focada no indivíduo pode ser assistencial (apoio médico e psicológico) ou decorrer a nível da prevenção, onde se destaca a aprendizagem de competências para gerir o stress (por exemplo, programas de relaxamento e treino da assertividade).

No que diz respeito à intervenção assistencial é importante facilitar o processo de procura de ajuda, o primeiro passo é ajudar o indivíduo a ter consciência do próprio problema, uma vez que é esta a condição fundamental para que este possa admitir a necessidade de procurar ajuda. Os principais obstáculos relacionam-se com variáveis individuais e socioculturais, por exemplo, um fraco autoconhecimento, a existência de algumas crenças desadequadas e o estigma associado. A nível individual é necessário saber reconhecer as dificuldades em gerir a falta de descanso e o stress, saber identificar os sinais de alerta do *burnout* e saber onde pedir auxílio (Hakanen & Bakker, 2016).

Ainda numa perspetiva focada no indivíduo, é possível atuar a nível da prevenção, minimizando fatores de risco e potenciando fatores protetores. Alguns fatores são importantes amortecedores dos efeitos negativos do stress, ou seja, diminuem o seu impacto negativo. Por exemplo, o estilo cognitivo, a existência de estilos de vida saudáveis e uma rede de suporte social e afetivo. A resiliência, o *coping* e o apoio social são importantes amortecedores dos efeitos negativos do stress, ou seja, diminuem o seu impacto negativo, prevenindo o *burnout*. Para manter o equilíbrio é fundamental que o indivíduo tenha a perceção de que possui competências necessárias para pôr em prática as suas decisões e saiba que os recursos que possui lhe permitem lidar com as exigências da situação (Nowrouzi et al., 2015; Kumar, 2016).

A formação, no contexto profissional, permite contribuir para o desenvolvimento de competências/ recursos que poderão ser úteis para prevenir o *burnout*. A formação pode focar-se na/no: 1) Comunicação, competências relacionais, assertividade; 2) Gestão de conflitos, gestão do tempo, planeamento de vida, priorizar e decidir; 3) Promoção de estilos de vida saudáveis (alimentação equilibrada, higiene do sono, desenvolvimento de hobbies, o lazer, o exercício físico regular, a prática de relaxamento, o desenvolvimento da sensibilidade humanística e da espiritualidade); 4) Trabalho em equipa, apoio interpares; 5) *Mindfulness* e compaixão; 6) Gestão das expectativas e das emoções, proximidade e distanciamento, envolvimento e indiferença; toda a dinâmica da relação profissional de saúde/doente/família; 6) Técnicas de relaxamento; 7) Desenvolvimento pessoal (desenvolvimento do humor e do otimismo, investimento nos afetos, no apoio familiar e nas redes de socialização) (Rosenstein, 2012; Nowrouzi et al., 2015; Kumar, 2016).

É importante que o indivíduo participe ativamente na gestão e resolução dos problemas, pois isso estimula-o a adotar novos comportamentos e promove a sua autoestima e, consequentemente, as soluções serão mais adequadas.

No entanto, para além do desenvolvimento de competências dos trabalhadores, a literatura destaca como fundamental o envolvimento das lideranças. Vários autores referem a importância, e a necessidade, dos líderes receberem formação para melhor gerirem os seus colaboradores, darem um *feedback* adequado e construtivo e estabelecerem metas objetivas e alcançáveis (Hakanen & Bakker, 2016).

Nas intervenções focadas na organização, Ramos (2010) destaca a importância de alguns fatores: redesenho da organização de trabalho, melhoria do ambiente de trabalho, estabelecimento de horários flexíveis, encorajamento de um estilo de gestão participativo e a prestação de apoio social e *feedback* aos colaboradores, envolvendo igualmente as famílias na vida da organização. As medidas a implementar são essencialmente de carácter preventivo. A OMS (1991) propõe algumas medidas organizacionais a

implementar: 1) Melhoria do ambiente físico e psicossocial; 2) Melhoria das condições de trabalho; 3) Informação, clareza de comunicação, previsibilidade, participação e autonomia com responsabilização, reconhecimento e prática das competências específicas, adequação entre estatuto e papel desempenhado, possibilidade de desenvolvimento na carreira (World Health Organization, 1991).

No âmbito de uma abordagem coletiva e organizacional, várias medidas têm sido descritas para ajudar a gerir o stress e prevenir a síndrome de *burnout*: 1) Mais tempo – maior controlo sobre o seu tempo – para as coisas que são mais importantes para os profissionais, tais como, para a sua vida pessoal e interesses; 2) Mais oportunidades de autocuidado, tais como, exercício e atividades de saúde e bem-estar; 3) Mais suporte na ajuda que lhes é conferida, para conseguirem lidar efetivamente com o stress e síndrome de *burnout* nas suas vidas. Não apenas através do *coaching*, *mentoring* e suporte na formação, oportunidades educacionais e iniciativas de saúde e bem-estar, mas também, através de suporte, respeito e reconhecimento por parte da organização dos seus esforços e contributos (Walter, Plaumann, & Krugmann, 2013; De Simone, Vargas, & Servillo, 2019).

A literatura é abundante relativamente à avaliação do *burnout*, mas escassa no que diz respeito à investigação acerca das estratégias de intervenção. Enumeramos algumas das razões: 1) Dificuldades na conceção de intervenções; 2) Falta de oportunidade de as colocar em prática e 3) A inexistência de revisões dos estudos sobre essas mesmas intervenções.

As poucas intervenções que existem são centradas no indivíduo. Como por exemplo, retirá-lo da sua atividade ocupacional ou investir na sua formação, com o objetivo de mudar comportamentos e atitudes no trabalho. Ainda que se reconheça o interesse das abordagens orientadas para o indivíduo, estas não são suficientes, pois os fatores organizacionais e ambientais são mais influentes no processo de *burnout* do que os fatores individuais. Há que lembrar que o ser humano se insere em diferentes contextos de vida, a

família, a sociedade, a cultura e o ambiente, num determinado contexto económico e/ou político.

Sabe-se que qualquer profissional necessita de dispor de condições que viabilizem a boa eficiência e prática profissional, sem quaisquer perigos para a sua saúde. Da mesma forma, o indivíduo precisa de desenvolver recursos que lhe permitam o êxito no exercício profissional, como competências pessoais, de atitude, regulação comportamental e emocional, que facilitam a resiliência pessoal e o protegem do *burnout*.

No geral, atuar a nível da prevenção do burnout permite contribuir para o desenvolvimento do bem-estar e da saúde dos trabalhadores e para a melhoria do funcionamento das organizações. Como refere Mota Cardoso (2000), é fundamental que as intervenções promovam o enriquecimento pessoal, profissional e organizacional.

CAPÍTULO 7

GESTÃO DE STRESSE

No âmbito da educação para a saúde, revela-se fundamental clarificar o conceito de *coping*, bem como abordar algumas intervenções possíveis.

Estratégias de *coping*. As estratégias utilizadas pelo indivíduo para lidar com o stresse são designadas por – estratégias de *coping*. Lazarus e Folkman contribuíram de forma determinante para o estudo desta temática com a publicação de várias obras onde apresentam o modelo de stresse e *coping* (Lazarus & Folkman, 1984). De acordo com estes autores as estratégias de *coping* são definidas como os esforços cognitivos e comportamentais desenvolvidos pelo indivíduo para lidar com as exigências específicas externas e/ou internas que são avaliadas como excedendo ou estando nos limites dos recursos do indivíduo.

Esta definição é orientada para o processo (refere-se ao que as pessoas fazem num determinado momento e não ao que fazem habitualmente, ou seja, não é uma característica estável de personalidade), refere-se à gestão e não à mestria (o *coping* pode ou não ser eficaz, o importante é a tentativa de resolver o problema, de minimizar o stresse, independentemente dos resultados) e o *coping* exige algum esforço, não é automático.

Pressupostos importantes associados ao conceito de *coping*: 1) A avaliação do que aconteceu/acontece muda com o tempo (processo) ou com a mudança de contexto; 2) O que o indivíduo faz ou pensa é o resultado da interação da pessoa com o meio (transação); 3) Os indivíduos recorrem a diferentes estratégias de *coping* consoante a situação e tendem a utilizar várias estratégias numa mesma situação (por exemplo, focadas no problema e nas emoções).

Existem várias formas de categorizar as estratégias de *coping*. De acordo com Lazarus e Folkman (1984) podemos distinguir entre: 1) *Coping* centrado na resolução do problema: esforços desencadeados para alterar a relação perturbadora da pessoa com a fonte de stresse e 2) *Coping* centrado na regulação das emoções: esforços desencadeados para regular as emoções indutoras de stresse. Aos dois tipos de estratégias descritas, DeLongis e Newth (1998) acrescentaram uma nova dimensão, de natureza interpessoal, que diz respeito ao modo como a pessoa lida e mantém o relacionamento pessoal com os outros, em situações de stresse.

O questionário de modos de lidar com os acontecimentos (*Ways of Coping Checklist – WCQ*, Folkman & Lazarus, 1988) tem sido um dos questionários mais usados na avaliação das estratégias de *coping*, em vários contextos. Em 2001, Pais-Ribeiro e Santos validam a versão portuguesa (Pais-Ribeiro & Santos, 2001). As oito subescalas de *coping* correspondem às estratégias de *coping* a que a maior parte das pessoas recorre face aos acontecimentos de stresse: 1) *Coping* confrontativo; 2) Distanciamento; 3) Autocontrolo; 4) Procura de suporte social; 5) Aceitar a responsabilidade; 6) Fuga-evitamento; 7) Resolução planeada do problema; 8) Reavaliação positiva.

Em 1990, Endler e Parker desenvolvem um novo instrumento o *CISS: Coping Inventory for Stresseful Situations* (Endler & Parker, 1990) que permitem classificar as estratégias de *coping* em três estilos: 1) Orientadas para a tarefa; 2) Orientadas para a emoção; e 3) Orientadas para o evitamento.

De um modo geral, as estratégias de *coping* correspondem a duas classes diferentes, uma implica a abordagem e o confronto do problema, enquanto a outra, o seu evitamento. Estas duas classes têm repercussões diferentes em termos de saúde e bem-estar, a primeira associa-se a uma melhor saúde física e mental, enquanto a segunda, apesar de adaptativa a curto-prazo, relaciona-se, geralmente, a médio ou longo prazo, com resultados negativos. A avaliação da eficácia das estratégias de *coping* tem sido uma questão crítica na investigação sobre esta temática (Folkman & Moskowitz, 2004; Lazarus, 2000).

O estudo das estratégias de *coping* usadas perante problemas de saúde teve um grande desenvolvimento nas décadas de 80 e 90, constituindo 40% dos estudos focados no *coping* (Endler et al., 1998). Os estilos de *coping* têm sido associados a respostas de ajustamento numa grande variedade de populações clínicas, incluindo a doença crónica (como referido no ponto 8.2.2). Ao longo das décadas, o interesse particular em estudar as estratégias de *coping* desenvolvidas face a problemas específicos de saúde tem-se mantido, desde a enxaqueca (Vladetic et al., 2017) ao cancro (Monti et al., 2017), ou à doença cardíaca (Krzych et al., 2016). Algumas estratégias de *coping* são adaptativas (*coping* ativo, planeamento, suporte emocional ou instrumental, reavaliação positiva, aceitação, religião, humor), outras são consideradas mal adaptativas, se utilizadas a longo prazo (negação, abuso de substâncias, distanciamento e autoculpabilização).

Acresce referir que os fatores situacionais não são capazes de explicar a grande variedade de estratégias de *coping*. Determinadas características da personalidade, como o otimismo, a rigidez, têm sido estudados, na sua relação com as estratégias de *coping* (Taylor e Stanton, 2007; Carver, & Connor-Smith, 2010; Sica et al., 2021).

Tipos de intervenção. Vários tipos de intervenção podem ser desenvolvidos para evitar ou reduzir o stresse. Qualquer que seja a intervenção pressupõe o desenvolvimento de competências no sentido de capacitar os indivíduos para uma gestão mais adequada do stresse, quer numa perspetiva de reduzir o seu impacto negativo, quer aumentando a sua resistência ao mesmo, numa lógica de prevenção.

Existe um número significativo de situações em que é importante capacitar as pessoas, no sentido de tomarem decisões para minimizarem a exposição a situações de stresse. Este aspeto é particularmente importante para as pessoas que vivem confrontadas com múltiplas solicitações. O evitamento das fontes de stresse pode conseguir-se, por exemplo, através de: 1) Aprender a dizer que “não”; 2) Aprender a delegar; 3) Ausentar-se durante um período de férias (Vaz Serra, 1999; Mota Cardoso et al., 2000).

Num outro conjunto de situações, o stresse pode advir da incapacidade para resolver os problemas do dia-a-dia. A aprendizagem de estratégias para uma resolução adequada de problemas elimina ou, pelo menos, modifica de forma substancial a fonte de stresse (Vaz Serra, 1999).

Como referimos anteriormente, nem sempre a avaliação que o indivíduo faz dos acontecimentos é realizada com lógica. Na avaliação dos acontecimentos uma pessoa pode tornar-se vítima de: 1) Crenças irracionais que sustenta; 2) Atribuições arbitrárias sobre as causas das ocorrências; 3) Inferências preconceituosas em relação ao comportamento de terceiros; 4) Expectativas criadas sem fundamento e 5) Discriminação inadequada das situações. A intervenção, neste caso, é mais focada no indivíduo e o objetivo é contribuir para que aprenda a recontextualizar os acontecimentos e a dar um novo significado à situação, através de técnicas de reestruturação cognitiva (Vaz Serra, 1999; Mota Cardoso et al., 2000; Seaward, 2006; Lehrer, Woolfolk, & Sime, 2007).

Muitas das situações de stresse decorrem de dificuldades nas interações sociais. O treino de competências assertivas é particularmente útil, permitindo

contribuir para a resolução adequada de muitas situações de stresse. Existe um conjunto de aptidões que podem ser aprendidas e/ou desenvolvidas contribuindo para uma gestão mais adequada do stresse. Por exemplo: 1) Iniciar e manter conversas; 2) Expressar críticas e/ou aprender a lidar com as críticas; 3) Aprender a discordar; e 4) Reconhecer os próprios erros. O comportamento não verbal é extremamente importante no contexto social, dado que aquilo que relatamos assume um significado diferente consoante a forma como o fazemos. Depende do: 1) Contacto visual; 2) Tom de voz; 3) Expressão facial; 3) Gestos e 4) Postura (Vaz Serra, 1999; Ramos, 2010; Seaward, 2006).

Nem sempre é fácil atuar sobre as circunstâncias negativas que induzem stresse. Porém, é sempre possível ao indivíduo desenvolver comportamentos que atenuem os efeitos negativos do stresse na sua saúde. No contexto da educação para a saúde, o desenvolvimento de programas de intervenção que incluam, por exemplo, a prática de exercício físico e/ou de relaxamento, podem contribuir quer para minimizar o stresse, quer para aumentar a resistência ao mesmo.

É consensual na literatura que a prática regular de exercício físico atenua o impacto negativo do stresse sobre a função imunitária, diminuindo o risco de “estar doente”, tem um efeito positivo no sistema cardiovascular, contribui para reduzir estados de ansiedade e depressão e diminui a reatividade do indivíduo a situações indutoras de stresse. A explicação dos efeitos no bem-estar psicológico prende-se com variados fatores, entre os quais: 1) A produção de β -endorfinas e a normalização dos níveis de noradrenalina; 2) A libertação de tensão muscular e 3) Um sono mais reparador (Vaz Serra, 1999; Klaperski, 2018).

O relaxamento permite obter uma diminuição da ativação fisiológica do indivíduo que é acompanhada por uma sensação de calma, paz e bem-estar. Tem-se verificado útil em problemas de saúde associados com o stresse: hipertensão, cefaleias, insónia. É, também, utilizado como meio de controlo da ansiedade, particularmente quando nela predomina o componente

vegetativo. Traz repercussões a vários níveis, nomeadamente a diminuição da frequência respiratória e cardíaca e a redução da latência do começo do sono (Vaz Serra, 1999; Seaward, 2006; Lehrer, Woolfolk, & Sime, 2007).

Na aprendizagem de técnicas de relaxamento, o controlo respiratório (o indivíduo aprende a respirar lenta e profundamente) e a visualização (de uma situação real ou imaginada indutora de paz e bem-estar) são pilares essenciais, podendo ou não ser acompanhadas pela componente de relaxamento muscular.

Existem, também, estratégias de redução do stresse baseadas no *mindfulness* – *Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)*. O conceito de *Mindfulness* foi definido por Kabat-Zinn (1984) como um estado de atenção consciente, sem julgamentos, focado no momento presente. Os benefícios das intervenções baseadas no *mindfulness* têm sido documentados por vários autores, em termos individuais e organizacionais, como metodologia efetiva para a redução do stresse, ansiedade e *burnout* (Ameli et al., 2020).

Vários estudos têm documentado a relação entre a prática de *mindfulness* e a saúde (física e mental), o bem-estar e a qualidade de vida, bem como, com os comportamentos promotores de saúde (Valikhani et al., 2020). O efeito positivo na saúde e bem-estar é atribuído, por vários autores, ao papel que desempenha na redução do stresse, dado que a prática de *mindfulness* reduz a perceção do stresse e a reatividade ao stresse (Creswell, 2015). O *mindfulness* pode ser aplicado, quer como medida de gestão de stresse, quer para promover o aumento da resistência ao stresse, numa perspetiva de promoção da saúde e bem-estar.

De um modo geral, é possível atenuar os efeitos negativos do stresse sobre a saúde, atuando sobre o sistema imunitário, através de três processos: 1) Evocação de emoções positivas. Por exemplo, a audição de música agradável e a indução de estados emocionais positivos são suscetíveis de produzir na pessoa um aumento significativo da imunoglobulina A, esta tem uma atividade antiviral que protege as vias respiratórias e as células epiteliais

gastrointestinais; 2) Interações humanas positivas (o isolamento associa-se usualmente a um funcionamento imunitário mais pobre); 3) Melhoria dos sentimentos de autoeficácia (Vaz Serra, 1999; Seaward, 2006).

As estratégias de *coping*, quando adaptativas, contribuem para a saúde, o bem-estar e para a transformação pessoal do indivíduo (Ramos, 2010). O estudo do *coping*, enquanto fator transformacional, representa uma mais-valia na compreensão das escolhas adaptativas dos indivíduos. Numa perspectiva salutogénica, os *stressores* são entendidos como potenciais estímulos de construção de saúde e os fatores moderadores (personalidade, apoio social, etc) como condições de resiliência (Ramos, 2010; Mittelmark et al., 2017). Consoante as estratégias de *coping* utilizadas, os indivíduos podem promover o seu bem-estar ou aumentar o risco de adoecer. O *coping* é visto como agente de construção de saúde e de desenvolvimento pessoal.

PARTE III

INTERVENÇÃO EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

CAPÍTULO 8

MODELOS E TEORIAS DE MUDANÇA COMPORTAMENTAL

A OMS, em 2012, publicou um documento onde apresenta as principais teorias/ modelos de mudança comportamental, destacando as que se mostraram mais eficazes, ao longo do tempo (World Health Organization, 2012).

Modelo de processamento de informação. Este modelo não foi desenvolvido especificamente no âmbito dos comportamentos relacionados com a saúde, mas tem várias aplicações na educação para a saúde. Refere que é importante avaliar porque é que as pessoas usam adequadamente, ou não, a informação relativa à saúde. O processamento da informação é influenciado por diferentes fatores, tais como, a motivação, a atenção e a percepção. Destacam-se alguns conceitos básicos que podem ser usados na educação para a saúde, como por exemplo, a informação ser considerada pelo indivíduo como: 1) Disponível; 2) Útil e nova e 3) Processável num formato agradável (World Health Organization, 2012).

O modelo do processamento de informação sugere que uma mensagem é persuasiva, quando é capaz de gerar uma mudança de atitude. A comunicação persuasiva é um tipo de comunicação na qual se coloca alguma intencionalidade no sentido de suscitar uma resposta específica por parte do recetor. A principal finalidade é fazer com que o recetor assuma a mensagem e que atue em consequência da mesma (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008).

A transmissão da informação é influenciada por fatores como a fonte, a mensagem, o recetor e o canal. Por exemplo, relativamente à mensagem, podem utilizar-se mensagens curtas, longas, simples ou mais complexas, dependendo a sua escolha dos objetivos definidos. Por exemplo, se se pretende atrair uma comunidade para um programa de rastreio, a mensagem

deve ser curta e simples; se o objetivo é promover o tratamento de uma doença, a informação sobre o tratamento deve ser mais detalhada (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008; World Health Organization, 2012).

Modelo das crenças de saúde. Este modelo constitui uma referência teórica para explicar e prever uma grande variedade de comportamentos de saúde. Parte do pressuposto que existem mediadores cognitivos (crenças) que interagem entre si, para produzir mudanças comportamentais. É um modelo usado para compreender o que leva os indivíduos a fazer, ou não, uma tão grande variedade de ações quanto à saúde.

De acordo com a OMS (2012) é um dos primeiros modelos que adotou as teorias das ciências do comportamento para analisar os problemas de saúde. Originalmente foi proposto por Hochbaum, Rosenstock, Leventhal e Kegeles (Rosenstock, 1974) para ajudar a explicar os comportamentos relacionados com a saúde e permitir identificar os fatores essenciais de mudança. Consequentemente, permitiu o desenvolvimento de estratégias de apoio à adoção de comportamentos saudáveis. Ou seja, foi desenvolvido para ajudar na busca dos “porquês” de determinados comportamentos e para identificar pontos de mudança (World Health Organization, 2012).

O modelo das crenças de saúde, na sua atual forma, tem como base cinco constructos: 1) Suscetibilidade percebida (crença sobre as hipóteses de contrair uma doença); 2) Severidade percebida (crença sobre a seriedade do seu estado de saúde e consequentes sequelas); 3) Benefícios percebidos (crença sobre os benefícios físicos e psicológicos que a ação pode ter); 4) Obstáculos percebidos (crença sobre os custos físicos e psicológicos que a ação pode ter) e 5) Disposição para a ação (que pode ser entendida como a atitude do indivíduo perante a possibilidade de fazer qualquer ação em prol da sua saúde). A disposição para a ação relaciona-se com a autoeficácia - confiança do indivíduo na sua capacidade de passar à ação (World Health Organization, 2012).

Os comportamentos saudáveis são racionalmente determinados pela percepção de vulnerabilidade das pessoas às ameaças à saúde. A estas percepções o indivíduo atribui um valor, que o leva a acreditar, ou não, na eficácia das ações tendentes à melhoria da sua saúde. Em função destas crenças, é possível prever diferentes comportamentos relacionados com a saúde, a nível da prevenção e promoção da saúde.

A probabilidade de um indivíduo aderir a um programa de saúde depende, fundamentalmente, da percepção que ele tem dos fatores que podem estar relacionados com uma situação de doença, da suscetibilidade e da gravidade da doença percebidas. No entanto, se os benefícios percebidos relativamente à ação que se pretende realizar, superarem as barreiras percebidas, ocorrerá a adesão à mudança.

Ainda a referir que o indivíduo pode perceber os benefícios, as barreiras, a sua suscetibilidade e a gravidade da doença, mas se atribui pouco valor à saúde, o grau de adesão a uma ação proposta acaba por ser baixa, logo a disposição para essa ação pode ser nula.

Modelo Transteórico. Neste modelo (Prochaska & DiClemente, 1982; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) a mudança comportamental é vista como um processo; o indivíduo passa por diversas etapas, com diferentes níveis de motivação e capacidade para a mudança.

São identificadas cinco fases: 1) A pré-contemplação, em que o indivíduo não está consciente do problema, não tem pensado na mudança; 2) A contemplação, em que o indivíduo pensa em mudar num futuro próximo; 3) A decisão, em que o indivíduo elabora um plano para o futuro; 4) A ação, em que o indivíduo implementa planos de ação específicos e 5) A manutenção, em que o indivíduo continua com ações positivas ou repete, periodicamente, os passos recomendados.

Dado que as pessoas podem estar em diferentes estádios deste processo, as intervenções planeadas devem ser de acordo com o respetivo estágio. Nas recaídas os indivíduos retornam aos comportamentos antigos (fumar, beber,

entre outros), o que pode acontecer durante a ação ou a manutenção. Não é um modelo linear, os indivíduos podem avançar ou retroceder nas etapas. Neste modelo em espiral, o indivíduo pode ter vários ciclos com as fases referidas (World Health Organization, 2012).

Modelo da Aprendizagem Social. Modelo inspirado na perspectiva sociocognitiva apresentada por Albert Bandura, considera que os indivíduos aprendem não só com a sua própria experiência, mas, também, com a experiência e resultados obtidos pelos comportamentos dos outros. Defende que os fatores cognitivos, comportamentais e as influências ambientais interagem continuamente, num processo de causalidade recíproca (World Health Organization, 2012).

Baseia-se em cinco constructos: 1) Determinismo recíproco (a mudança de comportamento resulta da interação entre o indivíduo e o ambiente); 2) Capacidade comportamental (o indivíduo precisa de ter conhecimento e desenvolver competências para influenciar o comportamento); 3) Expectativas (crenças acerca de resultados prováveis de ação); 4) Autoeficácia (confiança na capacidade de iniciar a ação e nela persistir) e 5) Aprendizagem observacional (o indivíduo aprende através da observação do comportamento do outro).

Teorias da Organização Comunitária. Estas teorias salientam a necessidade da participação ativa e crítica dos indivíduos e comunidades, no desenvolvimento das mesmas, com o objetivo de avaliar e resolver os problemas psicossociais de saúde. O processo de educação para a saúde emerge dos princípios democráticos e de negociação, dado que é decisão do grupo, por exemplo, identificar os temas prioritários e os indivíduos que vão participar. Desta forma, a educação para a saúde desenvolve-se em situações socialmente vivenciadas, nas quais o educador se envolve, desempenhando o papel de guia, ajudando a formular os objetivos e a sua concretização (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008).

De acordo com a OMS (2012) a organização comunitária pode ser categorizada em três modelos de prática distintos: 1) Desenvolvimento local (por exemplo, programas de intervenção num bairro); 2) Planeamento social (desenvolver a capacidade comunitária da comunidade para resolver os seus problemas e proporcionar a mudança social; 3) Ação social (usado para aumentar a capacidade de resolver problemas da sociedade e para levar a mudanças concretas, de forma a corrigir a injustiça social) (World Health Organization, 2012).

A OMS (2012) destaca alguns conceitos-chave em organização comunitária. Como pilar desta teoria temos a capacitação (*empowerment*) dos indivíduos e da comunidade para a identificação de necessidades, para a procura de soluções e para a produção de mudança. Esta capacitação corresponde ao processo de ganhar competência e poder sobre si (indivíduo ou comunidade) para produzir mudança. Os indivíduos e as comunidades são agentes ativos no processo de mudança; devem desenvolver um pensamento analítico e crítico face aos problemas, compreendendo as suas causas, e selecionar as prioridades, tendo em conta os temas de mudança, as necessidades e as probabilidades de sucesso. Ou seja, é o processo através do qual os indivíduos, as comunidades e as organizações ganham domínio sobre as suas vidas.

O segundo e o terceiro conceito são o princípio de participação e o princípio da relevância, respetivamente. O princípio de participação sugere que os indivíduos envolvidos na intervenção devem ser agentes ativos e participativos, ou seja, devem “aprender fazendo” e o princípio da relevância reflete a importância do educador para a saúde iniciar o seu trabalho identificando as necessidades e as preocupações percebidas pelos indivíduos e pela comunidade.

O quarto conceito é relativo à seleção das questões/ problemas e sugere que estas devem ser específicas, simples e com solução. Desta forma é possível envolver a comunidade e contribuir para o seu desenvolvimento.

Por último, criar uma consciência crítica. Este conceito teve as suas origens em Paulo Freire (1973), baseia-se essencialmente em estimular o trabalho de grupos, de forma a que estes identifiquem problemas da comunidade, compreendam as suas causas e contribuam para a mudança. A participação da comunidade é considerada um requisito indispensável para analisar a realidade e modificá-la quando oportuno. Sem uma participação ativa da comunidade nenhum programa de educação para a saúde pode ter êxito assegurado. A ação educativa permite o desenvolvimento de uma consciência crítica e de competências sociais necessárias para atingir a saúde o bem-estar de um grupo.

Nestes modelos é valorizada uma perspetiva salutogénica, a saúde é associada às condições sociais da vida em comunidade. É valorizada a autonomia dos indivíduos e grupos sociais na escolha dos estilos de vida e sua modificação (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008).

Modelos Ecológicos. Estes modelos perspetivam que qualquer intervenção em saúde para ter sucesso, deverá ser uma abordagem multinível e multidisciplinar. Relativamente aos vários níveis temos, o indivíduo, a família, a comunidade e o ambiente. No que diz respeito às várias disciplinas, será importante considerar, as ciências sociais, as ciências naturais, as ciências políticas, entre outras (World Health Organization, 2012).

Segundo Rimer e Glanz (2005) a perspetiva ecológica defende que o comportamento é afetado e afeta numa relação bidirecional diversos níveis de fatores: 1) Os fatores intrapessoais (caraterísticas individuais que influenciam o comportamento, tais como, conhecimento, atitudes, crenças e traços de personalidade); 2) Os fatores interpessoais (processos interpessoais e/ou pequenos grupos, incluindo a família, os amigos, colegas, que providenciam identidade social, apoio e definição de funções); 3) Os fatores institucionais (regras, regulamentos, políticas e estruturas informais que podem constranger ou promover comportamentos recomendados); 4) Os fatores comunitários (redes sociais e normas ou padrões formais ou informais no seio dos indivíduos, grupos e organizações) e 5) Os fatores políticos

(políticas e leis locais, regionais e nacionais que regulam ou servem de base a ações saudáveis e práticas para a prevenção, detecção, controle e gestão de doenças).

Os modelos ecológicos estão focados no conceito de saúde para todos (e no desenvolvimento humano), e são modelos que refletem uma forte relação entre a saúde, o ambiente e a economia. Estes modelos consideram a economia como um suporte importante para o ambiente e para a saúde humana. A economia deverá ser ambientalmente sustentável, conservando os recursos e controlando a poluição. Adicionalmente, também é importante que seja socialmente sustentável (Sallis, Owen, & Fisher, 2015).

Estes modelos consideram as relações entre o ecossistema comunitário e a saúde e apresentam três conceitos base, a comunidade, a economia e o ambiente. A comunidade precisa de ter redes de suporte social, proporcionar um ambiente humano viável e tratar todos com igualdade e justiça. A economia deve ser socialmente e ambientalmente sustentável. O ambiente, que inclui o ambiente natural e o criado pelo homem, deve ser sustentável, pelo que a sua diversidade deve ser mantida.

Os modelos ecológicos fornecem o contexto para integrar as várias teorias e modelos de mudança comportamental, permitindo uma abordagem compreensiva para a intervenção, dado que os incluem num contexto mais alargado que reconhece o valor de cada teoria. Desta forma, pode considerar-se um meta-modelo que permite organizar os diferentes modelos num todo integrado (Sallis, Owen, & Fisher, 2015).

CAPÍTULO 9

BOAS PRÁTICAS NA INTERVENÇÃO EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A educação para a saúde, enquanto ferramenta da promoção da saúde, deve ser perspectivada como um processo pedagogicamente orientado para o

desenvolvimento de competências individuais e coletivas, que propiciem um processo de tomada de decisões informado, autónomo e responsável, no contexto da saúde (World Health Organization, 2012).

Os modelos e teorias de mudança de comportamento em saúde, abordados previamente, têm em comum poder apoiar os educadores para a saúde no planeamento, implementação e avaliação das intervenções em educação para a saúde (McKenzie, Neiger, & Smeltzer, 2005; Suls, Davidson, & Kaplan, 2010).

Uma intervenção eficaz em educação para a saúde pressupõe que se cumpram determinados requisitos (World Health Organization, 1984, 2012). O educador para a saúde deve: 1) Envolver-se e compreender as prioridades da comunidade; 2) Avaliar as necessidades do indivíduo e da comunidade relativamente à educação para a saúde; 3) Elaborar os objetivos da intervenção; 4) Planear a intervenção; 5) Implementar a intervenção; 6) Avaliar a importância da intervenção. Rimer e Glanz (2005) referem que após a avaliação da importância da intervenção, o educador para a saúde volta ao ponto 1, isto é, procura envolver-se e compreender as prioridades da comunidade.

Antes de delinear e implementar uma intervenção em educação para a saúde é fundamental **compreender as prioridades da comunidade e identificar as necessidades** dos indivíduos/comunidades. Revela-se, igualmente, importante avaliar os recursos presentes na comunidade, relativos à promoção da saúde/prevenção de doença, nomeadamente através da utilização de instrumentos de triagem (Rimer & Glanz, 2005).

Após a avaliação das necessidades, surge a **definição dos objetivos e o planeamento** da intervenção. A intervenção em educação para a saúde deve integrar programas para atender às necessidades/prioridades/lacunas identificadas, incorporando conceitos de promoção de saúde no planeamento do programa. Acresce referir que deve definir um conjunto de objetivos a alcançar para cada atividade do programa, desenvolver a equipa (identificar e comunicar papéis, responsabilidades e tarefas) e desenvolver estratégias para

criar um vínculo entre os indivíduos e os recursos da comunidade (Rimer & Glanz, 2005).

É também responsabilidade dos educadores para a saúde **implementar** os programas desenvolvidos, incluindo o envolvimento dos indivíduos/comunidade no estabelecimento de objetivos, promover a participação ativa dos indivíduos e comunidades na gestão da sua saúde e desenvolver atividades de divulgação para aumentar o raio de ação do programa. A implementação da intervenção pressupõe que a população aceite o programa e o utilize, daí resultando um determinado impacto na saúde e bem-estar.

A **avaliação da eficácia dos programas** implementados revela-se fundamental. É importante que se desenvolvam indicadores que monitorizem, ao longo do tempo, o progresso relativamente aos objetivos elaborados no processo de planeamento, avaliando se esses mesmos objetivos foram atingidos. Revela-se fundamental desenvolver mecanismos eficazes e diversificados de recolha de informação. Uma avaliação adequada da intervenção permitirá ajustar/reorientar os programas e estratégias necessárias para atingir os objetivos. Os resultados devem ser disseminados junto dos indivíduos/comunidade e junto da comunidade científica e profissional (Perry, 1999; World Health Organization, 2014).

A avaliação é, sem dúvida, uma componente chave em termos de boas práticas. De acordo com a OMS a avaliação de programas de intervenção é um processo de determinação sistemática e objetiva da relevância, efetividade, eficiência e impacto de atividades fundamentadas em objetivos. A avaliação é fundamental em todas as fases do processo de intervenção, desde a avaliação de necessidades até à avaliação da importância da intervenção. Para que essas etapas sejam devidamente avaliadas, torna-se imprescindível a escolha de indicadores, que dependem das características de cada programa ou intervenção (World Health Organization, 1998).

Uma breve referência ao modelo PRECEDE-PROCEED, modelo descrito para diagnosticar, planejar e avaliar as práticas educativas, no âmbito da promoção da saúde. Incorpora dois aspetos fundamentais de intervenção comunitária: o planeamento (PRECEDE - *Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Ecological Diagnosis and Evaluation*) e a avaliação (PROCEED - *Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development*). Sendo um dos principais modelos de intervenção de promoção da saúde, tem sido utilizado em vários países. Segundo McKenzie, Neiger e Smeltzer (2005), é um dos modelos mais utilizados a nível mundial. A estrutura do modelo PRECEDE foi desenvolvida em 1970 por Green, como modelo de planeamento de programas de promoção da saúde. A estrutura do modelo PROCEED foi desenvolvida em 1980. Este modelo baseia-se no pressuposto de que os programas de promoção da saúde visam reduzir os fatores de risco, relacionados com os comportamentos ou com o meio, e classifica os fatores que determinam os problemas de saúde em três grandes grupos: fatores predisponentes; fatores facilitadores; e fatores de reforço (Russel, 1996; McKenzie, Nigier, & Smetzer, 2005; Porter, 2016).

Considerando as inúmeras iniciativas de educação para a saúde que ocorreram nas últimas décadas do século XX e na primeira década do século XXI, a diversidade de questões e grupos-alvo abordados e os diferentes métodos de avaliação usados, a OMS (World Health Organization, 2012) enumera os principais ingredientes do sucesso destas intervenções, que passamos a descrever.

A primeira componente é o **envolvimento dos participantes**. Os membros da comunidade devem estar envolvidos em todas as fases do desenvolvimento de um programa: identificação das necessidades da comunidade, recrutamento da ajuda de organizações comunitárias, planeamento e implementação das atividades do programa, e avaliação dos resultados (World Health Organization, 2012).

Este envolvimento ativo permite desenvolver as competências dos indivíduos, atuando de preferência antes que os sintomas se instalem. As intervenções deverão promover uma real participação e a competência das populações-alvo. O desenvolvimento psicossocial será, deste modo, um processo de otimização de capacidades de decisão e de realização, que levam a um estilo de vida saudável e a uma percepção de qualidade de vida mais positiva, de competência pessoal e de participação ativa na comunidade (World Health Organization, 2002). Para além da capacitação do indivíduo, é fundamental capacitar as comunidades de forma a que desenvolvam recursos para um desenvolvimento saudável (Perry, 1999).

O conceito de autocapacitação está associado a um conjunto de estratégias importantes face à necessidade de reduzir disparidades ou desvantagens sentidas por determinados grupos, que poderão ser devidas a pobreza, discriminação e desigualdades económicas (Wallerstein, 2002).

O **planeamento**, como já foi referido, é outra componente chave. Envolve a identificação dos problemas de saúde na comunidade que podem ser evitados por meio da intervenção comunitária. No planeamento é essencial a formulação de metas, a identificação do comportamento alvo e das características ambientais que serão o foco dos esforços de intervenção, bem como, decidir como as partes interessadas serão envolvidas e construir um grupo de planeamento coeso (World Health Organization, 2012).

A **avaliação de necessidades e de recursos**, como já foi evidenciado, é uma componente essencial na intervenção em educação para a saúde. Antes de implementar uma iniciativa de educação para a saúde, deve-se dar atenção à identificação das necessidades de saúde e capacidades da comunidade, bem como, aos recursos disponíveis (World Health Organization, 2012).

O programa a implementar deve ser um programa **abrangente**. Os programas mais promissores são abrangentes, pois lidam com múltiplos fatores de risco, usam diferentes canais na sua implementação, são direcionados a vários níveis diferentes (indivíduos, famílias, redes sociais, organizações e comunidade

como um todo) e são projetados para mudar, não apenas, o comportamento de risco, mas também, os fatores e condições que sustentam esse comportamento (por exemplo, motivação, ambiente social). Nos programas de educação para a saúde devem ser considerados todos os domínios da saúde, pois só deste modo a intervenção poderá promover a saúde de uma forma global. Atuar tendo em conta esta perspetiva global, cria um maior potencial de efetividade, uma vez que os vários domínios da saúde se fortalecem reciprocamente (World Health Organization, 2012).

A intervenção em educação para a saúde tem tido um papel crescente no desenvolvimento e na implementação de políticas de saúde a nível local, nacional e global. É importante que inclua uma visão preocupada com a equidade e justiça sociais e com a proteção ambiental, numa escala global.

O programa deve ser **integrado**, isto é, cada componente do programa deve reforçar os outros componentes. Os programas, também, devem ser fisicamente integrados nos ambientes onde as pessoas vivem as suas vidas (por exemplo, locais de trabalho).

As intervenções em educação para a saúde devem gerar **mudança a longo prazo**, ou seja, devem ser elaboradas para produzir mudanças estáveis e duradouras nos comportamentos de saúde. Para tal, é necessário financiamento a longo prazo e o desenvolvimento de uma infraestrutura de educação para a saúde permanente na comunidade.

Outra componente essencial é levar a **alteração das normas da comunidade**. Para ter um impacto significativo em toda a organização ou comunidade, um programa de educação para a saúde deve ser capaz de alterar as normas e os padrões de comportamento da comunidade ou da organização. O que requer que uma proporção substancial dos membros da comunidade ou organização seja exposta às mensagens do programa ou, de preferência, esteja envolvida nas atividades do programa, de alguma forma.

Por último, deverá promover a **avaliação e a investigação**. É necessário um processo abrangente de avaliação e investigação, não apenas para

documentar os efeitos e resultados do programa, mas para descrever o seu processo e os custos-benefícios que lhe estão associados.

De acordo com a OMS, estas são as componentes essenciais que devem estar presentes nos programas e serviços de educação para a saúde, destinados a melhorar a saúde dos indivíduos e das comunidades. Hagger e Luszczynska (2014) referem que, apesar do aumento das técnicas de planeamento, em intervenções de promoção de comportamentos saudáveis, encontram-se falhas ao nível da concetualização e avaliação de boas práticas, especialmente a nível ambiental, o que dificulta o estabelecimento de intervenções eficazes de forma consistente.

Considerações finais

Em laia de conclusão, a promoção e a educação para a saúde, quer seja focada no desenvolvimento de estratégias de gestão de stresse, quer noutras temáticas, deverá ter subjacente um conceito de saúde holístico, suficientemente abrangente e sustentável social, económica e ambientalmente.

Atualmente o conceito de “saúde única” (*One health*) reflete a complexidade do conceito e destaca que as iniciativas no âmbito da saúde devem ser integrativas, ambiciosas e vinculadas a um conceito de saúde para todos e de todos (saúde humana, animal e do planeta) e à estabilidade social.

Espera-se com o presente livro ter contribuído para a compreensão das relações entre o stresse e a saúde e da importância do planeamento, implementação e avaliação de intervenções nas áreas do stresse e *burnout*, destacando a relevância da investigação e das boas práticas em educação para a saúde.

Por fim, destacar que a gestão do stresse constitui uma ferramenta essencial na promoção da saúde mental e que sem saúde mental não há saúde!

Referências

- Amaral, A. P., Soares, M. J., Pinto, A. M., Pereira, A. T., Madeira, N., Bos, S. C., ... & Macedo, A. (2018). Sleep difficulties in college students: The role of stress, affect and cognitive processes. *Psychiatry Research*, 260, 331-337. DOI: [10.1016/j.psychres.2017.11.072](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.072)
- Pereira, A. T., Cabaços, C., Araújo, A., Amaral, A. P., Carvalho, F., & Macedo, A. (2022). COVID-19 psychological impact: The role of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 184, 111160. DOI: 10.1016/j.paid.2021.111160
- Adamczuk J., Szymona-Pałkowska K., et al. (2015). Coping with stress and quality of life in women with stress urinary incontinence. *Przegląd Menopauzalny = Menopause Review*, 14(3), 178–183. DOI: 10.5114/pm.2015.54342
- Albuquerque, C. M. & Oliveira, C. P. (2002). Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. *Millenium* (on-line), 25 (sem pp).
- Amaral A. P., Bos, S., Soares, M., Pereira, A. T. (...), Macedo, A. (2021). Personality, cognitive emotion regulation and insomnia. *Revista de Psiquiatria Clínica (Archives of Clinical Psychiatry)*, 48(1): 29-35. DOI: 10.1590/0101-60830000000275.
- Amaral, A. P. (2008). *A importância da vulnerabilidade ao stresse no desencadear da doença física e mental perante circunstâncias de vida adversas*. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Amaral, A. P. (2018). Stresse, Coping e Doença. In Macedo, Pereira & Madeira (Coord) *Psicologia na Medicina*, Cap 24, pp. 343-360 Lidel, Edições técnicas Lda.
- Ameli, R., Sinaii, N., West, C. P., Luna, M. J., Panahi, S., Zoosman, M., ... & Berger, A. (2020). Effect of a brief mindfulness-based program on

stress in health care professionals at a us biomedical research hospital: a randomized clinical trial. *JAMA network open*, 3(8), e2013424-e2013424.

Antonovsky, A. (1996) The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18

Antonovsky, A., & Sagy, S. (2017). Aaron Antonovsky, the scholar and the man behind salutogenesis. *The handbook of salutogenesis*, 15-23.

APA task Force on Health Research (1976). Contributions of psychology to health research: Patterns, problems and potentials. *American psychologist*, 31, 263-274.

Barros, J. A. (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, 11 (1), 1-11.

Baum, A., & Posluszny, D. M. (1999). Health psychology: mapping biobehavioral contributions to health and illness. *Annual review of psychology*, 50(1), 137-163.

Baum, A., Tracey A. & Revenson, J.S. (2012). *Handbook of Health Psychology*. Taylor e Francis group. New York.

Bianchi, R., Schonfeld, S., Laurent, E. (2015). Is it Time to Consider the “Burnout Syndrome” A Distinct Illness? *Public Health*, 3:158

Carlisle, S. (2000). Health promotion, advocacy and health inequalities: a conceptual framework. *Health Promotion International*, 15(4), 369-376.

Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual review of psychology*, 61, 679-704.

Castanhel, F. D., & Liberali, R. (2018). Mindfulness-Based Stress Reduction on breast cancer symptoms: systematic review and meta-analysis. *Einstein (São Paulo)*, 16(4).

- Charney, D. S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *The American Journal of Psychiatry*, 161 (2), 195-216.
- Choi, Y. G., Choi, B. J., Park, T. H., Uhm, J. Y., Lee, D. B., Chang, S. S., & Kim, S. Y. (2019). A study on the characteristics of Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) of workers in one electronics company. *Ann Occup Environ Med*, 31(1), e29. DOI: 10.35371/aoem.2019.31.e29
- Cohen S., Hamrick, N., et al. (2002). Reactivity and Vulnerability to Stress—Associated Risk for Upper Respiratory Illness. *Psychosomatic Medicine*, 64, 302-310.
- Colodro-Conde, L., Couvy-Duchesne, B., Zhu, G., Coventry, W. L., Byrne, E. M., Gordon, S., ... & Martin, N. G. (2018). A direct test of the diathesis–stress model for depression. *Molecular psychiatry*, 23(7), 1590-1596.
- Connor-Smith, J. K., & Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: a meta-analysis. *Journal of personality and social psychology*, 93(6), 1080.
- Cooper C. L., & Marshall J. (2013). Occupational sources of stress: A review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health. In: *From Stress to Wellbeing Volume 1* (pp. 3-23). Palgrave Macmillan UK.
- Creswell, J. D. (2015). Biological pathways linking mindfulness with health. In K. W. Brown, J. D. Creswell, & R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of mindfulness: Theory, research, and practice* (pp. 1–6). New York: The Guilford Press.
- Critchley H. D., Taggart P., et al. (2005). Mental stress and sudden cardiac death: asymmetric midbrain activity as a linking mechanism. *Brain*, 128 (1), 75-81.

- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2007). A framework for assessing health systems from the public's perspective: the ALPS approach. *International Journal of Health Services*, 37(2), 363-378.
- Dalmolin, L., Lunardi, L., Barlem, D. et al. (2014). Moral distress and burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers? *Rev Lat Am Enfermagem*, 22(1):35–42.
- Davis M. C., Zautra A. J., Reich J. W. (2001). Vulnerability to stress among women in chronic pain from fibromyalgia and osteoarthritis. *Annals of Behavioural Medicine*, 23 (3), 215-226.
- De Beurs, E., Comijs, H., Twisk, J. W. R., Sonnenberg, C., Beekman, A. T. F., Deeg, D. (2005). Stability and change of emotional functioning in late life: modelling of vulnerability profiles. *Journal of Affective Disorders*, 84, 53-62.
- De Simone, S., Vargas, M., & Servillo, G. (2019). Organizational strategies to reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Aging clinical and experimental research*, 1-12.
- DeLongis, A. & Newth, S. (1998). Coping with stress. In H. S. Friedman (Ed.) *Encyclopedia of Mental Health* (pp. 583-593). Academic Press.
- Destoumieux-Garzón, D., Mavingui, P., Boetsch, G., Boissier, J., Darriet, F., Duboz, P., ... & Voituron, Y. (2018). The one health concept: 10 years old and a long road ahead. *Frontiers in veterinary science*, 5, 14.
- Duman, R. S. (2014). Neurobiology of stress, depression, and rapid acting antidepressants: remodeling synaptic connections. *Depress Anxiety*, 31(4): 291–296. DOI:10.1002/da.22227
- Elsheshtawy, E. A., Abo-Elez, W. F., et al. (2014). Coping Strategies in Egyptian Ladies with Breast Cancer. *Breast Cancer: Basic and Clinical Research*, 8 : 97-102. DOI:10.4137/BCBC. 14755.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual*. Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.

- Endler, N. S., Parker, J. D. A., Summerfeldt, L. J. (1998). Coping with health problems: developing a reliable and valid multidimensional measure. *Psychological Assessment*, 10 (3): 195-205.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- Faravelli, C., Paterniti, S., Servi, P. (1997). Stressful life events and panic disorder. In T. W. Miller (Ed.), *Clinical Disorders and Stressful Life Events* (pp. 143-170). Madison, Connecticut: International Universities Press, Inc.
- Fava, G. A., & Sonino, N. (2005). The clinical domains of psychosomatic medicine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66 (7), 849-858.
- Feio, A., & Oliveira, C. C. (2015). Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. *Saúde e Sociedade*, 24, 703-715.
- Folkman, S., & Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 9(1), 11-19.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promises. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Folkman, S., Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire* (research edition). California: Consulting Psychologist Press.
- Folkow, B. (2006). Evolucionary aspects of stress. In Bengt B. Arnetz and Rolf Ekman (Ed.), *Stress in Health and Disease* (pp. 20-45). Weinheim: WILEY-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA.
- Frasquilho, M. A. (2005) Medicina, médicos e pessoas: Compreender o stresse para prevenir o burnout. *Acta Médica Portuguesa*, 18(6):433-44. 20.

- Frasquilho, M. A. (2015). Afunda-se no burnout? Há 12 degraus antes da queda fatal. *J Factores de Risco*, 37: 12-16.
- Freire, P. (1973). *Education for critical consciousness* (Vol. 1). Bloomsbury Publishing.
- Galinha, I., & Ribeiro, J. P. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, saúde e doenças*, 6(2), 203-214.
- Gemmell, L. A., Terhorst, L. et al. (2016). Gender and racial differences in stress, coping, and health-related quality of life in chronic kidney disease. *J Pain and Symptom Management*, 52(6): 806-812. DOI:10.1016/j.jpainsymman.2016.05.029
- Glanz, K. (1999). Teoria num Relance. Um guia para a prática da Promoção da Saúde. In L. Sardinha, M. Matos, & I. Loureiro (Eds), *Promoção da Saúde: Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo* (pp. 9-56). Lisboa: FMH.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2008). *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. John Wiley & Sons.
- Goldberg, D. P. & Huxley, P. (1992). *Common Mental Disorders: A Bio-Social Model*. London: Routledge.
- Golden, S. D., & Earp, J. A. L. (2012). Social ecological approaches to individuals and their contexts: twenty years of health education & behavior health promotion interventions. *Health education & behavior*, 39(3), 364-372.
- Graça, L. (2015). Promoção da Saúde: Uma abordagem positiva da saúde in *Promoção da saúde: da investigação à prática*. Vol. 1. Lisboa: SPPS, Editora, LDA.
- Grady, K. L., Andrei, A. C. et al. (2016). Gender differences in appraisal of stress and coping 5 years after heart transplantation. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 45(1), 41-47. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2015.09.009

- Greenberg, J. (2016). *Comprehensive stress management* (14th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Hagger, M. S., & Luszczynska, A. (2014). Planning interventions for behaviour change: A protocol for establishing best practice through consensus. *European Health Psychologist*, 16(5), 206-213.
- Hakanen, J. J., & Bakker, A. B. (2016). Born and Bred to Burn out: A Life-Course View and Reflections on Job Burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*. Advance online publication.
- Harandi, T. F., Taghinasab, M. M., & Nayeri, T. D. (2017). The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electronic physician*, 9(9), 5212. doi: 10.19082/5212
- Harrison, O., & Cooper, C. L. (2011). Stress and non-communicable disease: a multi-pronged approach to building healthier coping skills. *Stress and Health*, 27(2), 89-91. DOI: 10.1002/smi.1400
- Howe, G. W., Cimporescu, M., et al. (2016). Combining Stress Exposure and Stress Generation: Does Neuroticism Alter the Dynamic Interplay of Stress, Depression, and Anxiety Following Job Loss? *J Pers.* DOI:10.1111/jopy.12260
- Hubley, J., Copeman, J., & Woodall, J. (2021). *Practical health promotion*. John Wiley & Sons.
- Ingram, R. E. & Luxton, D. D. (2005). Vulnerability-Stress Models. In Benjamin L. Hankin & John R. Z. Abela (Eds), *Development of Psychopathology – A Vulnerability-Stress Perspective* (pp. 32-46). UK: Sage Publications.
- Janowski K., Kurpas D., et al. (2014). Emotional Control, Styles of Coping with Stress and Acceptance of Illness among Patients Suffering from Chronic Somatic Diseases. *Stress Health*, 30: 34–42. DOI:10.1002/smi.2493
- Jesus, S. N., Rezende, M., & Leal, I. (2009). *Experiências e Intervenções em Psicologia da Saúde*. Faro: CUIP - Universidade do Algarve.

- Jordan, C. (2010). Stress and inflammatory bowel disease: encouraging adaptive coping in patients. *Gastrointestinal nursing*, 8(10): 28-32.
- Joyce-Moniz, L. (1993). *Psicopatologia do Desenvolvimento do Adolescente e do Adulto*. Lisboa: Editora McGraw-Hill de Portugal Lda.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Dell Publishing.
- Kessler, R. C., Rose, S., et al. (2014). How well can post-traumatic stress disorder be predicted from pre-trauma risk factors? An exploratory study in the WHO World Mental Health Surveys. *World Psychiatry*, 13(3), 265-274. DOI:10.1002/wps.20150
- Klaperski, S. (2018). Exercise, stress and health: The stress-buffering effect of exercise. In Fuchs R., Gerber M. (eds) *Handbuch Stress regulation und Sport* (pp. 227-249). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Korte, S. M.; Koolhaas, J. M.; Wingfield, J. C.; McEwen, B. S. (2005). The Darwinian concept of stress: benefits of allostasis and costs of allostatic load and the trade-offs in health and disease. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29 (1), 3-38.
- Krzych, Ł. J., Wybraniec, M. T., et al. (2016). A study to evaluate the prevalence and determinants of stress coping strategies in heart failure patients in Poland (CAPS-LOCK-HF sub-study). *Kardiologia Polska*, 74(11): 1327-1331. DOI: 10.5603/KP.a2016.0109
- Kumar, S. (2016). Burnout and doctors: prevalence, prevention and intervention. *Healthcare*, 4 (3): 37. DOI: 10.3390/healthcare4030037
- Laffrey, S. C., & Kulbok, P. A. (1999). An integrative model for holistic community health nursing. *Journal of holistic nursing*, 17(1), 88-103.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and Emotion: A New Synthesis*. Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S. (2000). Toward better research on stress and coping. *American*

- Psychologist*, 55 (6), 665-673.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Leal, I. (2010). *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Lisboa: Placebo Editora.
- Leal, I., Pais-Ribeiro, L., & Jesus, S. N. (2006). Saúde, Bem-Estar e Qualidade de Vida - *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA Edições
- Leal, I., Pimenta, F., & Marques, M. (2012). *Intervenção em Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa, Placebo Editora.
- Lebov, J., Grieger, K., Womack, D., Zaccaro, D., Whitehead, N., Kowalczyk, B., et al. (2017). A framework for One health research. *One Health*, 3:44–50. doi:10.1016/j.onehlt.2017.03.004
- Lehrer, P. M., Woolfolk, R. L. & Sime, W. E. (Eds.) (2007). *Principles and practice of stress management* (3rd ed.). New York: The Guilford Press.
- Li, Y., Deng, J., Lou, X., Wang, H., & Wang, Y. (2020). A daily diary study of the relationships among daily self-compassion, perceived stress and health-promoting behaviours. *International Journal of Psychology*, 55(3), 364-372.
- Liu, S., Lithopoulos, A., Zhang, C. Q., Garcia-Barrera, M. A., & Rhodes, R. E. (2021). Personality and perceived stress during COVID-19 pandemic: Testing the mediating role of perceived threat and efficacy. *Personality and individual differences*, 168, 110351.
- Lloyd C., Smith, J., Weinger, K. (2005). Stress and diabetes: a review of the links. *Diabetes Spectrum*, 18 (2), 121-127.
- Lovallo, W. R. (2015). *Stress and health: Biological and psychological interactions*. Sage publications.
- Macedo, A., Marques, C., Quaresma, V., Soares, M.J., Amaral, A.P., Araújo, A.I., & Pereira, A.T. (2017). Are perfectionism cognitions and cognitive

emotion regulation strategies mediators between perfectionism and psychological distress? *Personality and Individual Differences*, 119, 46-51. DOI:

Macedo, A., Soares, M.J., Amaral, A.P., Nogueira, V., Madeira, N., Roque, C., Marques, M., Maia, B., Bos, S., Valente, J., & Pereira, A.T. (2015). Repetitive negative thinking mediates the association between perfectionism and psychological distress. *Personality and Individual Differences*, 72: 220-224. DOI

Marine, A., Ruotsalainen, J., Serra, C. & Verbeek, J. (2008). Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 34(3), 169-178. Retrieved from.

Maroco, J., Maroco, A.L., Leite, E., Bastos, C., Vazao, M.J., Campos, J. (2016). Burnout in Portuguese Healthcare Professionals: An Analysis at the National Level. *Acta Medica Portuguesa*, 29(1):24–30.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Burnout. In *Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior* (pp. 351-357). Academic Press. DOI: 10.1016/B978-0-12-800951-2.00044-3

Maslach, C., Jackson, S. (1981). The measurement of experienced Burnout. *J Occup Behav*, 2(2):99–113. DOI: [10.1002/job.4030020205/pdf](https://doi.org/10.1002/job.4030020205/pdf)

Maslach, C., Jackson, S., Leiter, M. (1997). *Evaluating stress: A Book of Resources*, (1) 97: 191–218.

Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.

Matarazzo, J.D. (1984). Behavioral Health: a 1990 challenge for health services professionals. In S.M. Weiss, J.A. Herd, N.E. Miller & S.M. Weiss (Eds). *Behavioral Health* (pp. 3-40). New York: John Wiley & Sons.

Matos, M.G. (2004). Psicologia da saúde, saúde pública e saúde internacional, *Análise Psicológica*, 3(XXII), 449-462.

- Matos, M.G. (2005). Adolescência, psicologia da saúde e saúde pública. In M. Matos (Eds), *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola* (pp. 15-26). Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Mazure, C. M., & Maciejewski, P. K. (2003). A model of risk for major depression: effects of life stress and cognitive style vary by age. *Depression and Anxiety*, 17, 26-33.
- Mazure, M. M., Bruce, M. L., Maciejewski, P. K., Jacobjs, S. C. (2000). Adverse life events and cognitive-personality characteristics in the prediction of major depression and antidepressant response. *The American Journal of Psychiatry*, 157 (6), 896-903.
- McEwen, B. S. (1998). Stress, adaptation, and disease – Allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 840, 33-41.
- McIntyre, T. M. (1994). A psicologia da saúde: Unidade na diversidade. In T. M. MacIntyre (Ed.), *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras* (pp. 17-32). Braga: APPORT.
- McKenzie, J., Neiger, B., Smeltzer, J. (2005). *Planning, implementing, and evaluating health promotion programs*. Chapter 13: Evaluation. An overview. 4th ed. San Francisco, Benjamin Cummings.
- Michie, S., van Stralen, M.M. & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Sci* 6, 42.
- Miller K. S., Vannatta K., et al. (2009). The role of coping and temperament in the adjustment of children with cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, L34(10), 1135–1143. DOI:10.1093/jpepsy/jsp037
- Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B., & Arild Espnes, G. (2017). *The handbook of salutogenesis*. Springer Nature.

- Monti, J. D., Winning, A., et al. (2017). Maternal and Paternal Influences on Children's Coping with Cancer-Related Stress. *Journal of Child and Family Studies*, 26(7): 2016-2025. DOI:10.1007/s10826-017-0711-y
- Moreno, A. S., García, E. R., & Campos, P. M. (2000). Conceptos en educación para la salud. In *Enfermería comunitaria. 3, Actuación en enfermería comunitaria: los sistemas y programas de salud* (pp. 155-168). McGraw-Hill Interamericana de España.
- Mota-Cardoso, R., Araújo, A., Ramos, R. C., Gonçalves, G., & M. Ramos (2000). *O stress nos professores portugueses*. Estudo IPSSO 2000. Coleção Mundo dos Saberes 31. Porto: Porto Editora.
- Naidoo, J., & Wills, J. (2016). *Foundations for Health Promotion-E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- 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* (pp. 5-28). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Nowrouzi, B., Lightfoot, N., Larivière, M., Carter, L., Rukholm, E., Schinke, R., & Belanger-Gardner, D. (2015). Occupational stress management and burnout interventions in nursing and their implications for healthy work environments: A literature review. *Workplace health & safety*, 63(7), 308-315. DOI: 10.1177/2165079915576931
- Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion—progress, problems and solutions. *Health promotion international*, 13(1), 27-44.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pais Ribeiro, J. L., Leal, I., Pereira, A., & Monteiro, S. (2012). *Psicologia da Saúde: Desafios à promoção da saúde em doenças crónicas*. Lisboa. Editora Placebo
- Pais-Ribeiro J. L., & Santos C. (2001). Estudo conservador de adaptação do

- Ways of Coping Questionnaire* a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 4 (XIX): 491-502.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1994). A Psicologia da saúde e a segunda revolução da saúde. In T. M. MacIntyre (Ed.), *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras* (pp. 33-53). Braga: APPORT.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Introdução à psicologia da saúde* (2ªEdição). Lisboa, PT: Placebo.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde* (2ªEdição). Coimbra, PT: Quarteto.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2015). Prefácio in *Promoção da saúde: da investigação à prática*. Vol. 1. Lisboa: SPPS, Editora, LDA.
- Pais-Ribeiro, J. L., Leal, I., Pereira, A., & Monteiro, S. (Eds.) (2012). *Psicologia da saúde: Desafios à promoção da saúde em doenças crónicas*. Placebo Editora. ISBN: 978-989-8463-30-2
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Perry, C. (1999). Creating health behaviour change: How to develop community-wide programs for youth. *Developmental Clinical Psychology and Psychiatry* series, 43.
- Petrowski, K., Herold, U., et al. (2010). A striking pattern of cortisol non-responsiveness to psychosocial stress in patients with panic disorder with concurrent normal cortisol awakening responses. *Psychoneuroendocrinology*, 35(3), 414-421. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2009.08.003
- Phillips, A. C., Carroll, D., & Der, G. (2015). Negative life events and symptoms of depression and anxiety: Stress causation and/or stress generation. *Anxiety, Stress, & Coping*, 28(4), 357-371.

- Pines, A. M., & Keinan, G. (2005). Stress and burnout: The significant difference. *Personality and individual differences*, 39(3), 625-635.
- Porter, C. M. (2016). Revisiting Precede–Proceed: A leading model for ecological and ethical health promotion. *Health Education Journal*, 75(6), 753-764.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276–288. DOI: 10.1037/h0088437
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Norcross, J.C. (1992) In Search of the Structure of Change. In: Klar Y., Fisher J.D., Chinsky J.M., Nadler A. (eds) *Self Change*. Springer, New York, NY. DOI: 10.1007/978-1-4612-2922-3_5
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o Desafio, Prevenção do Stresse no Trabalho*. Lisboa: Editora RH.
- Ramos, M. (2010), Stresse no Trabalho: Risco e oportunidade, *Livro de Actas do 9.º Congresso Internacional de Segurança e Saúde no Trabalho*, s/pp.
- Read, B., Perry, B. D., Moskowitz, A., Connolly, J. (2001). The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: a traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry*, 64 (4), 319-345.
- Rimer, B. K., & Glanz, K. (2005). *Theory at a glance: a guide for health promotion practice*. US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute.
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1990). Are people changed by the experience of having an episode of depression? A further test of the scar hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 264–271.
- Rosch, P. J. (1998). Reminiscences of Hans Selye and the birth of “stress”. *Stress Medicine*, 14 (1), 1-6.

- Rosenstein A. H. (2012). Physician stress and Burnout: Prevalence, Cause, and Effect. *Am Acad Orthop Surg.*, 6(8).
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health education monographs*, 2(4), 328-335.
- Russel, N. (1996). *Manual de Educação para a Saúde*. Lisboa. Direcção-Geral da Saúde.
- Saboga-Nunes, L. (2017). Perspectives on Salutogenesis of Scholars Writing in Portuguese. *The Handbook of Salutogenesis*, 415-421.
- Sallis, J. F., Owen, N., & Fisher, E. (2015). Ecological models of health behavior. *Health behavior: Theory, research, and practice*, 5(43-64).
- Santos, V. L. (2000). Marco conceptual de educación para lá salud. In Osuna, A. F. *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson.
- Saxbe, D. E., Beckes, L., Stoycos, S. A., & Coan, J. A. (2020). Social Allostasis and Social Allostatic Load: A New Model for Research in Social Dynamics, Stress, and Health. *Perspectives on Psychological Science*, 15(2), 469-482. DOI: 10.1177/1745691619876528
- Schiller, M., Hammen, C. C., & Shahar, G. (2016). Links among the self, stress, and psychological distress during emerging adulthood: Comparing three theoretical models. *Self and Identity*, 15(3), 302-326.
- Seaward, B. L. (2006). *Managing stress: Principles and strategies for health and well-being* (5th ed.). London: Jones & Bartlett Learning International.
- Seeman, T. E., Singer, B. H., Ryff, C. D., Dienberg, L. G., & Levy-Storms, L. (2002). Social relationships, gender, and allostatic load across two age cohorts. *Psychosomatic Medicine*, 64, 395-406.
- Sharma, M. (2016). *Theoretical foundations of health education and health promotion*. Jones & Bartlett Publishers.
- Sica, C., Latzman, R. D., Caudek, C., Cerea, S., Colpizzi, I., Caruso, M., ... & Bottesi, G. (2021). Facing distress in Coronavirus era: The role of

- maladaptive personality traits and coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 177, 110833.
- Stephton, S. E., Sapolsky, R. M., et al. (2000). Diurnal cortisol rhythm as a predictor of breast cancer survival. *Journal of National Cancer Institute*, 92 (12), 994-1000.
- Stephoe, A., & Kivimäki, M. (2013). Stress and cardiovascular disease: an update on current knowledge. *Annual review of public health*, 34, 337-354.
- Suls, J., Davidson, K., & Kaplan, R. (2010). *Handbook of Health Psychology and Behavioral Medicine*. Guildford Press New York, USA.
- Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 3, 377-401.
- Turner-Cobb, J. M., Stephton, S. E. et al. (2000). Social support and salivary cortisol in women with metastatic breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 62 (3), 337-345.
- United Nations (2015). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*.
- Valikhani, A., Kashani, V. O., Rahmanian, M., Sattarian, R., Rahmati Kankat, L., & Mills, P. J. (2020). Examining the mediating role of perceived stress in the relationship between mindfulness and quality of life and mental health: testing the mindfulness stress buffering model. *Anxiety, Stress, & Coping*, 33(3), 311-325. DOI: 10.1080/10615806.2020.1723006
- Van Praag, H. M., Kloet, R., & Van Os, J. (2005). *Stress, o Cérebro e a Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Vaz Serra, A. (1999). *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Coimbra: Editor Adriano Vaz Serra.

- Vladetic M., Janculjak D., et al. (2017). Health-related quality of life and ways of coping with stress in patients with migraine. *Neurological Sciences*, 38(2): 295-301. DOI 10.1007/s10072-016-2759-7
- Walter, U., Plaumann, M., & Krugmann, C. (2013). Burnout intervention. In *Burnout for Experts* (pp. 223-246). Springer, Boston, MA. DOI: 10.1007/978-1-4614-4391-9_14
- Wichmann S., Kirschbaum C., et al. (2017). Effects of the cortisol stress response on the psychotherapy outcome of panic disorder patients. *Psychoneuroendocrinology*, 77: 9-17. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2016.11.030
- World Health Organization (1948). *Officials Records of the World Health Organization*. 2, 100. United Nations, World Health Organization. Geneve, Interim Comission.
- World Health Organization (1978). *Declaration of Alma-Ata: international conference of primary health care*.
- World Health Organization (1986). *The Ottawa Charter of Health Promotion*. First international conference on health promotion.
- World Health Organization (1988). *Adelaide Recommendations on Health Public Policy*. Second international conference on health promotion.
- World Health Organization (1991a). *Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals*.
- World Health Organization (1991b). *Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health*. Third International Conference on Health Promotion.
- World Health Organization (1997). *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. The Fourth International Conference on Health Promotion.

World Health Organization (1998). *Health promotion evaluation: recommendations to policy-makers*. WHO: Copenhagen, Denmark.

World Health Organization (2000). *The 5th Global Conference on Health Promotion: Bridging the Equity Gap*.

World Health Organization (2005). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*.

World Health Organization (2009). *7th Global Conference on Health Promotion*.

World Health Organization (2011). *Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde*. Rio de Janeiro: WHO.

World Health Organization (2012). *Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies: a foundation document to guide capacity development of health educators*. Regional Office for the Eastern Mediterranean.

World Health Organization (2013). *The 8th Global Conference on Health Promotion: The Helsinki Statement on Health in All Policies*.

World Health Organization (2013). *What are the social 'determinants' of health?*.

World Health Organization (2014a). *Health and human behavior*. McGraw-Hill Inc: USA

World Health Organization (2014b). *Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action*. WHO: Geneva, Switzerland.

World Health Organization (2016). *9th Global Conference on Health Promotion: Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development*.

Zhang, X. et al. (2017). Burnout and its Association with Musculoskeletal Pain among Primary Care Providers. In: *Proceedings of the Human Factors*

and Ergonomics Society Annual Meeting, 61(1), pp. 1010-1014. PSage
CA: SAGE Publications Los Angeles.

Zinsstag, J., Schelling, E., Waltner-Toews, D., Tanner, M., editors (2015). One
Health, the Theory and Practice of Integrated Health
Approaches. *CABI*. doi:10.1079/9781780643410.0000

Zuckerman, M. (1999). Diathesis-stress models. In M.
Zuckerman, *Vulnerability to psychopathology: A biosocial model* (p. 3–
23). American Psychological Association.