

A pessoa humana e a doença

JOSÉ EUSÉBIO PALMA PACHECO*

RESUMO – Neste trabalho, procuramos fazer uma abordagem da pessoa humana e da suas inter-relações no contexto da dicotomia saúde – doença, com o enfoque na perspectiva humanista. Neste sentido, abordamos autores que contribuíram para uma visão mais humanizada da relação entre o profissional e o utente. É, assim, importante a formação profissional nas profissões de ajuda, que deve ter por base uma concepção holística - é esta uma premissa da relação de ajuda -, como a uma pessoa a quem não é possível ensinar a profissão, mas a quem se facilita o processo de descoberta pessoal, aprendendo a utilizar-se como instrumento pedagógico. Pensamos que a construção do sujeito é também feita por nós (o que está dentro da linha construtivista e da ecologia do desenvolvimento humano) bem como o nosso desenvolvimento pessoal e profissional. Por último, realçamos a importância dos padrões de conduta, hábitos ou estilos de vida, que mais do que as práticas isoladas, são, em muitos casos, a causa dos efeitos sobre a saúde.

Descritores – Humanização; relação de ajuda; construtivismo; estilos de vida.

ABSTRACT – In this work, the author looks for to make a boarding of the person human being and its Inter-relations in the context of the dichotomy health - illness, with the approach in the perspective humanist. In this direction, we approach authors who had contributed for a human vision of the relation between the professional and the patient. It is, thus, important the professional formation in the professions of aid, that must have for base a holistic conception - a premise of the aid relation is this -, as to a person to who is not possible to teach the profession, but to who if it facilitates the process of personal discovery, learning to use itself as pedagogical instrument. We think that the construction of the citizen also is made by us (what it is inside of the ecology of human development and constructivism) as well as our personal and professional development. Finally, to enhance the importance of the behaviour standards, habits or styles of life, that more of the one than practical the isolated ones, are, in many cases, the cause of the effect on the health.

Key-words – Human vision; aid relation; constructivism; life styles.

* Professor na Universidade do Algarve, Mestre em Psicologia da Educação, Doutorando em Psicologia da Saúde pela Universidade do Algarve, Portugal.

O artigo está original, em português de Portugal.

Artigo recebido em: dezembro/2004. Aprovado em: fevereiro/2005.

Educação

Porto Alegre – RS, ano XXVIII, n. 1 (55), p. 31 – 44, Jan./Abr. 2005

*Sermos o que somos
e tornar-nos o que somos
capazes de ser
é a única finalidade da vida
(Robert Louis Stevenson, séc. XIX).*

Falar acerca da pessoa humana e da doença é uma tarefa que nos transporta para vários tipos de abordagem. Desta forma, tivemos em linha de conta a perspectiva ecológica de Bronfenbrenner (1977), a perspectiva construtivista-sistémica, tal como Neimeyer e Neimeyer (apud SIMÕES, 1996, p. 34) referem, nos dizendo que a “epistemologia construtivista põe a ênfase na participação dos processos pessoais e sociais na construção da realidade”, já que a pessoa deve ser vista na interação que estabelece com o ambiente que a rodeia e na forma como define a sua realidade, complementa Pacheco (2002).

Esta perspectiva está relacionada com a percepção e avaliação que o indivíduo faz acerca dos acontecimentos. Foi também considerada a perspectiva de Compas (1987), acerca dos acontecimentos diários numa linha social, dentro de uma abordagem desenvolvimentista, coloca Pacheco (2002). A abordagem humanista terá, assim, pouco a ver com o positivismo, e mais com a construção da nossa realidade.

Deste modo, surge a doença não como um estado tal qual ela é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), mas mais como um processo. Exemplo disso é a situação de doença que só é afirmada quando existe um diagnóstico médico para a validar, sendo que, contudo, a doença já está instalada há algum tempo como, por exemplo, na hipertensão arterial.

Reflectindo sobre as implicações humanísticas, a descoberta do outro, como elemento diferente de nós, está escrita desde os primeiros pensadores filosóficos, ou mais recentemente, numa visão psicanalítica Freudiana, quando a criança começa a perceber e a reconhecer o outro como diferente de si. Também a antropologia científica afirma a importância do princípio da diferença na descoberta do social e da relação do sujeito com o social - o etnocentrismo é contornado, buscando-se uma abertura para a diferença.

Educação

É partindo desta mesma diferença que a relação de ajuda se estabelece, como uma das técnicas importantes, dentro das relações interpessoais, e vital na situação de doença, até porque Morin (1995 apud BOECHAT, 1998) lembra que não devemos esquecer o indivíduo e as interações entre estes.

Têm assim validade, como já referimos, não só o paradigma humanista, mas também a perspectiva sistêmica, destaca Pacheco (2002).

Como afirma Simões (1996, p. 153):

[...] torna-se, por conseguinte, necessária uma mudança de paradigma, pois que, a esta luz, muitas vezes, determinados comportamentos, que eram rigorosamente a face manifesta, visível e explícita do subjectivo, transformam-se quando interpretados sinteticamente, em algo de imprevisível e pouco consistente em termos causais [...].

É importante dizer que existem outras componentes importantes na interação pessoa-doença, como, por exemplo, o self, numa perspectiva Freudiana, ou o próprio Ego, numa abordagem de Loevinger, ou ainda o auto-conhecimento dos sujeitos, dado que, como refere Simões (1996), o conhecimento de si-próprio e dos outros aparece como algo relevante na formação das pessoas e, como tal, dos profissionais de ajuda. É, pois, crucial para um profissional saber tomar decisões e pautar a sua acção num quadro de interacção pessoal - o que implica saber como os sujeitos reagem, o que os motiva, como são e que condições é que o leva a modificar seu comportamento. Aliás, é nesta óptica que Combs (1974 apud SIMÕES, 1996) diz que o conhecimento acerca dos outros é importante.

A formação profissional nas profissões de ajuda deve ter por base uma concepção holística - é esta uma premissa da relação de ajuda, para Adam (1994) -, como a uma pessoa a quem não é possível ensinar a profissão, mas a quem se facilita o processo de descoberta pessoal, aprendendo a utilizar-se como instrumento pedagógico. Pensamos que a construção do sujeito é também feita por nós (o que está dentro da linha construtivista) e o nosso desenvolvimento pessoal e profissional, mesmo que balizado por circunstâncias exteriores, envolve uma panóplia de aspec-

Educação

tos, ultrapassando o preparo formal para praticar a profissão (BONBOIR, 1988; GONÇALVES, 1990, apud RALHA SIMÕES, 1995).

A PERSPECTIVA HUMANA E A DOENÇA

A vida humana tem várias dimensões sociais, ou seja, o Ser Humano é um ser em interação com o ambiente que o rodeia. Assim, a pessoa é um animal social organizado em grupos que se regulam e se reproduzem, perpetuando-se. Numa perspectiva sistémica, somos sistemas abertos autoreguláveis e estamos em interação permanente, influenciando e sendo influenciados.

A nossa existência, nesta interação, dá-nos vivências e experiências como membros activos da sociedade que nos determina uma certa visão do mundo. Nesta lógica, a cultura é uma das formas que as pessoas possuem como contributo para a organização social, sendo a base da organização de um povo e/ou de uma sociedade.

Os princípios que são assimilados durante a nossa existência social levam os sujeitos a ver o mundo com uma certa visão particular, a vivenciá-lo exprimindo emoções e a traduzir essas emoções em determinados comportamentos. Neste percurso de endoculturação, os profissionais de saúde são dos que incorporam bastantes atributos da sociedade, mas numa linha de categoria ou subcultura profissional vigente ou existente.

Isto significa que um estudante, ao escolher uma determinada carreira, adquire gradualmente a cultura da carreira escolhida. Nesta relação da pessoa, enquanto portador de doença ou como profissional de saúde, estão presentes várias influências, que incluem factores individuais (idade, altura, sexo, self, inteligência, etc.), factores educacionais (religião, etnia, etc.) e factores socioeconómicos (classe social, estatuto económico e redes de apoio), entre outros.

Para Helman (1994), as pessoas podem ter determinados comportamentos ou atitudes sem que seja uma norma em suas culturas, mas porque, por serem muito pobres, não têm condições de proceder de forma diferente. Dá como exemplo, pessoas que se apresentam ansiosas diariamente, não pela sua cultura, mas por serem discriminadas ou perseguidas por outras pessoas. Assim, para compreendermos a relação da pessoa

Educação

com a doença e a saúde é importante termos em consideração estas situações, pois factores económicos são determinantes na doença, uma vez que o desemprego e a pobreza podem conduzir, por exemplo, a alimentação deficiente, a má habitação, ao consumo de álcool e ao stresse psicológico.

Neste sentido, foi concluído um estudo no Reino Unido, em 1982, segundo o Black Report, destaca Helman (1994), que demonstrou que os sujeitos pertencentes a classes sociais mais pobres tinham mais doenças e apresentavam uma taxa de mortalidade muito maior do que os sujeitos de classes mais ricas.

É importante não valorizar demais a cultura e o meio ambiente, pois quanto à saúde, o profissional tem que estar atento à forma como as pessoas falam dos seus problemas e dos seus sintomas, que podendo ser atribuídos à cultura, podem ter causas mentais ou físicas na origem.

A comunicação tem, dentro desta linha de pensamento, um valor fundamental, em que, por vezes, o profissional, numa atitude de defesa para lidar com a doença e/ou a morte, esquece que está a lidar com pessoas, e não com diagnósticos ou materiais (a fractura do colo do fémur está melhor...; cama 25 tem alta...).

Os profissionais de saúde olham para os problemas de saúde por prismas diferentes do das pessoas com doença, ainda que tenham formações ou culturas parecidas. Cada um tem os seus pontos de vista, visando objectivos diferentes: uns querem a cura ou tratamento, outros a eficácia no tratamento e sua avaliação. Estamos perante o que se dizia atrás, quando se falava do processo da doença: a enfermidade (disease) é considerada como um desvio dos valores normais, seguida de alterações do funcionamento dos sistemas orgânicos – que é a perspectiva dos médicos ou restantes profissionais; a doença (illness) é o que a pessoa tem antes de ir ao médico, destaca Helman (1994), sendo a resposta subjectiva do utente ao seu mal-estar, bem como daqueles que o cercam.

Poderemos dizer que a enfermidade é o que o órgão possui e a doença o que o homem tem. A definição de doença inclui não somente a vivência pessoal do problema de saúde, mas também a atribuição de um significado à situação.

Educação

É, dentro desta lógica, importante as definições de saúde e de doença, sendo que estas variam de indivíduo para indivíduo, culturas e classes sociais, como acima já referimos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) definia, em 1947, saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade. Podemos, então, ver a saúde como um equilíbrio na relação entre o homem, o meio ambiente e o mundo metafísico. Uma alteração neste sistema pode conduzir a distúrbios que se manifestam através de sintomas físicos e/ou emocionais.

O desenvolvimento do homem está associado a grandes correntes do pensamento: cristianismo, psicanálise e humanismo, entre outras. Ora, estas correntes pressupõem práticas diferentes, sendo importante, por exemplo, a pirâmide das necessidades básicas de Maslow (1968), em que referiu que a natureza interna de cada sujeito tem características comuns à espécie, como a necessidade de pertença ou de amor, e outras que são próprias da pessoa, como o talento para a pintura. Neste pensamento está presente a idéia de que a pessoa se determina a si própria, sendo que, se a natureza da pessoa for frustrada ou negada, surge a doença. A saúde psicológica só está presente quando o essencial da pessoa é aceito, amado e respeitado pelos outros, já que, segundo Maslow (1968), há saúde e autosatisfação só quando a satisfação das necessidades básicas é atingida. Dentro desta perspectiva, uma determinada sociedade ou cultura tanto pode promover o auto-crescimento, como inibi-lo.

Os conceitos de saúde e de doença variam de pessoa para pessoa e segundo a sua percepção: dos doentes, dos profissionais e entre estes, dos governos, etc. Para King (1971), saúde e doença são um estado contínuo, em que factores externos e internos estão presentes e em que a capacidade do sujeito se adaptar a estes se torna relevante.

Em jeito de síntese, diremos que a doença é um estado que foi diagnosticado por um profissional (médico) e que pressupõe avaliação das funções biológicas, tendo em atenção os níveis de funcionamento óptimo, coloca Mitchell (1977).

Já para Dunn (1959), a noção de bem-estar deve estar presente, como forma de se promover a saúde, pois o bem-estar é uma orientação que vai

Educação

no caminho de um potencial ainda mais elevado de funcionamento, e que varia com as condições do ambiente.

Nesta linha de pensamento, o desenvolvimento das profissões de ajuda deve ser visto não só no modo como o profissional exerce, ressalta Simões (1996, p.163), “mas também daquilo que ele é e se vai tornando como pessoa”. Chegamos, assim, à relação de ajuda essencialmente de cariz rogeriano, como Rogers destaca no livro Tornar-se pessoa.

A PRÁTICA DA RELAÇÃO DE AJUDA NO “SETTING” TERAPÊUTICO

Na abordagem da relação profissional de saúde/doente, é de se ter em consideração um dos aspectos mais relevantes e pertinentes na definição da relação terapêutica com o utente: os princípios éticos. A prática clínica deve ser regida não só por códigos deontológicos, mas também assentar numa conduta ética.

Estes pressupostos éticos conduzem à prática de cuidados mais humanos, em que existe o princípio do respeito pela autonomia da pessoa, promovendo-se a dignidade humana (direito à revelação completa do caso, consentimento livre e consentido), o princípio da beneficência, não se causando dolo (isenção de dano, isenção de exploração e ponderação da relação risco/benefício), salvaguardando-se o princípio da não-maleficência (não provocar dano de forma intencional ou negligente) e, por último, respeitando o princípio da justiça (direito ao tratamento e à privacidade), conforme Catarino (2003).

Tendo como base um estudo acerca dos aspectos importantes para os sujeitos, numa investigação no âmbito da saúde, levado a cabo por Nottter e Hott (1992), a protecção das pessoas assenta em três aspectos: Consentimento livre e esclarecido voluntário, Confidencialidade e Protecção contra danos que possam ocorrer.

Deste modo, e tendo presente estes pressupostos nas relações de profissionais de saúde/doentes podemos passar à análise da importância que tem a relação de ajuda na humanização da prática dos cuidados.

Educação

A relação de ajuda teve origem em estudos psicoterapêuticos realizados por Rogers e depois adaptados a outras dimensões do saber. No decurso da sua prática clínica, ao interagir com os pacientes, destacam Adam (1994) e Phaneuf (1995) que Rogers observou, sentiu, compreendeu e procurou interpretar as relações de ajuda que estabeleceu. Para este autor, é através da compreensão da análise destas relações, que se pode respeitar, compreender, sentir e desenvolver uma atitude empática - é o saber colocar-se no lugar do outro.

Para Phaneuf (1995) e Adam (1994), o processo de relação de ajuda passa, então, pela capacidade da pessoa que ajuda saber escutar, procurar compreender a dinâmica subjacente ao que vive esta pessoa (captar os índices, mesmo que discretos de mensagens afectivas, verbais ou não verbais), e chegar a uma interpretação lógica, em que a pessoa que ajuda vai responder - como se diante de um espelho -, manifestando a sua compreensão para a dificuldade com que se depara a pessoa, levando a uma reacção da mesma, explorando os seus sentimentos para confirmar ou infirmar o que lhe transmite quem ajuda, pela sua empatia; na fase final, a pessoa que ajuda leva a pessoa ajudada a identificar as suas próprias capacidades - o sujeito vê mais claramente o seu problema, os seus recursos e está em condições de tomar decisões e se empenhar na acção.

Isto significa que o processo da relação de ajuda tem um fim - é limitado no espaço (pode ser no *setting* terapêutico de um consultório) e no tempo (final de uma consulta).

Continuando esta ideia, a relação de ajuda definida por Rogers, há mais de 40 anos, na sua aplicação ao contexto clínico da Enfermagem, segundo Phaneuf (1995) e Adam (1994), e ao contexto educativo, segundo Brederote Santos (1985) - importante em nível das relações interpessoais e na formação -, no essencial, estão de acordo quanto às atitudes e compreende:

- empatia - compreensão profunda do outro entrando no seu universo para o compreender como se estivesse colocado no seu lugar;
- respeito - confiança no outro, ou seja, reconhecer no outro a pessoa humana, investida de dignidade e de valor;

Educação

- autenticidade - esta atitude pressupõe a espontaneidade e a sinceridade (coerência sobre o que se diz e o que se sente);
- aceitação - aceitar a pessoa tal como ela é, sem avaliação (esta característica não está definida para Brederote Santos tão explicitamente);
- escuta - saber ouvir sem pressas (também aqui Brederote Santos não refere este aspecto tão claramente).

Nesta linha de idéias, no seu livro *Os Aprendizizes de Pigmaleão*, Brederote Santos (1985, p.38) fala naquilo que chamou de “lista das oito competências interpessoais”: a empatia, o respeito, a autenticidade (já foram referidas anteriormente), indo então, abordar-se em seguida as restantes cinco competências por si citadas:

- calor - aproximadamente amizade e simpatia;
- especificidade - ser concreto sobre o que se está a falar;
- auto-exposição - ser capaz de se expor, de se abrir sobre as suas experiências pessoais;
- confronto - mostrar construtivamente aos outros o seu comportamento negativo;
- imediaticidade - aproximadamente focar a relação “aqui e agora” entre os dois protagonistas da relação.

Esta idéia de relação de ajuda pressupõe uma visão, que podemos considerar, do desenvolvimento humano numa perspectiva do desenvolvimento com enfoque na abordagem humanista.

Dentro desta temática, autores como Bühler, que sempre teve uma concepção humanista, contribuíram para o aprofundar desta visão. A pessoa humana é essencialmente activa, estando envolvida num processo de crescimento psicológico, tendo um projecto de vida, que a autorealiza, vai-se autodeterminando, e ao dotar-se de intencionalidade, procura o sentido da sua vida.

Os psicólogos humanistas consideram que o homem na procura dos seus fins une-se como ser, ao mundo e à sua própria vida, conforme

Educação

Vandenplas-Holper (2000). Assim, os acontecimentos de vida significativos surgem com implicação na saúde e na doença.

A IMPORTÂNCIA DOS ACONTECIMENTOS SIGNIFICATIVOS: DA VIDA NA SAÚDE

Alguns acontecimentos de vida têm sido estudados por autores como Meyer, por exemplo, ao estabelecer um mapa da vida, com mudanças como as de residência, a entrada na escola, os nascimentos, os óbitos no interior das famílias, que foi o primeiro a estabelecer um nexo de causalidade entre estes acontecimentos e a doença, comenta Vandenplas-Holper (2000).

Num estudo realizado por Schaie e Labouvie-Vief, em 1974, com 88 sujeitos, relacionava-se o impacto dos acontecimentos de vida e os dados relativos à saúde. Da análise deste estudo resultou que, dos dados relativos aos acontecimentos de vida e à saúde, 93% das doenças descritas pelos sujeitos estavam associadas a mudanças de vida ocorridas ao longo dos dois anos anteriores à manifestação das doenças. Correspondiam, assim, a crises de vida, nas quais parecia que o risco de doença crescia, à medida que as mudanças de vida aumentavam; outros estudos retrospectivos estabeleciam relações entre a mudança de vida e diferentes tipos de doenças, tais como enfartes do miocárdio ou fracturas, ressalta Vandenplas-Holper (2000).

Numa revisão da literatura, Holmes e Masuda (1974) concluíram que o conceito de acontecimento de vida parece ser causal na ocorrência da doença, ao momento da sua emergência e à sua gravidade, na qual os acontecimentos de vida levariam a um esforço adaptativo do organismo, e uma resistência corporal menor conduziria a uma ocorrência da doença, ainda destacado por Vandenplas-Holper (2000).

Kobasa (1979) interessou-se por esta matéria e estudou a importância da personalidade na situação de doença, pois existem pessoas que têm grandes mudanças na vida sem adoecerem, podendo a variável personalidade ser moderadora nestas situações; é o caso de pessoas altamente stressadas permanecerem de boa saúde, enquanto outras, ficariam doentes. Estas pessoas com uma personalidade mais lutadora controlam o seu

Educação

meio, considerando as exigências do meio um desafio e não uma ameaça, o que está de acordo com a abordagem humanista e o conceito de competência, tal como White propôs em 1959, coloca Vandenplas-Holper (2000).

Segundo Holmes e Masuda (1974), os acontecimentos da vida requerem esforços adaptativos, por parte do organismo que, em termos de duração, são variáveis (veja-se as diferenças entre situações agudas e crônicas), mas que diminuem a resistência corporal e aumentam as possibilidades de surgirem estados de doença.

Esta fragilidade é, na realidade, um factor que pode provocar stress e posteriormente doença, interferindo na vida do indivíduo, e podendo conduzir a situações de ruptura (burnout) - com todas as implicações que daí advêm, em nível das relações sociais e familiares, e hábitos de saúde relacionados com os comportamentos - tal como referia Hinkle, em 1974 -, ligados a determinados estilos de vida.

ESTILOS DE VIDA E DOENÇA

Os estilos de vida saudáveis estão presentes nos nossos comportamentos a vários níveis. Em 1982, Hamburg, Elliot e Parrot (apud MARTÍN, 1998) referiram que o comportamento humano individual está ligado a cerca de 50% dos anos de vida potencial perdidos nos países ocidentais. Os comportamentos que aumentam a probabilidade de uma pessoa adoecer são chamados de condutas de risco, segundo o que Sarafino afirma em 1994, em que podemos incluir práticas como o consumo de substâncias aditivas como o tabaco, o álcool, o uso de drogas ou até uma condução temerária nas estradas. Pelo contrário, em 1984, Matarazzo, diz que as condutas de saúde, e os comportamentos que diminuem o risco de um sujeito prematuramente adoecer, ou que permitam uma detecção precoce dos transtornos assintomáticos em pessoas que se julgam sãs - como em 1966, referem Kasl e Cobb -, compreendem, por exemplo, o dormir um número adequado de horas, a alimentação, o fazer exercício físico, entre outros.

Educação

Este conceito de conduta de saúde é usado com frequência num sentido mais amplo, incluindo um comportamento saudável ou salutogénico que engloba o respeito pelas prescrições médicas em caso de doença. Assim, entendemos por conduta de saúde qualquer comportamento preventivo de doença ou promotor de saúde, seja qual for a condição actual do indivíduo, destacam Ferrero et al. (apud MARTÍN, 1998). Ainda dizem que os padrões de conduta, hábitos ou estilos de vida, mais do que as práticas isoladas, segundo Bishop, em 1994, são, em muitos casos, a causa dos efeitos sobre a saúde, pois a saúde deriva mais da persistência dos mesmos do que da ocorrência fortuita destes. Para Coreil, Levin e Gartly, em 1992, neste contexto a noção de hábito é preferível para se dar conta da presença persistente e automatizada de comportamentos específicos (tal como fumar, por exemplo), enquanto que a expressão padrão de conduta é mais complexa e evoca uma variedade de práticas relacionadas, muitas vezes, com a personalidade.

QUAL O FUTURO?

A concepção humanista tem presente que o equilíbrio ou homeostasia são atingidos quando todas as tensões por que passa o ser humano tiverem sido superadas. Assim, esta concepção de ser humano é a de uma pessoa essencialmente activa, não fugindo às dificuldades e construindo a sua realidade. É um processo contínuo, no qual se tornam relevantes os nossos comportamentos e as nossas atitudes. O estudo dos comportamentos de risco e dos promotores da saúde e os processos de afirmação de hábitos saudáveis e de extinção das práticas de risco constituem um dos principais contributos da Psicologia da Saúde, no âmbito da prevenção e da promoção da saúde (nível primário), completam Ferrero et al. (apud MARTÍN, 1998), sendo talvez esta a melhor situação que serve ambos os intervenientes nesta dialéctica: profissionais de saúde e pessoas.

Educação

REFERÊNCIAS

- ADAM, E. Ser Enfermeira. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.
- BOECHAT, W. Propostas para uma pedagogia criativa. In: SIMPÓSIO DA AJB, VI, São Paulo, nov. 1998 disponível em <http://www.rubedo.psc.br/Artigos/pedagogo.htm>
- BONBOIR, A. Être enseignant: du projet d'accomplissement personnel au projet vocational. In: CONGRESSO DA A.I.R.P.E., V, Actas... Aveiro, Universidade de Aveiro, 1988. p.102-126.
- BREDERODE SANTOS, M. E. Os Aprendizes de Pigmaleão. Lisboa: Ed. Instituto de Estudos para o Desenvolvimento, 1995.
- BRONFENBRENNER, U. Toward an Experimental Ecology of Human Development. *American Psychologist*, n. 32, p. 513-531, July 1977.
- CATARINO, H. B. Contributos teóricos para a Investigação em Enfermagem – Aspectos Éticos da Investigação. *Sinais Vitais*, n. 46, p. 63-66, jan. 2003.
- COMBS, A.W. How it began: the basic research and theory. In H. WASS, H.; BLUME, R. A.; COMBS; A. W.; HEDGES, W. D. Humanistic teacher education - an experiment in systematic curriculum innovation. Fort Collins, Shields, 1974. p. 1-13.
- COMPAS, B. E. Coping With Stress During Childhood and Adolescence. *Psychological Bulletin*, v. 101, n. 3, p. 393-403, 1987.
- DUNN, H. High level wellness in wham and Society. *American Journal of Public Health*, n. 6, v. 49, 1959.
- FERRERO, J.; TOLEDO, M.; BARRETO, M. P. Comportamiento, promoción de la salud y prevención de la enfermedad. In: MARTÍN, P. B.: MARTINEZ, J. G.; ALIAGA, M. T. (Comp.) *Intervención en Psicología clínica y salud*. Promolibro: Valencia, 1998.
- GONÇALVES, J. A. (1990). A carreira dos professores do ensino primário - contributo para a sua caracterização. 1990. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- HELMAN, C. G. *Cultura, Saúde e Doença*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

Educação

Porto Alegre – RS, ano XXVIII, n. 1 (55), p. 31 – 44, Jan./Abr. 2005

- HOLMES, Th. H.; MASUDA, M. (1974). Life change and illness susceptibility. In: DOHRENWENDE, B. S.; DOHRENWENDE, B. P. (Eds.). Stressful life events: Their nature and effects. New York, Wiley, 1974. p. 45-72.
- KING, I. Toward a theory for nursing – general concepts of human behaviour. New York: John Hiley and Sons, 1971.
- KOBASA, S. C. Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of personality and Social Psychology*, v. 1, n. 37, p. 1-11, 1979.
- MASLOW, A. Toward a psychology of being. 2. ed. New York: D. Van Nostrand, 1968.
- MITCHELL, P. Concepts basic to nursing. New York: McGraw-Hill Book, 1977.
- MORIN, E. Cultura e Conhecimento. In: WATZLAWICK, Paul ; KRIEG, Peter (orgs.) *O Olhar do Observador*. Campinas: Editora Psy II, 1995.
- NOTTER, P.; HOTT, J. Principios de la investigación en enfermería. Barcelona: Doyma, 1992.
- PACHECO, J. E. P. Stress e Coping nos estudantes do Ensino Básico. 2002. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Educação) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve, Faro.
- PHANEUF, M. (1995). A relação de ajuda - elemento de competência da enfermeira. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, I, Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Lisboa, 1995.
- RALHA-SIMÕES, H. Dimensões pessoal e profissional na formação de professores. Aveiro, CIDInE, 1995.
- ROGERS, C. R. Tornar-se Pessoa. 6. ed. Lisboa: Moraes, 1983.
- SIMÕES, C. M. Desenvolvimento do professor e construção do conhecimento pedagógico. Aveiro, Fundação Jacinto de Magalhães, 1996.
- VANDENPLAS-HOLPER, C. Desenvolvimento psicológico na idade adulta e durante a velhice (Maturidade e Sabedoria). Lisboa: Ed. ASA, 2000.

Educação