PSICOLOGIA DA SAÚDE E DOS SISTEMAS GRUPAIS

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ÍNDICE

1. Modelo Biomédico
2. Determinantes dos Comportamentos de Saúde
3. Psicologia da Saúde - Conceitos
4. Teorias Cognitivas
5. Crenças de saúde e de doenças
6. Modelo de Adesão Terapêutica
7. Processo de Comunicação Pessoal
8. Grupos em Contexto de Saúde
9. Comportamentos de grupo
10. Gestão construtiva de Conflitos
11. Abordagem psicológica do adoecer corporal
12. Morte – o contexto familiar (a família enlutada)

MODELO BIOMÉDICO – Século XIX

✓ Todas as doenças são explicadas por distúrbios nos processos fisiológicos. Conceitos como "mente" não são necessários para explicar o funcionamento físico, ou mesmo o comportamento.

Mudanças ocorridas nas principais causas de morte e nas doenças das sociedades modernas, tornaram o **MODELO BIOMÉDICO INADEQUADO E INSUFICIENTE**

NOVAS ABORDAGENS PROVOCARAM O EMERGIR DE:

- Medicina Psicossomática

Resposta à análise freudiana da relação entre mente e doença física *(Início do séc.XX)*

Ex.: "paralisia histérica"

Experiências e sentimentos reprimidos são expressos sob a forma de um problema físico. (É o reflexo do estado mental do indivíduo)

- Saúde Comportamental

Manutenção da saúde

Prevenção da doença

Com informações educativas para modificar comportamentos e estilos de vida.

Comportamento é determinante do estado de saúde – **Responsabilidade Individual**

- Medicina Comportamental

Conjunto de elementos das disciplinas científicas que estudam os comportamentos que incidem sobre os cuidados de saúde (comportamentos e sua relação com a doença física Ex: hipertensão; obesidade; aditivos, etc.).

Investigação relativamente às doenças e disfunções com elas relacionadas

(probl. psicológicos não podem aqui ser incluídos a não ser que contribuam para o desenvolvimento de doença física)

- Psicologia da Saúde (Matarazzo, 1984, EUA)

Abordagem holistica da saúde e da doença

A mente tem um papel tanto na causa como no tratamento da doença.

ALTERNATIVA CRIADA FACE A ESTAS NOVAS ABORDAGENS QUESTIONARAM A CISÃO CORPO/MENTE:

MODELO BIOPSICOSSOCIAL Engel, 1987

---- Factores BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS e SOCIAIS são, todos eles, determinantes importantes da saúde e da doença

MODELO BIOPSICOSSOCIAL DA SAÚDE E DA DOENÇA

✓ O modelo biopsicossocial representou uma tentativa de integrar o psicológico e o **meio ambiente** no **modelo biomédico tradicional**:

1- Contributos Biológicos:

Genética

Vírus

Bactérias

Defeitos estruturais

2- Aspectos Psicológicos da saúde e da doença:

Cognições (expectativas de saúde)

Emoções (medo da doença)

Comportamentos (fumar; dieta; etc.)

3- Aspectos Sociais:

Normas sociais de comportamento

Pressões para mudança de comportamento

Valores sociais relativos à saúde

Classe social

Grupo étnico

✓ Este modelo pode ser entendido pela resposta que dá às seguintes questões:

1- O que causa a dça?

"Processos multifactoriais resultantes da interacção entre o indivíduo e o meio, interacção essa que é comportamento";

2- Quem é responsável pela dça?

O indivíduo deixou de ser considerado uma vítima passiva; Tem responsabilidade na sua doença;

3- Como devem ser tratadas as dças?

A pessoa no seu todo. Não só a nível físico, mas também a nível do comportamento, crenças, coping e adesão às recomendações;

4- Quem é responsável pelo tratamento?

Uma parte cabe aos técnicos de saúde e a outra ao doente que fica, em parte, responsável pelo tratamento;

5- Qual a relação entre saúde e dça?

Contínuo onde o indivíduo progride do estado de saúde ao de doença e vice versa;

6- Qual é a relação entre mente e corpo?

Influências mútuas não podendo ser consideradas independentemente;

7- Qual é o papel da psicologia na saúde e na dça?

Factores psicológicos como consequência das dças, mas tb contribuindo para a sua etiologia e progressão.

Modelo BIOMÉDICO

4 novas abordagens que puseram em causa o Modelo Biomédico

Medicina Psicossomática ⇨ sentimentos reprimidos expressos em problema físico (reflexo do estado mental do indivíduo).

Medicina Comportamental ⇨ estuda os comp. que incidem sobre os cuidados de saúde (comportamento e relação c/ dça física).

Saúde Comportamental ⇨ informações educativas p/ modificar comportamentos e estilos de vida que determinam o estado de saúde individual (responsabilidade individual).

Psicologia da Saúde ⇨ abordagem holística da saúde e da doença (papel da mente na causa e no tratamento da dça).

Modelo BIOPSICOSSOCIAL

<u>Pode ser compreendido pelas respostas que dá as seguintes questões:</u>

1. O que causa a doença?
2. Quem é o responsável pela doença
3. Como devem ser tratadas as doenças?
4. Quem é o responsável pelo tratamento?
5. Qual a relação entre saúde/doença?
6. Qual a relação entre mente/corpo?
7. Qual o papale da Psicologia da Saúde na doença?

Uma introdução à psicologia da saúde

	Modelo Biomédico	Modelo biopsicossocial
O que causa a doença?	As doenças advêm do exterior do corpo, invadindo-o e causando mudanças físicas dentro do mesmo, ou têm origem em mudanças físicas internas involuntárias.	Sendo o ser humano visto como um sistema complexo, a doença é causada por uma multiplicidade de factores e não por um único factor causal. A doença pode ter origem numa combinação de factores biológicos (vírus…), psicológicos (comportamento, crenças…) e sociais (emprego…). **Integração dom biológico com o meio ambiente.**
Quem é responsável pela doença?	Os indivíduos não são considerados responsáveis pelas suas doenças, sendo vistos como vítimas de uma força externa que provoca mudanças internas.	O indivíduo não é encarado como uma vítima passiva, podendo ser considerado responsável pelo seu estado de saúde e pelas suas doenças.
Como devem ser tratadas as doenças?	Através de vacinação, cirurgia, quimioterapia e radioterapia, com o objectivo de mudar o estado físico do corpo.	A pessoa deve ser tratada como tal e não apenas ao nível das mudanças físicas que se deram, podendo tomar uma mudança de comportamento (encorajando nas mudanças de crenças, estratégias de *coping* e adesão às recomendações médicas).
Quem é responsável pelo tratamento?	A classe médica.	Como a pessoa num todo faz parte do tratamento, esta fica, em parte, responsável pelo mesmo. Cria um caracter responsável no doente, em relação à ingestão de medicação, na modificação das suas crenças e comportamentos.
Qual é a relação entre saúde e doença?	A saúde e doenças são qualitativamente diferentes, ou seja, ou se é saudável ou se é doente; não existe um processo de continuidade entre ambas.	Saúde e doença não são qualitativamente diferentes, mas situam-se num *continuum*.
Qual é relação entre a mente e o corpo?	A mente e o corpo funcionam independentemente um do outro – são entidades separadas. Esta perspectiva é comparável ao modelo dualista, em que a mente é incapaz de influenciar o estado físico (Mente - algo de abstracto; corpo – visto em termos de substancias físicas)	A mente e o corpo interagem. As duas entidades são vistas numa perspectiva de influências mútuas.
Qual o papel da Psicologia na saúde e na doença?	A doença pode ter consequências psicológica, mas não causas psicológicas.	Os factores psicológicos podem ser considerados consequências da doença, mas também contribui para a sua etiologia.

DETERMINANTES DOS COMPORTAMENTOS DE SAÚDE

Pessoais
- Psicológicos
- Estilo de vida
- Universo de significância pessoal/individual

Familiares
- Estruturas da família
- Influências da família na adopção de comportamentos

Sócio-culturais
- Crenças
- Aquilo em que acreditamos como algo inquestionável e que trespassa gerações.

Pessoais

- **Psicológicos**
  - Cognitivos (conhecimento)

- *Cognições de saúde e de doença* – crenças, percepções e atribuições que os sujeitos fazem, ou têm, acerca da saúde e da dça e que podem desempenhar um papel importante no seu desenvolvimento.
- *Coping* – estratégias adoptadas pelo indivíduo destinadas a dominar ou atenuar as exigências criadas por uma situação de stress; depende + da percepção individual da ameaça e das circunstâncias sociais do que da situação específica.

  - Afectivos
  - Comportamentais

- **Estilo de vida**
- **Universo de significância pessoal**
  - Características pessoais
  - Selecção perceptiva do indivíduo (informações → comportamento)
  - Organização conceptual do próprio

❒ ATITUDE vs COMPORTAMENTO

- Comportamento: acção; o que é directamente observável;
- Atitude: posição mental estável assumida em relação a uma ideia, objecto ou pessoa; é uma predisposição interior p/ qq coisa. Exº: atitude face à ecologia; atitude sobre energia nuclear; atitude face à legalização das drogas.

Combinação de:
- crenças
- sentimentos
- avaliações

→ Juntamente c/ uma predisposição p/ agir de acordo c/ estas.

Estrutura da atitude: 3 respostas avaliativas c/ 2 vértices (adesão e rejeição):

- Cognitiva (pensamentos, crenças)
- Afectiva (emoções relativas ao objecto alvo)
- Comportamental (acção e interacções comportamentais)

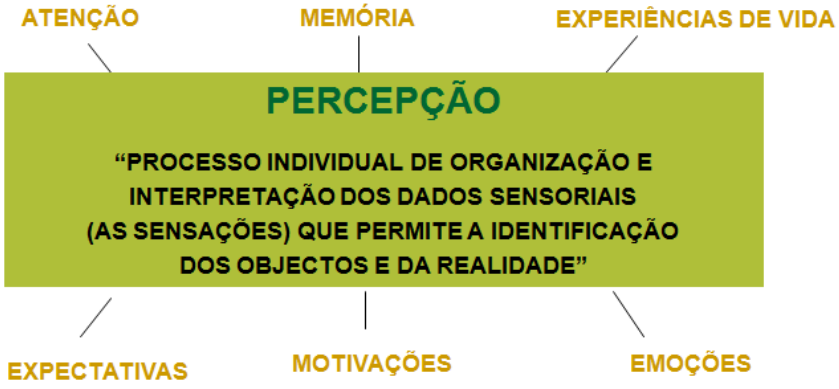
Ameaças às atitudes

- Preconceitos
- Padrões situacionais
- Comunicações persuasivas
- Publicidade e marketing

Mudança de atitude

- A tendência é p/ a consistência cognitiva
- Requer esforço
- Persuasão a partir de fontes credíveis e c/ msg apropriada

Determinantes *Psicológicos* dos comportamentos de saúde



SENSAÇÃO vs PERCEPÇÃO

- Sensação – 1º contacto que o nosso organismo tem c/ os estímulos sensoriais do meio ambiente.
- Percepção – processo pelo qual os estímulos são interpretados, analisados e integrados c/ outra informação sensorial (exº som de campainha)

  - Influencia biofisiológica
  - Reversibilidade (leis de Gestalt da organização perceptiva)

Leis de Gestalt (dar coerência ao percepcionado)

- Série de princípios que descrevem a forma como se organizam partes de informação num todo coerente.
- Ilusões perceptivas ou decepção da percepção: ópticas – estímulos visuais que produzem ilusões ou erros perceptivos.

❒ **CULTURA e PERCEPÇÃO** (influencia a nossa visão do mundo)

"A nossa visão do mundo é, em grande medida, uma função de processos psicológicos fundamentais. Assim sendo, cada pessoa apreende o mundo que a rodeia de uma forma única e especial – de facto isso permite-nos dar um contributo próprio e especial ao mundo."

Percepção sub-liminar: Percepção de msg s/ que tenhamos consciência de que isso está a acontecer.

❒ **MOTIVAÇÃO** ☞ Impulsiona a acção humana

- Processo intrínseco mobilizador de energias, que leva o indivíduo à acção (comportamento).
- Factores que proporcionam direcção e energia ao comportamento dos seres humanos e de outros organismos.

Motivos: objectivos desejados específicos subjacentes ao comport.; forças que dirigem o comportamento.

- A > parte das acções humanas são motivadas.
- Os motivos têm uma função dupla:
  - Dirigem o organismo p/ um comportamento;
  - Potenciam algumas percepções, comportamentos e sentimentos.
- A motivação é influenciada pelo pensamento, expectativas, valor e compreensão do mundo.

❒ **EMOÇÃO** – conceitos

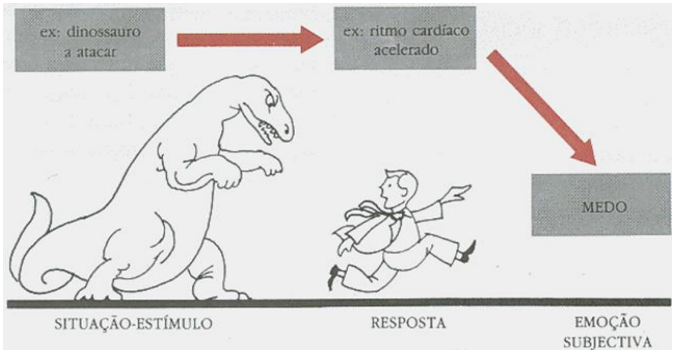
- Percepção do nosso estado interior – experiência subjectiva (Gleitman, 1998).
- Adaptações que fazem parte integrante do mecanismo através do qual os organismos regulam a sua sobrevivência (Damásio, 2000).

Teorias

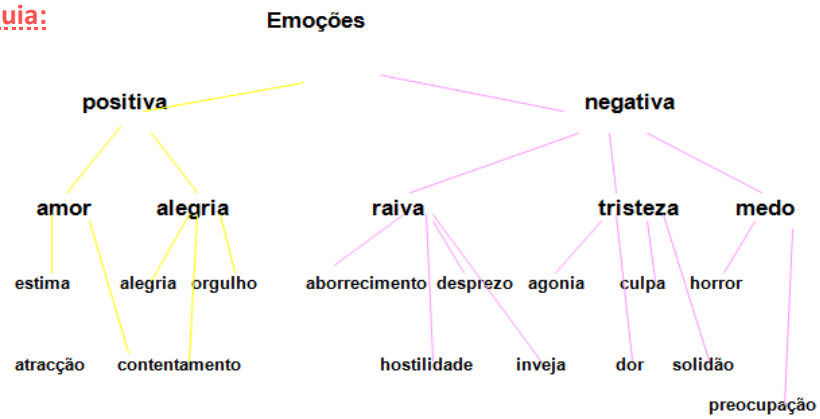
- A Teoria de James-Lange: "a experiência subjectiva da emoção não é nem + nem - do que a tomada de consciência das nossas próprias mudanças corporais, na presença de algum estímulo desencadeador".

Teorias Cognitivas da Emoção

- Enfatizam o papel dos factores cognitivos.
- (…) a experiência emocional é produzida não pela excitação nervosa autónoma como tal, mas pela interpretação relativa desta excitação, guiada pelo modo como o sujeito apreende (percepciona) a situação total. (Gleitman, 1998)



Organização das emoções por hierarquia:



Tipos de emoções

- Emoções primárias ou universais – alegria, tristeza, medo, cólera, surpresa ou aversão
- Emoções secundárias ou sociais – vergonha, ciúme, a culpa, o orgulho
- Emoções de fundo – bem-estar ou mal-estar, a calma, a tensão

Funções

- Produção de uma reacção específica p/ a situação indutora;
- Regulação do estado interno do organismo;
- Ajudam-nos a reagir c/ rapidez perante acontecimentos inesperados;
- Ajudam-nos a tomar decisões c/ prontidão e segurança e a comunicarmos de forma não verbal c/ as pessoas: emoções → meio de comunicação.

DETERMINANTES DOS COMPORTAMENTOS DE SAÚDE

Pessoais

- **Psicológicos**
  - Cognitivos
    - Cognições de saúde/dça
    - *Coping*
  - Afectivos
  - Comportamentais
- **Estilo de vida**
- **Universo de significância pessoal**
  - Características pessoais
  - Selecção perceptiva do indivíduo
  - Organização conceptual do próprio

Familiares

- **Estruturas da família**
- **Influência da família na adopção de comportamentos**

Sócio-culturais

- **Crenças**
- **Aquilo em que acreditamos sem questionar, trespassa gerações**

PSICOLOGIA DA SAÚDE - CONCEITOS

É o ramo da psicologia que investiga os **factores psicológicos relacionados** c/:

- a saúde e a doença
- prevenção, diagnóstico e o tratamento de problemas médicos.

> "conjunto de contribuições específicas, educacionais, cientificas e práxicas da disciplina de psicologia, p/ promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento da dça e disfunções relacionadas." (Matarazzo, 1984, EUA)

> "...é a área disciplinar da psicologia que diz respeito aos comportamentos humanos no contexto da saúde e da doença." (Weinman, 1990)

> "...é a + adequada p/ designar a investigação e a intervenção psicológicas, nos campos da saúde e da dça." (Teixeira,C., 1993)

❒ OBJECTO DE ESTUDO DA PSICOLOGIA DA SAÚDE

O funcionamento psicológico:

- dos sujeitos na sua relação c/ a saúde e c/ a dça
- dos sujeitos habitualmente saudáveis que estão envolvidos em situações que implicando ajustamento psicológico, não acarretam alterações do estado de saúde (ex: gravidez, menopausa, envelhecimento).

O que interessa em Psicologia da Saúde é o sujeito pessoal e intersubjectivo e os seus funcionamentos afectivo, cognitivo, comportamental e social.

GRANDE FINALIDADE DA PSICOLOGIA DA SAÚDE

➔ "A Psicologia da Saúde surgiu **como resposta às necessidades** que nas últimas décadas foram criadas pelo sucesso da medicina e, também, pela necessidade de humanização de cuidados de saúde."

(Diekstra, 1990)

Porque ↑ significativamente o nº de pessoas que sobrevive c/:

- sequelas pós-traumáticas
- dças de evolução prolongada
- dor crónica
- *handicaps* resultantes de doenças cerebrovasculares
- etc.

Porque ↓ drasticamente a mortalidade por:

- dças infecto-contagiosas
- poneumonias e gripe
- subnutrição
- águas inquinadas
- insalubridade
- ausência de esgotos

Criando novas necessidades em cuidados de saúde e de apoio psicológico e psicossocial intensivo... não tanto por medidas médicas, mas sociais!

As 10 maiores causas de morte nos EUA: 1900, 1940 e 1980

Causa de morte	*1900*	*1940*	*1980*
Pneumonia ou gripe	1	5	6
Tuberculose (todas as formas)	2	7	—
Diarreia, enterite e ulceração dos intestinos	3	—	—
Doenças do coração	4	1	1
Lesões intracranianas de origem vascular	5	3	—
Nefrites (todas as formas)	6	4	—
Todo o tipo de acidentes (*a*)	7	6	4
Cancro (*b*)	8	2	2
Senilidade	9	—	—
Difteria	10	—	—
Diabetes mellitus	—	8	7
Acidentes com veículos motorizados	—	9	—
Nascimento prematuro	—	10	—
Doenças cardiovasculares	—	—	3
Doenças pulmonares crónicas obstrutoras	—	—	5
Cirrose do fígado	—	—	8
Arteriosclerose	—	—	9
Suicídio	—	—	10

(*a*) Nesta categoria estão excluídos os acidentes com veículos motorizados em 1900 e em 1940, mas os mesmos já foram incluídos em 1980.

(*b*) Esta categoria inclui o cancro e outros tumores malignos em 1900 e em 1940 e alterações de neoplasmas malignos de todos os tipos em 1980. *Origem*: Matarazzo (1984).

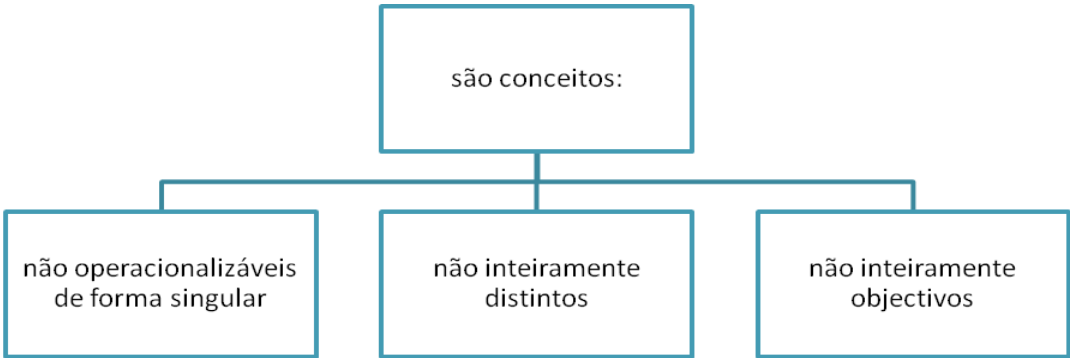
❒ COMPORTAMENTOS DE SAÚDE

- **Comportamentos saudáveis ou imunogénicos comportamentais:**
  - É o aumentar dos comportamentos que promovem a saúde e previnem as dças.
- **Comportamentos de risco ou patogénicos:**
  - São 1 conjunto de comportamentos que os estudos epidemiológicos identificaram como comportamentos que acarretam riscos p/ a saúde em geral, ou em relação a certas dças em particular. *(Teixeira, 1992, p. 152)*

EX: 7 grandes medidas p/ ↓ os comportamentos de risco e ↑ a promoção da saúde e prevenção de dças:

- Não ingerir muito sal
- Lidar de forma eficaz com o stress
- Ter actividade física regular
- Dormir 7 a 8 horas por noite
- Não fumar
- Não ingerir gorduras em excesso
- Não consumir álcool
- Não comer em excesso

❒ CONCEITOS DE SAÚDE E DE DOENÇA



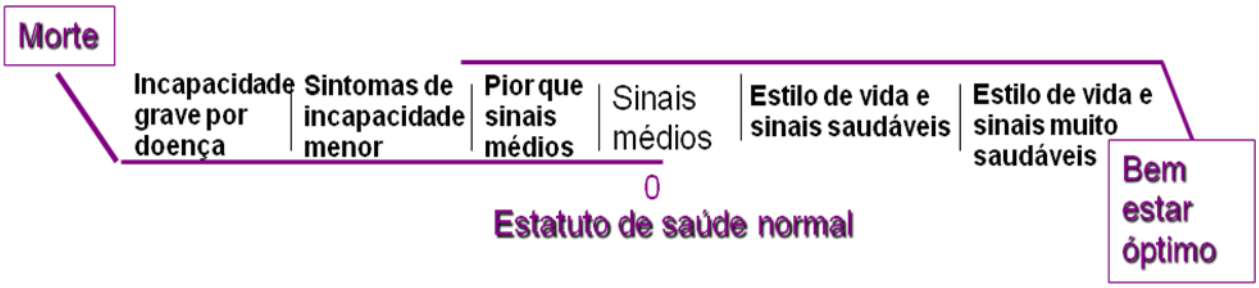
SAÚDE: baseia-se na percepção pessoal; é um construtor subjectivo.

DOENÇA: é possível sentir-se doente (illness) sem ter dça

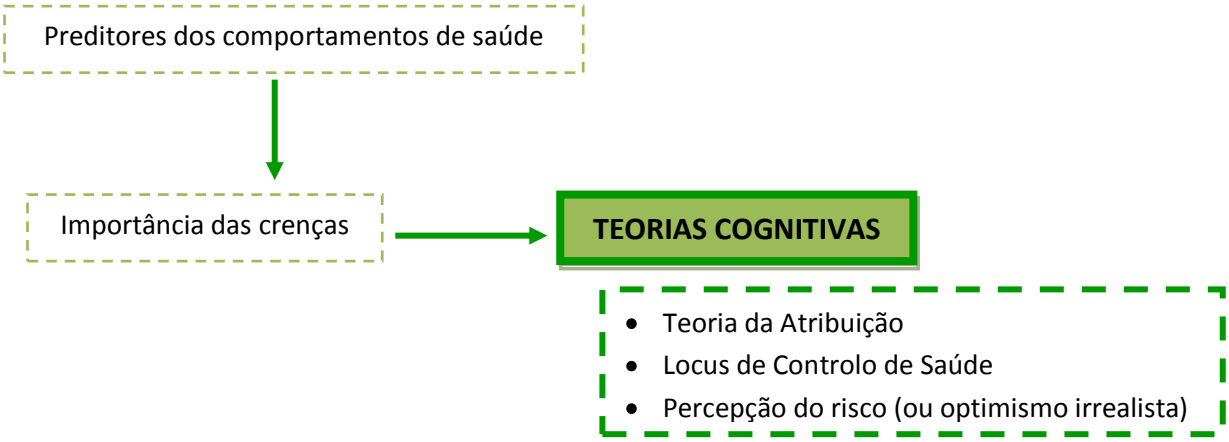
é possível ter dça (disease) sem se sentir dte

é possível comportar-se como dte (sickness)

Saúde e doença são extremos de um contínuo desde o bem-estar óptimo até à morte.



TEORIAS COGNITIVAS



Teorias cognitivas preditoras dos comportamentos de saúde: a teoria da atribuição, o locus de controlo de saúde e a percepção do risco (ou optimismo irrealista).

❒ Teoria da Atribuição (Heider, 1944, 1958; Kelley, 1967, 1992)

- ✓ Os indivíduos estão motivados p/ ver o mundo social como previsível e controlável;
- ✓ O humano tem necessidade de perceber a causalidade – atribuição de causalidade.
- ✓ Diferenciação entre:
  - • Atribuições sobre o seu próprio comportamento;
  - • Atribuições sobre o comportamento dos outros.

Dimensões da Atribuição:

- ✓ Interna *versus* externa
  Eu / outro
- ✓ Estável *vs* instável
  Sempre presente / específica ao momento
- ✓ Global *vs* específica
  Todas as situações / só naquela situação
- ✓ Controlável *vs* incontrolável
  Controlei o fracasso / não consegui controlar (fobia)

Atribuições a comportamentos relacionados c/ a saúde (ex. controlo da diabetes, da HTA, tratamento do alcoolismo, etc).

A dimensão interna *vs* externa da teoria da atribuição foi aplicada especificamente à saúde:

↓

Locus de controlo da saúde

❒ Teoria do Locus de Controlo da Saúde (Wallston & Wallston, 1982)

✓ Locus de controlo interno

- Os acontecimentos são controláveis pelo próprio indivíduo;
- Atribuição de causalidade (responsabilidade) ao próprio – interna.

(Pessoa c/ locus de controlo interno tem > facilidade em aceitar a mudança; importância que o individuo dá à sua saúde: pessoa disposta p/ a acção p/ modificar o seu comportamento)

✓ Locus de controlo externo

- Os acontecimentos não são controláveis pelo próprio (destino, sorte);
- Atribuição de causalidade ao exterior – externa.

Problemas que se colocam à teoria do L.C.

- O Locus de controlo será um estado ou um traço?
- É possível ser simultaneamente interno e externo?
- Ir ao médico será algo externo (médico todo poderoso) ou interno (controlo o meu estado de saúde)?

❒ Percepção do risco: o Optimismo Irrealista (Weinstein, 1983, 1984)

✓ Percepções erradas (**falsa crença**) do risco e da susceptibilidade face às dças, o que leva os indivíduos a manter comportamentos prejudiciais à saúde.

- Atenção selectiva (ignorar o seu comportamento que ↑ o risco, centrando-se naquele que o ↓)
- Egocentrismo (centrar-se no comportamento de risco dos amigos)

Factores cognitivos que contribuem para o Optimismo Irrealista:

- Falta de experiência do problema;
- Crença de que o problema é facilmente prevenido pela acção individual;
- Crença de que se o problema ainda não apareceu, dificilmente aparecerá no futuro;
- Crença de que o problema é pouco frequente.

SÍNTESE

Atribuição e **Locus de Controlo da Saúde**

☞ Focalizam a importância das atribuições de causalidade

Optimismo irrealista

☞ Focaliza as percepções do risco

→ **Modelos cognitivos de crenças e comportamentos de saúde**

Teorias Cognitivas

- **Descreva as Teorias Cognitivas preditoras dos comportamentos de saúde**

As abordagens feitas às crenças de saúde incluem a teoria da atribuição, o *locus* de controlo da saúde e a percepção do risco (optimismo irrealista), que se constituem como teorias cognitivas que permitem predizer/prever os comportamentos de saúde.

A **teoria da atribuição** afirma o facto de que os indivíduos estão motivados para ver o mundo social como previsível e controlável, tendo o ser humano a necessidade de perceber a causalidade, isto é, de a atribuir sobre o seu próprio comportamento relacionado com a saúde ou sobre o comportamento dos outros.

A dimensão interna *vs* externa da atribuição foi aplicada especificamente à saúde, surgindo a teoria cognitiva do **locus de controlo da saúde**. Os indivíduos diferem entre si no que respeita à tendência para considerarem os acontecimentos controláveis por eles próprios (um *locus* de controlo interno) ou não controláveis pelo próprio (um *locus* de controlo externo).

Por fim, a **teoria do optimismo irrealista** baseia-se em percepções erradas do risco (falsas crenças) e da susceptibilidade face às doenças, que leva os indivíduos a manter comportamentos prejudiciais à saúde. A falta de experiência em relação ao problema, a crença de que este é facilmente prevenido pela acção individual, de que se este ainda não apareceu dificilmente aparecerá no futuro, e de que o problema é pouco frequente, são factores cognitivos que contribuem para o optimismo irrealista.

Em síntese, a teoria da atribuição e o *locus* de controlo da saúde focalizam a importância das **atribuições de causalidade**, e o optimismo irrealista focaliza as **percepções do risco** de doença, constituindo-se estas teorias, desta forma, **Modelos Cognitivos de Crenças e Comportamentos de Saúde.**

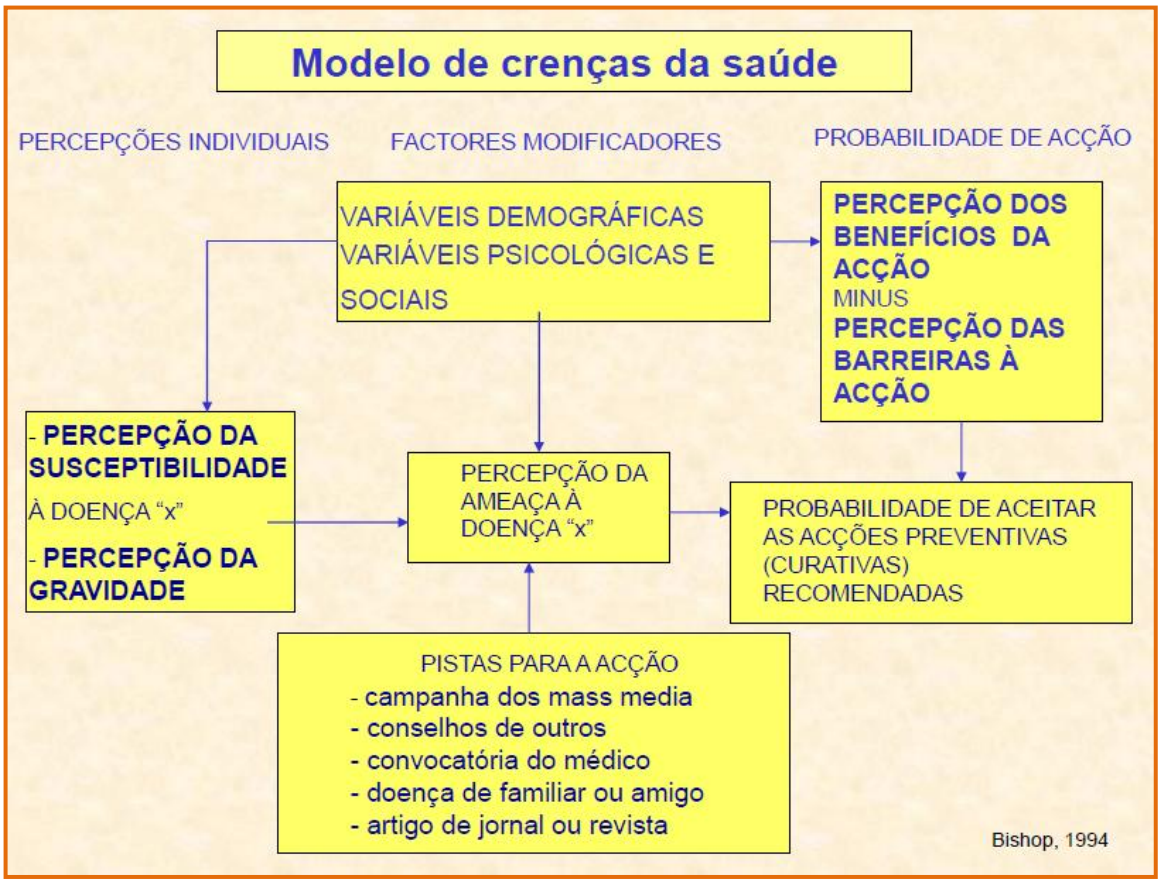
CRENÇAS DE SAÚDE E DE DOENÇAS

"É a verdade de uma realidade subjectiva que influencia a estrutura e funcionamento biopsicossocial e espiritual do indivíduo"

- Têm um papel mt importante na pré-determinação da adopção de estilos de vida saudáveis ou de risco;
- Permitem aos indivíduos acreditar que eles controlam o seu estado de saúde e integram a dça, se ela ocorrer, na sua história pessoal.

Finalidade:

- Predizer os comportamentos de prevenção ligados à saúde e a resposta comportamental ao tratamento dos dtes agudos e crónicos;
- Contributo precioso na explicação das diferenças sentidas pelas pessoas em aderir a programas de saúde.



2 novas variáveis adicionadas MODELO DE CRENÇAS DA SAÚDE (MCS):

- Importância dada por cada indivíduo à sua saúde
- Locus de controlo da saúde

Interesse do MCS:

- Tem em conta as crenças e representações comuns dos indivíduos;
- Distingue-se dos modelos biomédicos que tentam definir a saúde e a dça o + "objectivamente" possível.

- **Numerosos estudos inspiraram-se neste modelo para avaliar:**

- A adopção de comportamentos preventivos;
- A adopção de estilos de vida saudáveis;
- A elaboração de programas de prevenção.

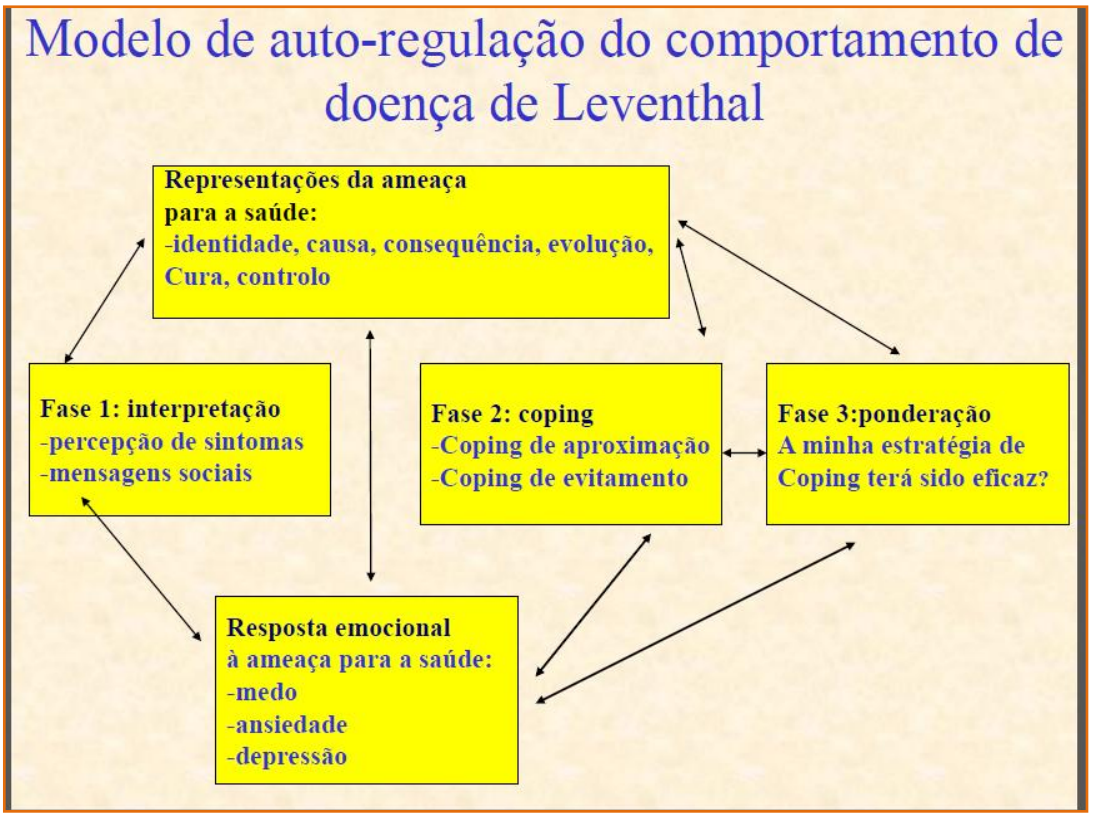
- **Apesar das contradições na literatura, pode afirmar-se que permite predizer a realização de rastreios vários como:**

- Hipertensão, cancro do colo do útero, doenças genéticas, prática de exercício físico, diminuição do consumo de álcool, alterações alimentares cessação de consumo de tabaco (Ogden, 2000).

COGNIÇÕES DE SAÚDE E DE DOENÇA

Estado de saúde é perturbado por uma situação de dça

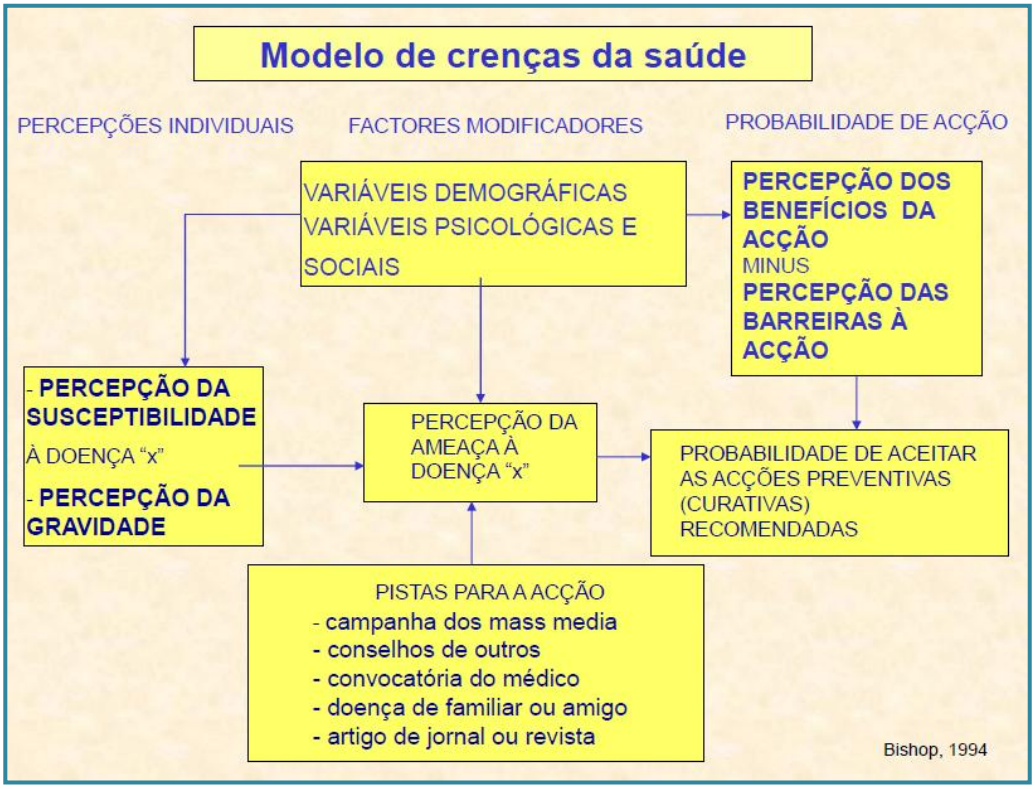
- Há uma motivação para voltar ao equilíbrio para restabelecer o estado de normalidade



"Um modelo é qualquer meio utilizado para representar algo que não ele próprio. Não pretende ser uma representação das características da realidade que são essenciais para compreender um problema particular." (Ribeiro, 1998, p. 144)

MODELO DE CRENÇAS DA SAÚDE

OS COMPORTAMENTOS RESULTAM DE UM CONJUNTO DE CRENÇAS CENTRAIS



- **Descreva e exemplifique o MCS**

I) O **MCS** permite predizer comportamentos ligados à saúde, a probabilidade de um indivíduo adoptar um comportamento preventivo é determinada por **4 tipos de percepções** (designadas de crenças básicas iniciais).

II)

a) Percepção da **susceptibilidade** a determinada doença

b) Percepção da **gravidade** dessa doença

Quanto > a *susceptibilidade* e *gravidade* da dça percebida, > a probabilidade da decisão levar a uma acção.

c) Percepção dos **benefícios** de determinadas acções

d) Percepção das **barreiras** a essas acções

Se os *benefícios* percebidos da acção que se pretende realizar, superarem as *barreiras* dessa mesma acção, as probabilidades de o indivíduo empreender essa acção, será elevada.

✓ Pode ainda ser necessário um estímulo desencadeador que leve o indivíduo a escolher o comportamento adequado **(pistas para a acção).**

✓ As diversas **percepções** podem ser influenciadas por Factores Modificadores **(FM)** constituídos, fundamentalmente, por 3 tipos de variáveis:

- Demográficas
- Psico-sociais
- Estruturais

2 novas variáveis foram adicionadas ao MCS

- A importância que o indivíduo atribui à sua saúde — esta pode ser uma área do seu espaço de vida à qual atribui uma importância fundamental e tudo gravita à sua volta ou, pelo contrário, pode ser uma área secundária, que o preocupa pouco.
- O locus de controlo das crenças na saúde do indivíduo, isto é, alguns indivíduos consideram que a sua saúde é controlada por factores internos, outras forças influentes às quais o indivíduo atribui importância ou pela sorte.

Para além de todas as variáveis referidas anteriormente, é de realçar, a **"disposição para a acção"** que poderemos entender como a diposição do indivíduo perante a possibilidade de fazer qualquer acção a favor da sua saúde.

III) O **MCS** baseia-se em 2 processos de avaliação inter-relacionados:

- Ameaça percebida da doença
- Resposta comportamental a essa mesma ameaça

Para avaliar essa ameaça percebida à doença temos que ter em conta as percepções individuais, os factores modificadores e a probabilidade de acção **(PI+PA+FM)** relativos à pessoa e que constituem o **MCS**.

Em conclusão: Só quando o indivíduo for capaz de reconhecer benefícios que o levem a superar as barreiras é que terá grandes probabilidades de sucesso – **modificação do seu comportamento**

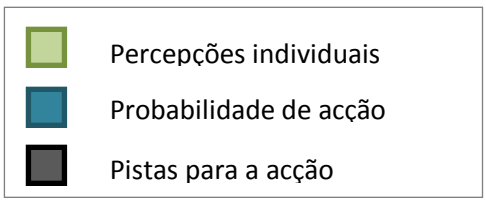
Interesse do MCS:

- permite predizer a realização de rastreios regulares
- tem em conta o comportamento individual (crenças e representações comuns dos indivíduos) e, por isso, distingue-se dos modelos biomédicos, que tentam definir a saúde e a doença o + "objectivamente" possível

- **Exemplo do Modelo:**

Quando aplicado aos comportamentos relacionados com a saúde como os rastreios do cancro do pulmão, o MCS prediz rastreios regulares se **a pessoa perceber que é altamente susceptível** ao mesmo, o **encare como uma grave ameaça para a saúde**, considere **altos os benefícios** e ache que os **custos dessa acção são baixos** (comparativamente com os ganhos).

O mesmo acontecerá se a pessoa for sujeita a indícios externos para a acção como, um **folheto informativo** na sala de espera para o médico, ou internos, como um **sintoma, dor ou irritabilidade**, serem percepcionados como sendo relacionados com o cancro do pulmão.



Modelo de auto-regulação* do comportamento de doença de Leventhal - MODELO DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS (Sugere que os indivíduos lidem com os problemas de saúde da mesma forma que fazem com outros problemas)

Este modelo assume que, perante um dado problema ou uma mudança no estado do indivíduo, este ficará motivado para resolver o problema e restabelecer o seu estado de normalidade. Em termos de saúde e de doença, se o ser saudável é o estado normal do indivíduo, então qualquer início de uma doença será interpretado como um problema e o indivíduo estará motivado para restabelecer o seu estado de saúde.

A resolução de problemas, tendo em conta este modelo, descreve-se em 3 fases:

1 – Interpretação: tornar o problema compreensível.

- Percepção de sintomas (ex. tenho uma dor no peito)
- Mensagens sociais (ex. o médico diagnosticou esta dor como sendo angina de peito)

De acordo com *Leventhal*, pode-se dar sentido ao problema ao aceder às **cognições de doença (crenças implícitas do senso comum que o paciente tem sobre a sua doença)**. Como tal, os sintomas e as mensagens sociais irão contribuir para o desenvolvimento dessas mesmas cognições de doença que serão **construídas de acordo com as seguintes dimensões: identidade, causa, consequências, dimensão temporal, cura/controlo** (que se constituem como **representações da ameaça para a saúde**). Estas representações cognitivas do problema dar-lhe-ão sentido e **permitirão ao indivíduo desenvolver e considerar as estratégias adequadas de *coping*.** A identificação do problema de doença resultará em mudanças do estado emocional, como medo, ansiedade e depressão.

2 – *Coping*: lidar com o problema de modo a voltar ao estado de equilíbrio.

- *Coping* de aproximação
- *Coping* de evitamento

3 – Ponderação: avaliação individual da eficácia da estratégia de *coping*.

- A minha estratégia de *coping* terá sido eficaz?

☞ De acordo com os modelos de resolução de problemas, **estas 3 fases continuarão até que as estratégias de coping sejam bem sucedidas** e o estado de equilíbrio seja atingido.

★ Este processo é visto como auto-regulador porque os 3 componentes do modelo (interpretação, *coping* e ponderação) se inter-relacionam num modo dinâmico e contínuo de modo a regular o *self*.

MODELO DE ADESÃO TERAPÊUTICA

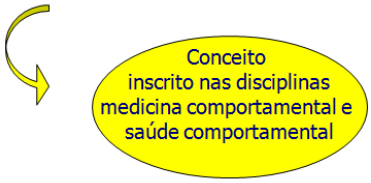
Evolução do conceito 1

- Situação em que o **comportamento do dte** corresponde às **instruções clínicas fornecidas.**

  (*compliance*/complacência) (Sackette e Haynes, 1979)

Evolução do conceito 2

- É a medida em que o **comportamento do dte** coincide c/ os **conselhos médicos** ou de saúde.
- Emerge relação c/ o dte.
- Transição do modelo biomédico p/ o modelo biopsicossocial.



Evolução do conceito 3

- Atitude activa, c/ **envolvimento** voluntário e **colaborativo** do **utente** e do **profissional** de saúde, num processo conjunto p/ a mudança de comportamento do 1º.
- P/ que haja envolvimento tem que haver comunicação funcional (relação entre dte e profissional de saúde).

NÃO-ADESÃO TERAPÊUTICA → falhou comunicação entre prof.-utente (pessoas ñ sabem, ñ têm conhecimento)

- Pressupõe uma componente avaliativa do utente e pode implicar: uma atitude negativa por parte deste, na medida em que não aderir ao tratamento é da sua inteira responsabilidade.

Estatísticas preocupantes:

- **Dtes diabéticos**
  - Apenas 7% adere a um bom controlo
  - 80% administra a insulina de modo inadequado
  - 73% ñ cumpre a dieta
  - 50% exibe deficiência de cuidados aos pés
- **Doentes hipertensos**
  - 50% ñ adere ao tratamento
- **Em psiquiatria**
  - Os dtes falham em grandes %s a medicação prescrita: 24 a 63% na esquizofrenia; 9 a 57% na dça bipolar.
- **Na hiperactividade**
  - 20% dos pais faz um tratamento descontínuo aos filhos ao 4º mês
  - 50% ao 10º mês
- **Num espaço curto de cerca de 10 dias:**
  - Em situações agudas, a adesão relativa ao alívio de sintomas, varia entre 70 e 80%;
  - Em regime de prevenção baixa p/ 60 a 70%;
  - Tende a decair após 1 período de tempo curto, entre 3 e 5 dias, mm p/ os + empenhados.

- 50-60% falha os programas preventivos
- 30-40% falha os regimes curativos
- 30% a 50% falha em prescrições de longo prazo

(DiMateo e DiNicola, 1982; 1984; Haynes et al, 1979; Brannon e Feist, 1992)

Os valores de ñ-adesão + frequentes situam-se entre 30 a 60%

DIFERENTES FORMAS DE NÃO-ADESÃO

1 – A nível da medicação:

- Não cumprimento total da prescrição;
- Cumprir a prescrição mas falhar algumas tomas ou porções;
- Não seguir as instruções dadas p/ as doses e/ou frequência da prescrição;
- Tomar medicação não prescrita.

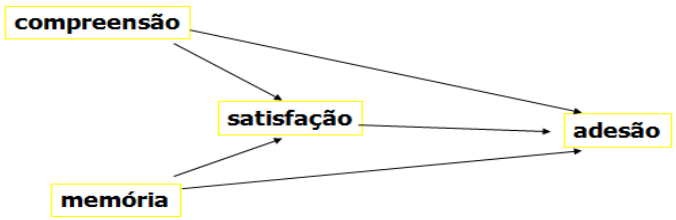
2 – A nível do tratamento:

- Adiar a procura de cuidados (ex: rastreio do cancro da mama, exame papanicolau…);
- Falhar o início do programa de tratamento;
- Não cumprir as indicações;
- Terminar prematuramente.

3 – A nível do comportamento (mt difícil mudar rotinas/hábitos)

- Não aceitar as medidas preventivas recomendadas;
- Implementação incompleta das instruções;
- Sabotagem no regime de tratamento (ex: em vez de tomar 2 por dia toma só 1);
- Não participar nos programas de saúde prescritos;
- Criar o seu regime de tratamento e substituir o tratamento recomendado por esse programa.

HIPÓTESE COGNITIVA DE ADESÃO (predizer se os dtes aderem)



A ADESÃO pode-se **prever** através de

- **Satisfação** do dte em relação à consulta/profissional de saúde (apoio emocional, compreensão da situação do dte)
- **Compreensão** da informação dada (verificar se o dte compreendeu o que lhe foi dito: transmitido de forma clara e precisa)
- **Memória:** capacidade de **recordar** essa informação

Dimensões do Modelo de Adesão Terapêutica

❖ **Satisfação:**

- Aspectos afectivos
- Aspectos comportamentais
- Competência do técnico de saúde
- É determinada pelo conteúdo da consulta

❖ **Compreensão:**

- O dte tem necessidade de compreender as causas da dça e a localização do órgão envolvido.

❖ **Memória:**

- Há uma % mt significativa de dtes que não consegue recordar as informações dadas durante a consulta.

A CAPACIDADE MNÉSICA é a capacidade de recordar as informações dadas durante a consulta.

Parece não ter a ver c/ a idade do doente, mas c/ a adesão.

FACTORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO

- Características do utente
- Características do tratamento
- Características da dça
- Relacionamento entre os profissionais de saúde e o utente (comunicação)
- Lugar terapêutico
- Suporte familiar
- Características/factores sociodemográficos

❖ Características do utente

- Perturbações psicopatológicas
  - Ansiedade
  - Depressão
- Características da personalidade
- Estilo de *coping*
- Crenças e representações de saúde
- Nível intelectual

❖ Factores sociodemográficos

- Conhecimentos médicos
- Custos
- Tempo necessário ao tratamento
- Recursos disponíveis
- Suporte familiar

COMO SE PODE MELHORAR A ADESÃO?

O papel da **INFORMAÇÃO**:

- A informação instrutiva e educacional leva a um índice de concordância de cerca de 52% (de adesão às recomendações);

- A instrução comportamental individualizada ↑ a adesão até 75%.

Melhorar a comunicação, melhora a adesão!

❖ Informação oral

- Efeito da primazia (o que é dito 1º é o que é retido pelo dte)
- Explicitar a importância da adesão
- Simplificar as informações
- Usar a repetição
- Ser claro
- Seguir a consulta c/ entrevistas adicionais

❖ Informação escrita:

- A informação escrita ↑ o conhecimento dos dtes (90%)
- ↑ o grau de adesão (60%)
- Melhora os resultados (57%)

COMO SE PODE PROMOVER A ADESÃO?

- Melhorar relações interpessoais
- Facilitar a comunicação utente-sistema de saúde
- Cultivar as habilidades comunicacionais
- Explanar o modelo de dça do utente/crenças
- Conhecer as preocupações do utente acerca da sua dça
- Compreender as expectativas do utente acerca do tratamento

PAPEL PEDAGÓGICO DO ENFERMEIRO (acções)

- **Avaliar dificuldades no cumprimento da tabela terapêutica**
  - C/ que frequência se esquece de tomar a medicação e porquê;
  - Qual o seu regime de tratamento (longo ou breve);
  - Que horários tem;
  - Assegurar que todos se esquecem e que estamos aqui p/ ajudar.

- **Se o dte está internado iniciar aqui os ensinos**
  - Nome da droga;
  - P/ que é necessária;
  - Duração da acção;
  - Nº de tomas diárias.

- **Conhecer o quotidiano do paciente**
  - Adaptar terapêutica à rotina;
  - Fazer quadro de registo de tratamentos e nº de tomas;
  - Ajudar a desenvolver estratégias p/ não esquecer:
    - Relógio de alarme
    - Programas de TV
    - Rotinas

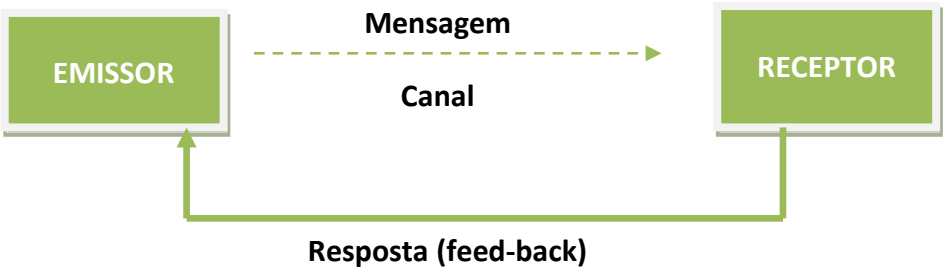
- **Promover a auto-monitorização**
  - Envolver a família (c/ consentimento do dte)
  - Ajudar a construir calendário de registos;
  - Explicar o que fazer no caso de perder doses.

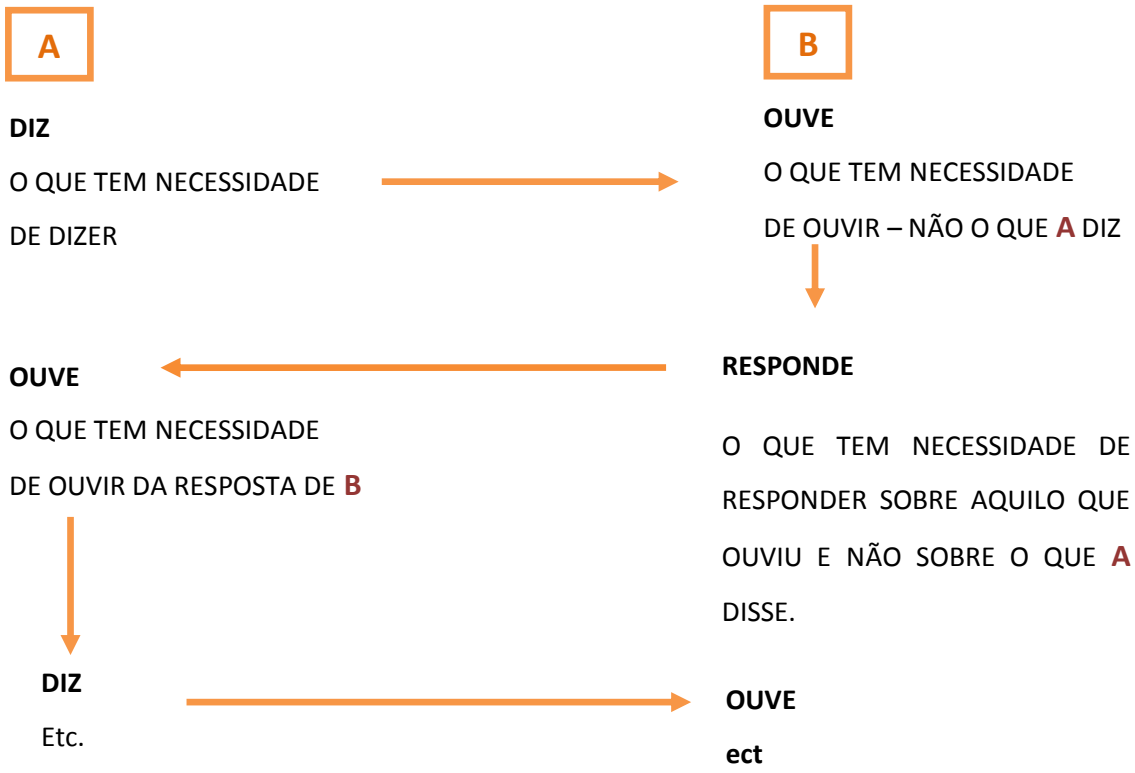
- **Continuar a acompanhar o doente**

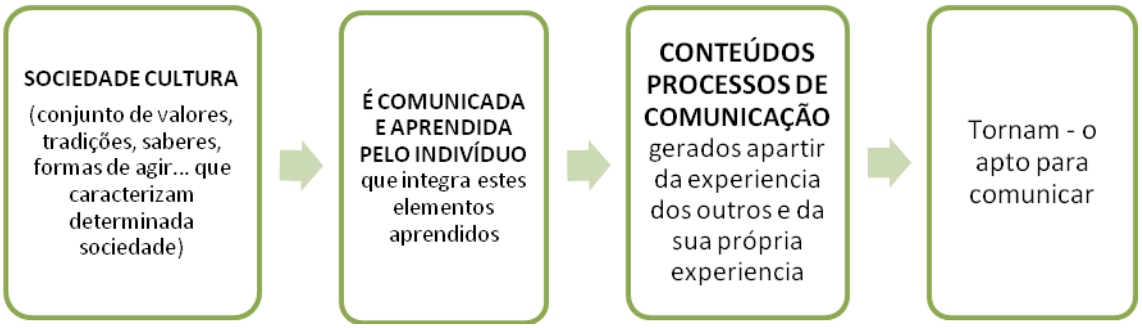
P/ promover a adesão:

- **Acompanhar** os **utentes**
  - C/ entrevistas adicionais
  - Em VD's
  - Em consultas de seguimento
- **Envolver familiar** próximo do utente.

PROCESSO DE COMUNICAÇÃO PESSOAL







FUNÇÕES DA COMUNICAÇÃO

1 – INFORMAÇÃO - Obtenção de conhecimentos e sua transmissão;

2 – PERSUASÃO E DE MOTIVAÇÃO - Habitualmente, pretende-se que os outros ajam ou pensem de determinada maneira.

3 – EDUCAÇÃO - Todo o indivíduo, ao nascer, integra-se numa sociedade, que lhe procura transmitir a sua herança social e cultural.

4 – SOCIALIZAÇÃO - Ligada à anterior, procura a integração dos sujeitos nos grupos.

5 – DISTRACÇÃO - Varia com as culturas e será tanto mais diversificada e utilizada, quanto mais elevado for a qualidade de vida dos grupos.

6 – AFECTIVA - Manifestação de sentimentos, emoções.

PARA MELHORAR AS SUAS RELAÇÕES COM OS OUTROS DEVE-SE:

- Ser um bom ouvinte;
- Compreender as reacções dos outros;
- Conhecer os outros;
- Não ver só os seus interesses;
- Aceitar o sucesso dos outros;
- Não ter mudanças repentinas no seu comportamento;
- Não pensar que é o rei de tudo e de todos.

PARA MELHORAR A COMUNICAÇÃO É NECESSÁRIO:

- Pronunciar as palavras correcta e claramente
- Falar num tom de voz moderado
- Concentrar-se na mensagem e levar os outros, também, a fazê-lo
- Não usar maneirismos
- Ser breve
- Usar palavras simples
- Fazer acompanhar a palavra com um gesto
- Mostrar um olhar interessado
- Manter uma postura correcta
- Mostrar um rosto aberto
- Sorrir sempre que a situação o proporcionar
- Chamar as pessoas pelo nome

Comportamento gera comportamento

Agressividade gera agressividade

Simpatia gera simpatia

ESTILOS DE COMUNICADOR

❖ MANIPULADOR

- Considera-se hábil nas relações interpessoais, apresentando discursos diferentes, consoante os interlocutores;
- Dificilmente aceita a informação directa;
- Apresenta-se como útil intermediário, indispensável;
- Raramente se assume como responsável pelas situações;
- Serve-se dos outros p/ os seus fins;
- É um verdadeiro artista;

ALGUNS COMPORTAMENTOS TÍPICOS:

Apresenta uma relação táctica com os outros;
Tende a desvalorizar o outro com frases pretensamente humorísticas;
Repete a informação desfigurada e manipula-a;
É especialista no «diz-que-disse»;
Nega factos e inventa histórias para mostrar que as coisas não são da sua responsabilidade;
É mais hábil em criar conflitos do que reduzir as tensões existentes;
Adapta as normas, as regras aos seus interesses;
Faz chantagem moral;
Apresenta-se sempre cheio de boas intenções;

❖ PASSIVO

- É, quase sempre, um explorado e uma vítima;
- Raramente discorda;
- Tende a evitar conflitos;
- Dificilmente diz não, porque quer agradar a todos;
- Não manifesta as suas necessidades, porque é muito sensível às opiniões dos outros;
- Sente-se bloqueado perante um problema para resolver;
- Tem dificuldade em tomar decisões;
- Deixa que os outros abusem dele;
- A sua “cor” é a cor do ambiente onde está inserido.

ALGUNS COMPORTAMENTOS TÍPICOS:

Roer as unhas
Mexer os músculos da face, rangendo os dentes;
Bater com os dedos na mesa;
Riso nervoso;
Mexer frequentemente os pés;
Tem insónias;

❖ AGRESSIVO

OBJECTIVO PRINCIPAL

Ganhar sobre os outros, dominar, forçar os outros a perder;

PROCURA:

- Dominar os outros
- Valorizar-se à custa dos outros
- Ignorar e desvalorizar, sistematicamente, o que os outros fazem e dizem.

NAS RELAÇÕES HIERÁRQUICAS:

- **Em posição dominante**

- Autoritarismo
- Frieza
- Menosprezo
- Intolerância

- **Em posição subordinada**

- Contestação
- Hostilidade "a priori" contra tudo o que vem de cima.

ALGUNS COMPORTAMENTOS TÍPICOS:

Falar alto
Interromper
Fazer barulho, enquanto os outros se exprimem;
Não controlar o tempo enquanto está a falar;
Olhar de revés o seu interlocutor;
Arvorar um sorriso irónico;
Manifestar por mímica o seu desprezo ou desaprovação;
Recorrer a imagens chocantes ou brutais;

❖ AUTO-AFIRMATIVO ou ASSERTIVO

AUTO-AFIRMAR-SE: Evidenciar os seus direitos e admitir a sua legitimidade sem ir contra os direitos dos outros.

UMA PESSOA ASSERTIVA: Pronuncia-se de forma serena e construtiva;

DESENVOLVE A SUA CAPACIDADE DE SE RELACIONAR COM O MUNDO E PRIVILEGIA A RESPONSABILIDADE INDIVIDUAL.

ALGUNS COMPORTAMENTOS TÍPICOS:

Está à vontade na relação face a face;

É verdadeiro consigo mesmo e com os outros, não dissimulando os seus sentimentos;

Coloca as coisas claramente às outras pessoas;

Procura compromissos realistas, em caso de desacordo;

Negoceia na base de interesses mútuos e não mediante ameaças;

Estabelece com os outros uma relação fundada na confiança e não na dominação nem no calculismo.

QUANDO É ÚTIL A ASSERTIVIDADE? ..... **SEMPRE**

- Quando é preciso dizer qualquer coisa desagradável a alguém;
- Quando se pretende pedir qualquer coisa de invulgar;
- Quando é necessário dizer não a alguém;
- Quando se é criticado;
- Quando se pretende desmascarar uma manipulação;

GRUPOS EM CONTEXTO DE SAÚDE

GRUPO:

✓ Conjunto limitado de pessoas, unidas por objectivos comuns e características comuns, que desenvolvem múltiplas interacções entre si e que têm consciência de que o outro faz parte do mesmo grupo.

✓ Conjunto de pessoas que se interligam entre si p/ atingir um determinado objectivo comum e cada elemento do grupo percepciona-se como pertencendo a esse mesmo grupo, ou seja, possui uma identidade grupal.

❒ Características de grupo segundo vários autores (Shaw, 1979)

→ A interdependência dos seus membros (Lewin, 1951; Fiedler, 1967; Cartwright & Zandler, 1969)

→ A interacção que estabelecem (Bonner,1959; Cartwright & Zandler,1969)

→ As afinidades entre os membros do grupo (Moreno, 1978, 1993; Parlebas, 1992)

→ As percepções e conhecimentos dos seus membros (Smith, 1945; Bales, 1950)

→ A motivação e a satisfação de necessidades (Cattell, 1951; Bass, 1960)

→ Os objectivos dos membros do grupo (Sherif & Sherif, 1956; Mills, 1967)

❒ Constituição e conceito:

"É constituído por indivíduos que se vêem e são percepcionados pelos outros como uma entidade social, que são interdependentes devido às tarefas que realizam enquanto membro do grupo, que estão inseridos num sistema social > (ex: comunidade, organização) e que realizam tarefas que afectam os outros (ex: clientes, colegas de trabalho)".

(Guzzo e Dickson, 1996 in Ferreira, 2001)

❒ Contribuições p/ a compreensão dos grupos:

♦ Elton Mayo (1927)

→ **Experiência de Hawthorne**

- Observação do factor humano como factor de estimulação, de participação e de satisfação no trabalho;
- As estruturas informais dos grupos são factores de socialização e de cooperação humana.

♦ Jacob Moreno (1932)

→ **Interacções no grupo**

Sociometria – métodos de análise da estrutura socio-afectiva dos grupos;

Psicodrama – Acção terapêutica de representação de papéis que o Homem desempenha na sua existência.

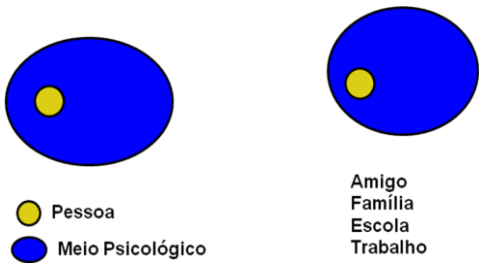
- O grupo humano tem uma estrutura afectiva informal que determina o comportamento do indivíduo no grupo.

♦ Kurt Lewin (1951)

→ **Teoria de Campo**

- O espaço psicológico do indivíduo determina as suas escolhas de acção;
- O comportamento do indivíduo depende das mudanças que ocorrem no seu campo, no seu espaço de vida, em determinado momento.

Espaço de vida



GRUPO

Dimensão objectiva
- Indivíduos
- Interacções
- Objectivo

Dimensão subjectiva
- Percepções
- Motivações
- Sentimentos novos
  - Identidade/Pertença
  - Solidariedade
  - Conformidade
  - Assimilação

❒ TIPOS DE GRUPOS

➢ **Quanto à forma como se estabelecem as interacções:**

Primários
- Interacções face-a-face
- Predominam sentimentos de lealdade, unidade, simpatia ou tolerância e espírito de entre-ajuda (família).

Secundários
- Interacções indirectas

Grupos primários

➢ **Quanto à origem:**

Naturais
- Relações espontâneas (família, amigos)

Artificiais
- Criados pela acção directa de terceiros (turma …)

➢ **Quanto à qualidade das interacções:**

Informais
- O relacionamento entre os indivíduos é casual, próximo do relacionamento familiar (grupos de amigos).

Formais
- As interacções entre os membros encontram-se definidas por normas de conduta e regras de procedimentos (grupos terapêuticos).

➢ **Quanto à constituição:**

Homogéneos
Heterogéneos
→ Consoante o grau de > ou < semelhança dos membros que os compõem.

➢ **Quanto à duração:**

- Permanentes ou duráveis (turmas)
- Temporários (grupos de discussão, júris)

Grupos secundários

- As relações entre os membros estabelecem-se de forma indirecta (clubes desportivos)
- Constituído por vários grupos primários

❒ Comportamento de grupo

Elementos estruturais
- Dimensão
- Composição
- Normas
- Papéis

Elementos dinâmicos (processo)
- Coesão
- Polarização
- Influências interpessoais
- Influência social
- Pensamento de grupo

➔ Influenciam-se mutuamente determinando o comportamento do grupo

❒ Comportamentos de um bom participante no grupo:

- Cooperar
- Respeitar os outros
- Integrar-se totalmente no grupo
- Servir o grupo, s/ perder a individualidade
- Não ser conformista

❒ Fases de desenvolvimento do grupo

- Constituição: *forming*
- Conflito: *storming*
- Coesão: *norming*
- Execução: *performing*

❒ Pensamento de grupo

Maneira de pensar na qual a necessidade de unanimidade de um grupo coeso, anula as avaliações realistas individuais relativamente a outras possibilidades de acção. (Gergen, 1984)

- Consciência colectiva
- Mentalidade grupal

❒ Polarização

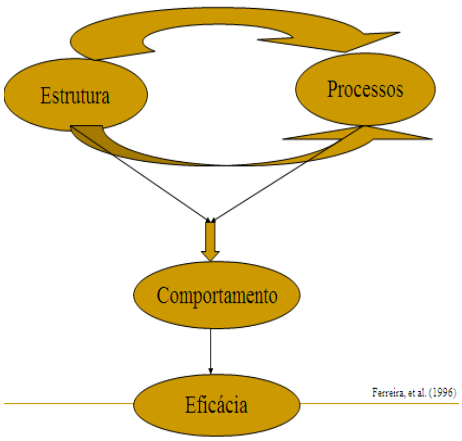
A simples interacção em grupo leva ao extremar das opiniões ou convicções iniciais assumidas pelos membros de um grupo, sejam elas conservadoras ou tendentes p/ o risco.

❒ Grupo terapêutico

✓ Caso especial do grupo de formação (desenvolvimento de relações humanas) orientado c/ técnicas psicoterapêuticas.

✓ "O campo grupal constitui-se como uma galeria de espelhos onde cada um pode reflectir e ser reflectido nos, e pelos outros" e onde pode afirmar e consolidar a sua identidade.

COMPORTAMENTOS DE GRUPO



Elementos estruturais – são todos aqueles que podem condicionar as interacções no grupo e que se revestem de um carácter mais estável.

- **DIMENSÃO**
- **COMPOSIÇÃO**
- **NORMAS**
- **PAPÉIS**

Processos de grupo – compreendem os aspectos dinâmicos que caracterizam a actividade de grupo.

- **INFLUÊNCIA SOCIAL**
  - Influência normativa
  - Influência informativa
- **POLARIZAÇÃO** – Os grupos tomam posições mais arriscadas que os membros tomariam se o fizessem individualmente. A simples interacção em grupo leva ao extremar as opiniões ou convicções iniciais assumidas pelos membros do grupo, seja elas conservadoras ou tendentes para o risco.
- **EFEITO DE POLARIZAÇÃO** – traduz-se na tendência consistente e sistemática que se observa nos grupos p/ tornar + extremas as posições individuais prévias à discussão, aproximando-as + do pólo p/ > tendência têm.
- **COESÃO** – consiste no grau em que os membros de um grupo se identificam c/ o mm e partilham o seu empenho face ao grupo e aos seus objectivos.
- **INFLUÊNCIA NORMATIVA** – Pressupõe um modelo socio-afectivo, onde a motivação humana assenta nas recompensas sociais (necessidade de aprovação e de pertença ao grupo).
- **INFLUÊNCIA INFORMATIVA** – Pressupõe um modelo cognitivista, centrado na decisão racional e na argumentação lógica dos factos em análise. Motivação humana assenta na necessidade de conhecimento objectivo e rigoroso da realidade.

IDENTIFICAM-SE 6 FACTORES QUE AFECTAM A COESÃO NUM GRUPO:

1 - Objectivos de grupo

2 - Frequência e o tipo de interacções

3 - Existência de conflitos ou antagonismos intergrupais

4 - Grau de proximidade ou semelhança cultural entre os elementos e a existência de interesses comuns

5 - História de sucessos anteriores por parte do grupo

6 - Quanto + difícil for a acessibilidade à admissão num grupo, > a probabilidade de elevada coesão interna

GESTÃO CONSTRUTIVA DE CONFLITOS

10

Conflito (conceito)

" Processo de tomada de consciência da divergência existente entre as partes, traduzida em algum grau de oposição ou incompatibilidade entre os objectivos das partes, ou da ameaça dos interesses de uma delas".

❒ SITUAÇÕES QUE PODEM LEVAR À EMERGÊNCIA DE CONFLITOS:

- Interdependência de funções – equipa médica, assistentes operacionais…
- Indefinição das "regras do jogo"
- Interdependência de recursos
- Sistema de recompensas competitivas – explicar motivo de recompensa
- Mudança
- Incerteza quanto ao futuro
- Medo de perder privilégios adquiridos

❒ MUDANÇAS QUE OCORREM NOS GRUPOS EM CONFLITO:

- ↑ da coesão e da lealdade dos membros
- O tipo de liderança torna-se + autocrático
- ↑ a rigidez da organização interna

❒ A ATITUDE PERANTE O CONFLITO

Pode ser influenciada por pressupostos diferentes:

- **Visão tradicional do conflito** – o conflito deve ser evitado, por indicar disfunção no grupo ou na organização;
- **Visão na perspectiva da escola das relações humanas** – o conflito é natural, inevitável em qq grupo ou organização e que não tem, forçosamente, de ser mau;
- **Visão interaccionista** - o conflito não pode, apenas, ser positivo, mas que algum conflito é absolutamente necessário p/ a eficácia do grupo ou organização ➔ transformar o conflito em problema.

❒ ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE CONFLITOS

Princípios Básicos:

- ❖ Admitir a existência do conflito (percepcioná-lo como tal)
- ❖ Identificar as causas subjectivas (comunicação, valores, diferenças/distorções das percepções …)
- ❖ Desenvolver uma estratégia adequada à situação (não há uma boa estratégia)

1 – A **competição** (conflito declarado) – uma das partes toma uma posição e não abdica dela;

2 – **Evitação** – procura dar a entender que não há conflito;

3 – **Acomodação** – um desiste da sua posição;

4 – **Compromisso** – um sugere um compromisso – negociação → assertividade;

5 – **Colaboração** – cada um expõe o seu ponto de vista, procura-se uma solução → conversão do conflito em situação problema → **assertividade**

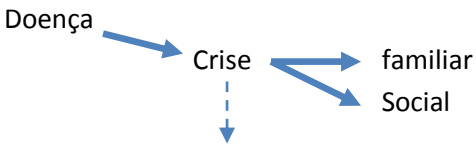
Resultado das situações conflituais:

- ❖ Ganho / Perda – Apenas uma parte atinge o objectivo pretendido → situação a evitar;
- ❖ Perda / Perda – O fim alcançado não é o desejado por nenhuma das partes → Evitar sempre;
- ❖ Ganho / Ganho – O resultado satisfaz às 2 partes → Resultado + desejável em qq situação conflitual.

O sujeito c/ uma dça física deve ser encarado quer individual/, quer inserido na sua matriz familiar e social.

2 Aspectos fundamentais a ter em conta

I- Adaptação psicológica à dça actual



- Promove uma ruptura na continuidade do ser
- E implica um movimento de ajustamento (reestruturação) a uma nova situação

O **ajustamento** a uma nova situação de dça, depende de:

- Características da personalidade
- Estilo de adaptação / Estratégia de *coping*
- Natureza da dça
- Significado psicológico
  - Do momento em que é atingido
  - Do contexto familiar e social

II- Antecedentes psicológicos na dça corporal (como decorreram outras dças que eventualmente tenha sofrido; eventual psicopatologia)

➔ Importantes na compreensão da adaptação psicológica à dça actual

1 – Personalidade

- certos traços de personalidade podem constituir vulnerabilidade p/ adoecer c/ certas dças corporais;
- estilo individual (*coping*) influencia a forma como o indivíduo se ajusta à dça física e suas consequências;
- alterações ou distúrbios de personalidade influenciam a adaptação do sujeito à dça, à hospitalização e ao estilo relacional na interacção c/ os técnicos de saúde.

♣ Alterações ou distúrbios de personalidade (os chamados dtes difíceis)

➢ Traço de personalidade anti-social

- Contestatário, desrespeitador das regras

➢ Traço de personalidade limite

- Fragmentam / clivam c/ o mundo, ambiente que os rodeia
- Vivem no limite (tudo preto no branco): ou andam mt bem ou andam mt mal

➢ Traço de personalidade narcísica

- Pessoas sentem-se + belas e grandiosas que todas as outras
- Não têm boa relação c/ os outros porque se amam a si próprios e não aos outros
- Querem ser tratados como os 1ºˢ e os melhores
- Qq modificação corporal significa p/ o narcísico imperfeição total (às x é necessária medicação psiquiátrica)

☞ Verbalizar que se pudéssemos estávamos lá + tempo c/ elas, mas temos outros dtes.

➢ Traço de personalidade histriónica

- Histeria: Síndrome Conversivo – há a conversão de estados mentais no corpo
- Só há comportamento histérico/histriónico se houver alguém que assista ao comportamento
- Por vezes a pessoa age inconscientemente em alguns comportamentos (ex: pessoa parece que está a ter uma crise tónico-clónica, não é propositada, mas qdo as pessoas se afastam pára a "crise")
- Querem muita atenção – dão "graxa" aos enfºˢ, abraçam-se, dizem que é o seu preferido…

➢ Traço de personalidade paranóide

- Muito desconfiados ("tão a falar de mim!")
- Pessoa sofre bastante e fica muito triste
- Devemos explicar tudo muito bem p/ a tranquilizar

➢ Traço de personalidade esquizóide

- Todos os esquizofrénicos têm este traço de personalidade
- Podem haver pessoas c/ um traço esquizóide + acentuado e não ter esquizofrenia
- Pessoa sente-se ameaçada
- Não confia nem acredita nos outros
- Não gosta de proximidade nem de responder a perguntas pessoais

➢ Traço de personalidade compulsiva

- Pessoa é excessivamente organizada
- A obsessão implica cumprimento de certas compulsões p/ esbater a obsessão

➢ Traço de personalidade dependente

2 – Acontecimentos de stress (antecedentes e actuais)

Podem ↓a resistência do sujeito e ↑ a sua susceptibilidade aos agentes causadores de dça.

3 – Psicopatologia (antecedentes)

Eventuais antecedentes psicopatológicos têm importância p/ compreender como é que reage à dça física:

- deprimir-se excessivamente;
- tentativa de suicídio;
- agressividade e conflito c/ profissionais de saúde;
- recusa em tratar-se;
- excessivamente dependente e apelativo.

❒ Mecanismos de defesa

- *Negação da realidade*
- *Projecção*
- *Limitação da consciência*
- *Racionalização*

"…Todos têm como finalidade essencial evitar a ansiedade ligada ao adoecer corporal e encontrar um novo equilíbrio psicológico face ao stress associado à dça."

↳ Há mecanismos que impedem o sujeito de fazer o teste da realidade e, consequentemente, de adoptar comportamentos adequados à situação em que se encontra!

MORTE – O CONTEXTO FAMILIAR (A FAMÍLIA ENLUTADA)

PERDA *vs* VÍNCULO

VINCULAÇÃO (J. Bowlby,1977):

É a tendência dos seres humanos p/ estabelecer fortes laços afectivos entre si e, consequentemente, a forte reacção emocional que ocorre quando estes laços ficam ameaçados ou são rompidos.

Todas as pessoas sofrem c/ a perda, em > ou < grau. → ADAPTAÇÃO À PERDA = LUTO

❖ QUAL O IMPACTO DA PERDA SOBRE O SISTEMA FAMILIAR?

A família vivencia e reage à perda, num sistema de relações do qual todos os membros participam, c/ interacções mutuamente reforçadoras.

A resposta familiar à perda é tão crítica na adaptação quanto o é a própria morte.

As famílias influenciam o modo como o acontecimento é vivenciado e os seus reflexos a longo prazo.

Em virtude das profundas conexões entre os membros de uma família, não é surpreendente que o ajustamento à perda por morte seja considerado + difícil do que qq outra mudança na vida.

(Holmes e Rahe, 1967)

❖ O LUTO É UMA DOENÇA?

A morte de um membro da família ↑ a vulnerabilidade à dça e à morte prematura dos membros sobreviventes**,** em especial p/ cônjuges viúvos ou p/ pais que perderam um filho recentemente.

(Huygen; van de Hugen; van Eijk e Smits, 1989)

A perda de uma pessoa amada é, psicologicamente, um acontecimento traumático.

❖ TAREFAS DO LUTO

Tarefa I – Aceitar a realidade da perda - enfrentar a realidade de que a pessoa está morta e não irá voltar.

Obstáculos: negação; esquecimentos selectivos.

Ajuda através de:

- velório
- rituais tradicionais existentes em cada cultura

Tarefa II – Elaborar a dor da perda - perder alguém a quem se tenha estado mt ligado implica passar por algum grau de dor.

Nem todas as mortes têm a mma importância na família:

- onda de choque emocional
- reacções normais de sofrimento e luto
- alívio p/ a família

Tarefa III- Ajustar-se ao ambiente onde está a faltar a pessoa que morreu

Depende de:

- papel que o falecido desempenhava na família.
- adaptação à perda dos papéis anteriormente desempenhados pelo falecido.
- confronto de cada um c/ os desafios de se ajustar ao seu próprio sentido do self (diferenciação/ não diferenciação).

Tarefa IV- Reposicionar, em termos emocionais, a pessoa que faleceu e continuar a vida

É a tarefa + difícil de cumprir.

- o enlutado encontra um lugar adequado dentro da sua vida psicológica p/ a pessoa falecida, um lugar que é importante, mas que deixa espaço p/ os outros.
- "relocalização" vs "retirada emocional".

Esta tarefa só está completa quando se pode continuar, ou voltar a amar, sem que o lugar do outro seja posto em questão.

❖ LUTO PATOLÓGICO

1- Reacções de luto crónicas
2- Reacções de luto retardadas
3- Reacções de luto exageradas
4- Reacções de luto mascaradas

1 - Reacções de luto crónicas - Têm uma duração excessiva e nunca chegam a um fim satisfatório.

Exº: "eu não consigo voltar à minha vida"; "isto não termina p/ mim"; "eu preciso de ajuda p/ voltar a ser quem era"

2 - Reacções de luto retardadas - Sentimentos oprimidos num primeiro luto são reactivados e exacerbados numa situação de perda posterior, que pode não ser uma morte.

"Uma perda recente activa ou reactiva uma perda anterior".

3 - Reacções de luto exageradas - Reacção excessiva e incapacitante c/ transtornos psiquiátricos.

Exº: Depressão clínica; crises de pânico; fobias; comportamentos aditivos; transtorno de stress pós-traumático.

4 - Reacções de luto mascaradas - As pessoas apresentam sintomas e comportamentos que lhes causam dificuldade, mas não os relacionam c/ a perda.

Habitualmente desenvolvem sintomas não afectivos denominados:

- equivalentes afectivos do luto
- dças facsímile

❖ **LUTO ANTECIPADO** (Lindermann, 1944)

É o luto que ocorre antes da perda real.

A pessoa enlutada, **em potencial**, inicia as tarefas do luto e começa a vivenciar as várias respostas ao luto, antes da perda.

➔ Profissionais que trabalham com pacientes e família, antes da morte, devem ter uma compreensão do luto antecipado **p/ que possam ajudar os pacientes e os membros da família.**

Tarefa I (Aceitar a realidade da perda) está + facilitada, pq à medida que se vê a pessoa decair, a realidade e a inevitabilidade da morte ficam + próximas. Mas, há os que nutrem esperanças e reforçam a negação.

Tarefa II (Elaborar a dor da perda) há uma grande variedade de sentimentos associados à perda, sentimentos que, em geral, associamos c/ o luto após a morte:

- ↑ da ansiedade
- ↑ e acelera quanto > o período de luto antecipado
- ↑ e acelera quanto + próximo a pessoa está da morte
- ↑ pela consciência da própria morte (a pessoa toma consciência que caminha p/ lá e pode ser o próximo a encarar a morte)

Tarefa III (acomodar-se a um ambiente onde está a faltar a pessoa que faleceu)

Quando ocorre antecipação da morte é comum que as pessoas enlutadas façam um **"ensaio dos papéis"** na sua mente. Este ensaio mental tem uma função no todo do problema.

Tarefa IV – Não se verifica no luto antecipado.

GRANDES DIFICULDADES:

- A pessoa poder recuar mt cedo, emocionalmente, mt tempo antes do falecimento do seu familiar e estabelecer uma relação inadequada chegando a desejar que a morte se precipite.
- Uma aproximação excessiva dos membros da família à pessoa que está a morrer p/ remediar sentimentos de culpa e p/ remediar a perda, envolvendo-se de "forma abusiva" nos cuidados de saúde do paciente.

Em síntese:

- ✓ Quem está a perder perde uma só pessoa
- ✓ Quem está a morrer perde muitas pessoas significativas de uma só vez.
- ✓ A antecipação da perda pode ser uma sobrecarga p/ o paciente levando-o a recuar e voltar o seu rosto p/ a parede, p/ lidar c/ o impacto disto.
- ✓ Enfrentar a morte pode ser uma experiência profundamente modificadora das nossas vidas:

"Estar perto da morte "concentra poderosamente o homem" (...) isso incita-nos a recuar e a reinventar-nos a nós mesmos, a saborear + plenamente a vida que nos resta. Significa reimaginar quem somos e onde estamos, o que queremos do resto das nossas vidas, do que nos podemos livrar por não ser essencial, o que passa a ser central."

Max Lerner, 1990