

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

MANUEL GEADA (\*)

## 1. INTRODUÇÃO

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

### 1.1. Componentes da definição de saúde

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

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

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

---

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

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

low (1954) na sua pirâmide hierárquica de necessidades humanas.

### 1.2. *Articulação saúde-doença*

O reverso do conceito de saúde é o conceito de doença, o qual também não é linearmente simples. Como Ribeiro (1994) refere (apelando ao vocabulário anglo-saxónico mais discriminativo) a doença pode ser conceptualizada essencialmente de três maneiras: (1) ter uma doença (*disease*), (2) sentir-se doente (*illness*), e (3) comportar-se como doente (*sickness*). Enquanto a primeira acentua os aspectos de disfuncionamento biológico e os sintomas físicos, a segunda centra-se na vivência pelo sujeito dessa perturbação orgânica, e a terceira no estatuto de doente que o indivíduo assume e/ou no qual é categorizado. Estas três formas de *ser-se doente*, que não são necessariamente sobreponíveis, coloca a questão da sua articulação com as componentes da definição de saúde da OMS compreendidas no conceito geral de bem-estar. Um modelo adequado para essa integração é o proposto por Downie, Fyfe & Tannahil (1990) e que é apresentado por Ribeiro (1994). O modelo é descrito por 2 eixos ortogonais num dos quais – o horizontal – representa, da esquerda para a direita, o *continuum* entre os dois polos Doença grave *versus* Ausência de doença, e o o outro eixo – o vertical – representa, de cima para baixo, o *continuum* entre os polos de *Bem-estar elevado versus Mal-estar*. O cruzamento dos dois eixos define quatro quadrantes que compreendem as componentes psicológicas, biológicas e psicossociais da saúde em quatro situações distintas de *ser-se saudável* ou *ser-se doente*: (1) indivíduo sem nenhuma doença e bem-estar elevado que corresponde à definição de saúde da OMS; (2) indivíduo com doença grave e bem-estar elevado, que corresponde a um falso positivo quando avaliado apenas por critérios psicossociais; (3) indivíduo sem nenhuma doença física mas com sentimento de mal-estar, que corresponde a uma categoria de doente sem patologia física; (4) indivíduo com doença grave e respectivo mal-estar que corresponde à definição mais completa de doença (Ribeiro, 1994).

Conclui-se, portanto, neste modelo que quando se integram na avaliação da saúde/doença os critérios objectivos e subjectivos, apenas a pri-

meira das quatro categorias corresponde à definição holística de saúde da OMS, o que dá uma ideia das dificuldades de operacionalização do conceito.

Outros modelos de saúde e da doença, no entanto, têm sido propostos, nomeadamente o modelo salutogénio de Antonovsky (1978, 1987), assente no conceito de *sense of coherence*, que diversos autores consideram uma alternativa teoricamente interessante a desenvolver (Friedman, 1991; Wortman, 1992), e que inúmeros estudos em contextos culturais diversos sugerem ser sustentável empiricamente (Ver Antonovsky, 1993, para uma revisão desses estudos, e ver a seguir a definição de sentido interno de coerência).

### 1.3. *Medição da saúde*

Não obstante a dificuldade da operacionalização do conceito de saúde/doença, várias tentativas têm sido feitas para a sua medição concreta (Moum, 1992; Segovia et al., 1989; Ware, 1986; Worsley, 1990). Por exemplo, McDowell & Newell (1987) num livro sobre a medição da saúde apresentam mais de meia centena de instrumentos de medida da saúde nos seus múltiplos aspectos aplicáveis quer a populações clínicas quer à população geral. Ware (1986) por seu lado, numa revisão da literatura propôs como essencial para a avaliação da saúde considerar 6 dimensões principais: física, mental, social, de papel social, percepção de saúde geral e sintomas. Posteriormente, no âmbito de um estudo realizado para a Rand Corp. – o *The Medical Outcomes Study* – aquele autor e colaboradores, construíram e desenvolveram uma escala que se pretendia fosse curta, fiável e de fácil uso em vários contextos. O resultado foi o *The MOS Short-Form General Health Survey* de 20 itens cuja eficácia para medir o estado de saúde tanto de populações clínicas como da população geral foi testada numa ampla amostra (Stewart, Hays & Ware, 1988; Stewart & Ware, 1992).

Embora o instrumento seja uma auto-descrição do estado de saúde, numerosos estudos têm corroborado que este tipo de auto-avaliação é não só um preditor significativo da utilização dos serviços de saúde (Fylkesnes & Forde, 1991; Andersen & Aday, 1978; Segovia et al., 1989), como – mais importante – aparece relacionado

com a mortalidade, independentemente do estado de saúde objectivo (Singer et al., 1976; Idler & Angel, 1990, Mossey & Shapiro, 1982). Por exemplo, no estudo de Mossey & Shapiro, observou-se que o risco de mortalidade associado a uma auto-avaliação de saúde má era maior que numa avaliação objectiva feita anteriormente por um médico. Até mesmo uma única pergunta, feita numa escala de 1 a 4, sobre o estado de saúde (excelente, boa, razoável, má) revelou-se, surpreendentemente, em estudos prospectivos, como um poderoso preditor (Kaplan & Camacho, 1983).

#### 1.4. *Quem adoece e porquê? Mecanismos de coping e saúde*

No entanto, para além da definição conceptual do que é saúde ou doença, na sua multi-dimensionalidade física, psicológica e social e da sua mensuração, uma das questões fundamentais da Psicologia da Saúde é a de saber: quem adoece e porquê? (Adler & Matthews, 1994).

Esta questão remete directamente para a identificação das variáveis que intervêm no aparecimento da doença, quer sejam factores do meio físico e social, quer factores genéticos e psicológicos do indivíduo, quer ainda a interacção entre uns e outros (Adler & Matthews, 1994).

Duas noções fundamentais têm sido propostas na teorização acerca das relações entre factores psicológicos, psicosociais e saúde: o *stress* e o *coping*. O *stress* constituído pelos factores de pressão do meio físico e social sobre o indivíduo, e o *coping* constituído pelos processos cognitivos conscientes usados pelo indivíduo para manejar as ansiedades evocadas por esses desafios do meio envolvente.

Contudo, a relação entre factores psicossociais e saúde não é simples, como se tem tendência a pensar, mas pelo contrário é complexa. (Veja-se Friedman & Booth-Kewlew, 1987 para uma revisão meta-analítica dos estudos sobre personalidade e doença).

Não obstante isso, diversos estudos têm mostrado, por exemplo, que estilos específicos de *coping*, que procuram interpretar, integrar e dar significado às experiências pessoais de vida, estão associados a uma maior resistência aos efeitos negativos dos stressores do meio interno e externo, parecendo contribuir para manter o

equilíbrio físico interno associado à saúde (Antonovsky, 1987, 1991; Friedman, 1991; Wortman, Sheedy, Gluhoski & Kessler, 1992).

#### 1.5. *Mecanismos de defesa e saúde*

Menos frequentemente têm sido sugeridos os processos psicológicos inconscientes, como os mecanismos de defesa, para a compreensão das relações entre emocionalidade e doença.

Exemplos de mecanismos defensivos da ansiedade são, por exemplo, a negação que consiste numa modificação ou distorção, inconsciente para o indivíduo, da percepção da realidade, ou a repressão, que se traduz na remoção para o inconsciente de sentimentos, pensamentos ou memórias associadas a experiências traumáticas.

A função de tais mecanismos de defesa seria a de proteger o indivíduo da vivência de estados afectivos negativos intensos e crónicos susceptíveis de interagir nos sistemas biológicos, dessa forma desencadeando a doença ou influenciando a sua progressão.

Efectivamente, recentes estudos têm salientado precisamente a importância dos mecanismos de *repressão* e *negação* dos afectos negativos, e do consequente predomínio dos processos cognitivos de racionalização, no desenvolvimento ou progressão de doenças como as neoplasias e os acidentes cardiovasculares (Emmons, 1992; Jensen, 1987; Krasner, 1989; Spielberger, 1988; Solomon, 1989).

Noutro quadrante teórico, mas curiosamente convergente, Eysenck (1988) tem defendido a existência de dois tipos de personalidade essencialmente opostos: o de tipo A, que é capaz de expressar a hostilidade e a raiva, e que é propenso a doenças cardiovasculares, e o de Tipo C, que reprime esses sentimentos, e é propenso ao cancro. Aceitando a pertinência teórica destas relações entre mecanismos de defesa e saúde parece apropriado interrogarmo-nos, numa perspectiva de psicologia da saúde, sobre as condições que induzem à organização destes mecanismos defensivos no decurso do desenvolvimento. Esta questão, importante em termos preventivos, remete-nos directamente para os processos de organização psicológica da personalidade no quadro das experiências precoces da vinculação e da formação do eu.

### 1.6. Desenvolvimento da personalidade e mecanismos de defesa e de coping

Como os teóricos das relações de objecto têm defendido (Mahler, 1971), Kohut (1977), Fairbairn (1954) a meta principal do desenvolvimento psicológico humano consiste no evoluir de um estado inicial de dependência psicológica para um estado posterior de crescente autonomia e maturidade individual.

Segundo Blatt (1990) parecem existir essencialmente dois tipos primários de personalidade – o de *tipo anaclítico* e o de *tipo projectivo* – que resultariam de duas tendências fundamentais emergentes no decurso do desenvolvimento: (1) a tendência ao estabelecimento de relações interpessoais maduras e satisfatórias; e (2) a tendência ao estabelecimento de um sentido do eu, realista, coerente e positivo. Todo o desenvolvimento saudável teria pressuposto, segundo Blatt, a integração coerente destas duas tendências.

Na articulação entre mecanismos defensivos e saúde, Emmons (1992) defende que esta conceptualização de Blatt parece bastante adequada para explicar a interacção entre mecanismos repressivos e tipos de personalidade uma vez que a natureza das defesas e os estilos de *coping* seriam diferentes num e noutro tipo e concordariam com a evidência empírica nesta área. Assim, as defesas de evitamento como a repressão e a negação seriam próprias do tipo anaclítico que procuraria com isso relações interpessoais *harmoniosas*, enquanto que no tipo projectivo a formação reactiva, a *intelectualização* e a projecção apareceriam ligadas às necessidades de manter o controlo e o domínio do eu (Emmons, 1992).

Blatt (1990) propõe, aliás, numa perspectiva de evolução psicopatológica, que seria um desenvolvimento exagerado de uma tendência em relação à outra que explicaria a condição psicopatológica no indivíduo: Ou seja, a preocupação com as relações interpessoais estaria relacionada com a depressão anaclítica, a conversão e as perturbações psicossomáticas e dissociativas, enquanto que a preocupação com o controlo e a definição do eu (*self-definition*) estaria associada à depressão introjectiva, às perturbações obsessivo-compulsivas, ao narcisismo e à paranóia (Blatt, 1990).

### 1.7. Objectivos do estudo

Considerando a necessidade de avançar no conhecimento de certas áreas de interesse para a Psicologia da Saúde, nomeadamente quanto ao papel da personalidade na causalidade multifactorial e evolução de diversas doenças, como tem sido referido (Leal & Teixeira, 1991; Teixeira, 1992), propusemo-nos no presente estudo averiguar algumas das relações entre factores psicossociais e estados de saúde tentando testar até que ponto mecanismos de defesa (como a repressão, a negação e a necessidade de harmonia nas relações interpessoais) e o estilo de *coping* (Sentido Interno de Coerência) se associam, em indivíduos de uma população geral, com o seu estado de saúde, medido numa escala multidimensional de auto-avaliação.

Outro objectivo do presente estudo é o de proceder a uma primeira validação empírica, com uma amostra portuguesa, de duas escalas desenvolvidas por Charles D. Spielberger no âmbito da Psicologia da Saúde *The Rationality/Emotional Defensiveness* e *The Need for Harmony* adaptadas para a população portuguesa por Geada (1995).

## 2. MÉTODO

### 2.1. Sujeitos

A amostra era constituída por 114 adultos de ambos os sexos (67 masculinos e 47 femininos) com idades compreendidas entre 19 e 58 anos (média das idades 31.5). Vinte e seis sujeitos eram estudantes universitários, e oitenta e oito exerciam profissões a tempo inteiro no sector terciário. Todos os sujeitos tinham catorze anos ou mais de escolaridade, sendo 68 casados ou vivendo com companheiro/a, e 46 solteiros, separados, divorciados ou sem ligação estável.

### 2.2. Instrumentos

#### 2.2.1. Short-Form Health Survey: The Medical Outcomes Study (MOS20)

Foi utilizada a versão reduzida do MOS (Stewart, Hays & Ware, 1988) constituída por 20

itens abrangendo as seis principais dimensões do conceito de saúde tal como usualmente é definido (Bergner, 1985; Breslow, 1972). Essas dimensões são: (1) *funcionalidade física*, que avalia em que medida a saúde interfere em diversas actividades físicas correntes como a prática de desporto, caminhar, carregar compras, subir escadas, 6 itens; (2) *desempenho do papel social* que avalia a interferência da saúde nas actividades diárias como o trabalho, a casa ou a escola, 2 itens; (3) *funcionalidade social* que avalia a interferência da saúde nas actividades sociais normais (encontrar-se ou visitar amigos no último mês) 1 item; (4) *saúde mental*, que avalia os afectos como a depressão, a ansiedade e o bem-estar psicológico, no último mês, 5 itens; (5) *percepção do estado de saúde* que avalia o estado geral de saúde, 5 itens; (6) *dores*, que avalia em que medida se sentiram dores nas últimas quatro semanas, 1 item.

Os coeficientes de fidelidade das 6 sub-escalas variam segundo os autores entre .81 e .88, e os coeficientes de consistência interna da *saúde mental*, *percepção do estado de saúde* e *funcionalidade física* foram de .88, .87 e .86 respectivamente. Na versão traduzida e adaptada por nós para a população portuguesa o coeficiente de consistência interna  $\alpha$  de Cronbach foi respectivamente de .85, .87 e .79, sendo o coeficiente da escala global (20 itens) de .89. A natureza das correlações encontradas, na amostra portuguesa, entre os índices de saúde e as variáveis sócio-demográficas, como a idade o sexo, correspondem às referidas pelos autores anglo-saxónicos, nas quais os sujeitos mais velhos tendem a relatar piores índices de saúde que os mais novos, excepto na saúde mental, e o sexo masculino refere geralmente melhor estado de saúde que o sexo feminino. Estes resultados sugerem uma tradução e adaptação adequada do instrumento.

### 2.2.2. The Rationality-Emotional Defensiveness Scale (RED) e The Need for Harmony Scale (NH) – C. Spielberger (1988)

Estas escalas foram desenvolvidas por C. Spielberger a partir da entrevista-questionário usada por Grossarth-Maticek nos estudos epidemiológicos prospectivos destinados a identificar

os indivíduos com acentuado risco de contrair o cancro ou doenças cardiovasculares (Grossarth-Maticek, Bastiaans & Kanazir, 1985). Nesse estudo longitudinal de 10 anos, na Jugoslávia, abrangendo 1400 pessoas, Grossarth-Maticek verificou que um questionário de 11 itens que avaliava a «racionalidade/anti-emocionalidade» era o melhor preditor independente do desenvolvimento subsequente quer do cancro quer de acidentes cardiovasculares. C. Spielberger interpretou as respostas ao questionário de Grossarth-Maticek como revelando a operação nos respondentes de mecanismos de repressão e negação de sentimentos de ansiedade, raiva e hostilidade, incluindo pensamentos, memórias e afectos negativos elicitados por situações percebidas como ameaçadoras pelos indivíduos. A partir desse questionário construiu a Escala de *Racionalidade-Emocionalidade Defensiva* (RED). Esta escala mostrou correlações significativas na direcção esperada com as escalas de Expressão da Hostilidade e de Ansiedade Estado-Traço que sugerem a validade teórica e empírica da RED (Spielberger, 1988). Quanto à Escala *Necessidade de Harmonia* (NH), que se encontra numa fase experimental, Spielberger procura explorar um outro mecanismo defensivo das emoções ansiogénicas evocadas nas relações interpessoais. Ou seja, tenta avaliar e medir até que ponto, o indivíduo para preservar um clima pacífico e de harmonia nas relações interpessoais, reprime ou abdica das suas necessidades pessoais a favor da satisfação das necessidades daqueles com quem convive ou se relaciona.

Ambas as escalas são constituídas por 12 itens cada uma, respondidas numa escala de 4 pontos: *quase nunca, algumas vezes, muitas vezes, quase sempre*. São exemplos de itens da escala Racionalidade-Emocionalidade Defensiva: item 1 – *eu tento fazer o que é sensato e lógico*; item 5 – *quando estou numa situação em que discordo das outras pessoas, tento não mostrar as minhas emoções*. Da escala Necessidade de Harmonia: item 1 – *para conseguir ter relações harmoniosas com outras pessoas, aceito as dificuldades e ignoro as minhas necessidades*; item 5 – *quando gosto de uma pessoa, faço tudo quanto é possível para fazê-la feliz*.

Na versão americana o coeficiente de consistência interna  $\alpha$  de Cronbach da RED é de .78 e a validade concorrente e discriminante é consi-

derada satisfatória (Spielberger, 1988). Não são referidas as propriedades psicométricas da Escala NH usadas em dois estudos com amostras de indivíduos saudáveis e doentes de cancro (Solomon, 1989; Krasner, 1989). No estudo de aferição com uma amostra portuguesa constituída por 214 estudantes universitários, de ambos os sexos, com média de idades de 20 anos (Geada, 1995) a Escala RED apresentou um coeficiente de consistência interna  $\alpha$  de Cronbach de .70 e a Escala NH um coeficiente de .76. Os valores médios obtidos na escala RED foram  $M=31.35$ ,  $DP=4.52$  e os da escala NH de  $M=34.67$ ,  $DP=5.97$ . Os valores na RED aproximam-se globalmente dos referidos por Spielberger (1988). De facto, na amostra portuguesa, estratificada por idades, a média e desvio-padrão no RED do grupo mais jovem (média 18 anos) era de  $M=30.42$ ,  $DP=4.65$ , e no grupo mais velho (média 26 anos)  $M=33.40$  e  $DP=4.83$  (Geada 1995). Como voltaremos a referir mais adiante os valores neste último grupo etário coincidem inteiramente com os do grupo de controlo referido por Spielberger (1988).

### 2.2.3. The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) – A. Antonovsky (1987)

Este questionário foi desenvolvido por Antonovsky, no quadro da sua teoria da saúde-doença, para avaliar os recursos individuais de *coping* definidos pelo autor como uma aptidão interna, global, para perceber, interpretar e dar significado às experiências stressantes da vida, que posiciona o indivíduo numa orientação de saúde, física e mental. As qualidades psicométricas do SOC estão bem estabelecidas nos múltiplos estudos que têm sido efectuados em diferentes contextos sócio-culturais (Antonovsky, 1993). A versão portuguesa do SOC – Sentido Interno de Coerência – nas versões longa (29 itens) e reduzida (13 itens) foi adaptada para a população portuguesa pelo autor do presente trabalho e tem sido utilizada em estudos anteriores onde tem mostrado excelentes propriedades psicométricas, e validade empírica substancial (Geada, 1990, 1994a; Geada et al., 1994b). O coeficiente de consistência interna  $\alpha$  de Cronbach observado na presente amostra é de .79.

## 3. RESULTADOS

O cálculo dos coeficientes de correlação parcial, controlada a idade e o sexo, mostra que apenas a Escala de *Racionalidade-Emocionalidade Defensiva/RED* e o Questionário *Sentido Interno de Coerência/SOC* se correlacionam positivamente com a nota global de saúde medida pela MOS20 (Quadro 1).

As correlações com a *Necessidade de Harmonia* não são significativamente diferentes de zero. Por outro lado, o quadro de intercorrelações com a Escala MOS20 mostra que as 6 dimensões da saúde se correlacionam todas significativamente com o SOC e nenhuma com a escala NH, e que somente duas dimensões – Saúde Mental e Percepção de Saúde – se correlacionam com a Escala RED (Quadro 2).

Para avaliar com maior detalhe as relações entre os níveis de saúde e os mecanismos de defesa e de *coping* procedemos à divisão dos sujeitos da amostra em dois grupos, acima e abaixo do valor da mediana na pontuação total da MOS20. Utilizando o teste t verificou-se que os dois grupos diferiam significativamente em todas as sub-escalas de saúde da MOS20, mas não diferiam na idade, constituindo-se assim um grupo *mais saudável* ( $n=58$ ) e um grupo *menos saudável* ( $n=56$ ).

Comparados os dois grupos por meio da análise de variância (Saúde X Sexo) nas Escalas Racionalidade Emocionalidade Defensiva, Necessidade de Harmonia e Sentido Interno de Coerência observou-se que o grupo mais saudável tinha valores no SOC e na RED significativamente mais elevados que o grupo menos saudável, não se verificando quaisquer diferenças entre os grupos na Escala NH (Quadro 3). Por outro lado, não se observaram diferenças por sexos nem efeitos de interacção (saúde X sexo) na RED.

Finalmente, para melhor compreensão dos resultados na Escala RED, que surgiram em sentido contrário ao esperado, procedeu-se à comparação dos respectivos valores médios nas amostras portuguesas e americanas, tendo em conta a média das idades e o seu estatuto de saúde/doença. (Quadro 4).

Como se esperava, atendendo às correlações do RED com a idade, (também referidas por Spielberger, 1988) os valores médios desta escala sobem nos grupos etários superiores, obser-

QUADRO 1  
*Coefficientes de correlação parcial com a MOS20, controladas a idade e o sexo*

Variável	Coef. Correl. parcial	t
SOC	.42	4.81**
RED	.27	2.96*
NH	.07	.73

\* p<.01      \*\* p<.001

QUADRO 2  
*Matriz das intercorrelações entre as sub-escalas de saúde da MOS20, a idade e as escalas de mecanismos de defesa e coping*

INSTRUMENTOS	SOC	RED	NH
Func. física	.27**	.07	.17
Papel social	.19*	.13	.13
Func. social	.29*	.17	.03
Saúde mental	.49***	.44***	.06
Percep. saúde	.43***	.35***	.10
Dor	.25**	.17	.07
Idade	.12	.25**	.09

\* p<.05      \*\* p<.01      \*\*\*p<.001

QUADRO 3  
*Valores médios pela ANOVA (Saúde X Sexo) nas Escalas RED, NH e SOC dos grupos menos saudável e mais saudável*

ESCALAS	G Menos saudável (n=56)	G. Mais saudável (n=58)	Teste F	p
RED	31.92	35.05	6.40	<.01
NH	37.35	37.81	.00	ns
SOC	55.84	64.28	10.22	<.002

QUADRO 4

Médias de Desvios-Padrão das amostras portuguesas e americanas na Escala RED de acordo com o estatuto saúde/doença e idade

	AMOSTRAS PORTUGUESAS		AMOSTRAS AMERICANAS (a)	
	Aferição	Saudáveis	Saudáveis	Doentes cancro
	(n=220)	(n=114)	(n=327)	(n=179)
MÉDIA	31.35	33.41	33.00	37.24
D. P.	4.52	5.39	5.57	5.19
IDADE (M)	20.20	31.50	? (b)	? (c)

(a) Dados extraídos de Spielberger (1988)

(b) Não é indicada a idade (grupo de controlo)

(c) Não é indicada a idade mas trata-se de uma amostra com média de idade superior à do grupo de controlo

vando-se, no entanto, que os resultados do presente estudo são idênticos aos da amostra saudável americana. Quanto ao grupo de aferição portuguesa os valores médios na RED são os mais baixos de todos, mas há que notar que se trata do grupo com a média de idades provavelmente mais baixa.

#### 4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Contrariamente ao esperado, o uso de mecanismos defensivos de racionalidade-emocionalidade nas situações interpessoais stressantes não se correlacionam no sentido previsto com o estado de saúde global auto-percebida pelos sujeitos. Os resultados são independentes da idade e do sexo dos indivíduos. Quanto à Necessidade de Harmonia que remete para um estilo de relação interpessoal do indivíduo que gratifica de forma privilegiada as necessidades do outro em detrimento das próprias necessidades não apresenta qualquer relação com a saúde. Estes resultados mantêm-se, mesmo quando se compararam os sub-grupos *mais* e *menos saudável* da nossa amostra.

Deve notar-se que estes resultados embora de algum modo inesperados quando se compararam os grupos mais e menos saudáveis, são no entanto semelhantes aos obtidos com amostras clíni-

cas e saudáveis até agora investigados (Krasner, 1989; Solomon, 1989). De facto, Spielberger (1988) refere valores médios estatisticamente mais elevados na Escala RED no grupo de pacientes com cancro (M=37.24, DP=6.00) que no grupo de controlo (M=33.00, DP=5.57). Ora no presente estudo os valores médios obtidos na RED na amostra total (n=114) foram M=33.41 e DP=5.40. Isto significa claramente que embora os sujeitos da nossa amostra englobem dois sub-grupos com níveis de saúde diferentes, eles são no seu conjunto perfeitamente equiparados a um grupo de controlo saudável, o que está de acordo com a própria caracterização da nossa amostra como não-clínica.

Assim, admitindo que os nossos resultados estejam correctos eles sugerem que não é talvez o uso em si de mecanismos de controlo das emoções de ansiedade e hostilidade nas relações interpessoais que tornam o indivíduo menos saudável, mas que é possivelmente a intensidade do seu uso o factor crítico que o torna vulnerável à doença ou à sua progressão, uma vez que aparentemente todos os indivíduos parecem recorrer de forma mais ou menos generalizada a esses mecanismos defensivos. Esta leitura dos dados, por outro lado, é também compatível, em alternativa, com a existência de uma correlação não-linear entre a racionalidade-emocionalidade defensiva e a saúde, como aliás sugerem os resulta-

dos comparados dos grupos *mais saudável* (M=35.19), *menos saudável* (M=31.56) e *pacientes com cancro* (M=37.24).

Caso não se observe a correlação não-linear, deveremos então considerar a hipótese, à luz dos resultados presentes, de que a inibição da expressão da ansiedade e da hostilidade não é em si deletéria para a saúde, como geralmente se acredita, e que outros factores entretanto não identificados precisam de ser estudados, como vários teóricos nesta área de investigação começam a sugerir (Antonovsky, 1990; Friedman, 1991; Janoff-Bulman & Freeze, 1983; Wortman, Sheedy, Gluhoski & Kessler, 1992).

Quanto aos mecanismos de *coping*, observou-se uma correlação positiva significativa entre o Sentido Interno de Coerência e cada uma das seis sub-escalas do MOS20. Estes resultados mostram claramente que o tipo de *coping* caracterizado por um sentido interno de coerência está associado a bons níveis de saúde. De facto, quando comparados os grupos *mais e menos saudável*, controlada a idade, verificou-se que o grupo mais saudável apresentava valores no SOC significativamente mais elevados que o grupo menos saudável.

Estes resultados confirmam os obtidos em estudos nossos anteriores nos quais níveis de bem-estar psicológico, ajustamento emocional e comportamental surgiam associados a valores altos no SOC (Geda 1990, 1994a; Geda et al., 1994b).

Em resumo, parece antes de mais poder concluir-se pela existência de uma associação consistente entre certos recursos de *coping* e estados de saúde física e psicológica nos indivíduos. Quanto ao impacte dos mecanismos de defesa nos estados de saúde/doença a relação não é clara, tornando-se necessários estudos de replicação e eventualmente outros, susceptíveis de identificar possíveis processos psicológicos activadores ou inibidores dessa interacção.

As implicações deste estudo empírico sugerem, assim, que a relação linear que é usual estabelecer entre certos mecanismos de defesa, como a repressão e negação, e os níveis de saúde permanece teoricamente questionável. Consequentemente, em termos de Psicologia da Saúde, torna-se aconselhável, de um ponto de vista estritamente clínico, ponderar cuidadosamente as consequências para a saúde, das intervenções

psicoterapêuticas em doentes físicos sempre que o foco dessas intervenções seja precisamente o uso desses mecanismos de defesa.

## BIBLIOGRAFIA

- Adler, N., & Matthews, K. (1994). Health psychology: Why do some people get sick and some stay well? *Annual Review of Psychology*, 45, 225-259
- Andersen, J., & Aday, R. F. (1978). Access to medical care in US: Realized and potential. *Medical Care*, 16, 533-546.
- Antonovsky, A. (1978). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey Bass.
- Antonovsky, A. (1990). Personality and health: Testing the sense of coherence model. In H. S. Friedman (Ed.), *Personality and disease*. New York: Wiley.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of sense of coherence scale. *Soc. Sci. Med.*, 36 (6), 725-733.
- Bergner, M. (1985). Measurement of health status. *Medical Care*, 23, 696-704.
- Blatt, J. S. (1990). Interpersonal relatedness and self-definition: Two personality configurations and their implications for psychology and psychotherapy. In J. L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation* (pp. 299-335). Chicago: University of Chicago Press.
- Breslow, L. (1972). A quantitative approach to the WHO definition of health: physical, mental and social well-being. *International Journal Epidemiology*, 1, 347-355.
- Downie, R. S., Fyfe, C., & Tannahil, A. (1990). *Health promotion models and values*. Oxford: Oxford University Press.
- Emmons, R. A. (1992). The repressive personality and social support. In H. S. Friedman (Ed.), *Hostility, coping & health*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Eysenck, H. J. (1988). Personality and stress as causal factors in cancer and coronary heart disease. In M. P. Janisse (Ed.), *Individual differences, stress, and health psychology*. New York: Springer-Verlag.
- Fairbairn, W. (1978). *Estudos psicanalíticos da personalidade*. Lisboa: Editorial Vega.
- Frenz, A. W., Carey, M. P., & Jorgensen, R. S. (1993). Psychometric evaluation of Antonovsky's Sense of Coherence Scale. *Psychological Association*, 5 (2), 145-153.
- Friedman, H. S. (1991). *The self-healing personality: why some people achieve health and others succumb to illness*. New York: Henry Holt.
- Friedman, H. S., & Booth-Kewley, S. (1987). The «disease-prone personality»: A meta-analytic view of the construct. *American Psychologist*, 42, 539-555.

- Fylkesnes, K., & Forde, O. L. (1991). The Tromso Study: Predictors of self-evaluated health - Has society adopted the expanded health concept? *Soc. Sci. Med.*, 32 (2), 141-146.
- Fylkesnes, K. & Forde, O. H. (1992). Determinants and dimensions involved in self-evaluation of health. *Soc. Sci. Med.*, 35 (3), 271-279.
- Geadá, M. (1990). O Modelo de Saúde Positiva – Salutogénico – de A. Antonovsky: Resultados preliminares de um estudo com toxicodependentes. In I. Botelho, J. P. Almeida, M. Geadá, & J. Justo (Eds.), *A psicologia nos Serviços da Saúde* (pp. 135-145). Lisboa: APPORT.
- Geadá, M. (1994a). Sentido interno de coerência, clima familiar e comportamentos de risco de consumo de drogas na adolescência. *Análise Psicológica*, 12 (2/3), 315-321.
- Geadá, M. (1995). *Adaptação para a população portuguesa e estudo psicométrico e factorial das escalas Rationality-Emotional Defensiveness e Need for Harmony de Charles D. Spielberger*. Documento não publicado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.
- Geadá, M., Justo, J., Santos, S., Steptoe, A., & Wardle, J. (1994b). Hábitos de saúde, comportamentos de risco e níveis de saúde física e psicológica em estudantes universitários. In Teresa M. McIntyre (Ed.), *Psicologia da saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras*. Braga: APPORT.
- Grossarth-Maticek, R., Bastiaans, J. & Kanazir, D. T. (1985). Psychosocial factors as strong predictors of mortality from cancer, ischemic heart disease and stroke: The Yugoslav prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 167-176.
- Hunt, S. M., McKenna, S. P., McEwen, J., Backett, E. M., Williams, J., & Papp, E. (1980). A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 34, 281-291.
- Idler, E. L., & Angel, R. J. (1990). Self-rated health and mortality in the NHANES-1 epidemiologic follow-up study. *American Journal Public Health*, 80, 446-452.
- Jensen, M. R. (1987). Psychobiological factors predicting the course of breast cancer. *Journal of Personality*, 55, 567-577.
- Kaplan, G. A. & Camacho, T. (1988). Perceived health and mortality: A nine-year follow-up of the Human Population Laboratory cohort. *American Journal Epidemiology*, 117, 292-304.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- Krasner, S. S. (1989). *Psychosocial correlates of progression in breast cancer*. Texto policopiado. Department of Psychology in the University of South Florida.
- Leal, I., & Teixeira, A. J. C. (1991). Psicologia da saúde – Contexto e intervenção. *Análise Psicológica*, 8 (4), 453-458.
- McDowell, I, & Newell, C. (1987). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. Oxford: Oxford University Press.
- Mahler, M. (1963). Thoughts about development and individuation. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 18, 307-324.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper.
- Mossey, J. M, & Shapiro, E. (1982). Self-rated health: A predictor of mortality among elderly. *American Journal Public Health*, 72, 800-808.
- Moum, T. (1992). Self-assessed health among Norwegian adults. *Soc. Sci. Med.*, 35, 761-768.
- Ribeiro, J. L. P. (1994). Psicologia da saúde, saúde e doença. In Teresa M. McIntyre (Ed.), *Psicologia da saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras*. Braga: APPORT.
- Segovia, J., Bartlett, R. F. & Edvards, A. C. (1989). An empirical analysis of the dimensions of health status measures. *Soc. Sci. Med.*, 29, 761-768.
- Singer, E., Garfinkel, R., & Cohen, S. M. (1976). Mortality and mental health: Evidence from the Midtown Manhattan study. *Soc. Sci. Med.*, 10, 517-525.
- Smith, A. M., Shelley, J. M., & Dennerstein, L. (1994). Self-rated health: Biological continuum or social discontinuity?. *Soc. Sci. Med.*, 39 (1), 77-83.
- Smith, G. T. (1985). *Measurement of health*. United Kingdom: Office of Health Economics.
- Solomon, E. P. (1989). *Personality characteristics and coping mechanisms of women with breast cancer*. Texto policopiado. Department of Psychology, University of South Florida.
- Spielberger, C. D. (1988). *The Rationality-Emotionality Defensiveness Scale. Preliminary Test Manual*. Center for Research in Behavioral Medicine and Health Psychology. University of South Florida.
- Stewart, A. L., Hays, R., Ware Jr, J. E. (1988). The MOS short-form General Health Survey. *Medical Care*, 26 (7), 724-735.
- Stroebe, W., & Stroebe, M. (1995). *Social psychology and health*. Buckingham, St. Edmundsbury: Open University Press.
- Teixeira, J. A. C (1992). Psicologia da saúde: Estado actual e perspectivas futuras. *Análise Psicológica*, 10 (2), 149-157.
- Ware, J. E. (1986). The assessment of health status. In L. H. Aiken, & D. Mechanic (Eds.), *Applications of social science to clinical medicine and health policy* (pp. 204-228). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- WHO (1948). Constitution of the World Health Organization. In *Basic Documents*, World Health Organization.
- Worsley, A. (1990). Lay person's evaluation of health: an exploratory study of an Australian population. *Journal of Epidemiology Community Health*, 44, 7-11.

Wortman, C. B., Sheedy, C., Gluhoski, & Kessler, R. (1992). Stress, coping, and health: Conceptual issues and directions for future research. In H. S. Friedman (Ed.), *Hostility, coping & health*. Washington, DC: American Psychological Association.

## RESUMO

Partindo da definição de saúde da OMS, procura-se genericamente neste artigo realçar o carácter multidimensional da saúde nas suas vertentes física, psicológica e social, assim como articular os conceitos de saúde e doença. Mais especificamente, o estudo pretende investigar empiricamente a possível interacção entre aspectos do funcionamento da personalidade e níveis de saúde, averiguando em que medida os mecanismos de defesa e de *coping* são preditores eficientes do estado de saúde auto-percebido pelo sujeito.

Os resultados obtidos com uma amostra de 114 adultos de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 19 e os 58 anos, mostraram que enquanto os mecanismos de *coping* medidos pelo SOC Questionnaire de Antonovsky eram preditores consistentes do estado de saúde dos sujeitos avaliada pela *Short-Form MOS20* do *Medical Outcomes Study*, os mecanismos de repressão e negação da emocionalidade medidos por duas escalas de C. Spielberger correlacionavam-se

com a saúde mas no sentido contrário ao esperado. São discutidas as implicações dos resultados para a Psicologia da Saúde, em termos dos cuidados a ter na intervenção psicoterapêutica com doentes físicos e em relação à necessidade de replicação dos estudos sobre a influência dos mecanismos de defesa na saúde.

*Palavras-chave:* Saúde, Doença, Mecanismos de defesa, *Coping*, Sentido interno de coerência.

## ABSTRACT

After presentation of WHO global definition of health and of some measures developed to assess individual health status, the author tries to investigate empirically into some possible connections between personality development, psychological defense mechanisms and processes of coping to health conditions of subjects. The results on a sample of 114 adults of both sexes show that while coping mechanisms assessed by SOC Questionnaire was a consistent predictor of individual health, some defense mechanisms correlate with health but not in the sense expected. The implications in terms of psychotherapeutic interventions with physical patients and future research on relations between psychological defense mechanisms and health are presented.

*Key words:* Health, Illness, Defensive mechanisms, Coping, Sense of coherence.